

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ-UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

FRANCISCO ROSEMIRO GUIMARÃES XIMENES NETO

**GERENCIAMENTO DO TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: o processo de trabalho dos gerentes**

FORTALEZA-CEARÁ

2007

FRANCISCO ROSEMIRO GUIMARÃES XIMENES NETO

**GERENCIAMENTO DO TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: o processo de trabalho dos gerentes**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da
Universidade Estadual do Ceará-UECE para
obtenção do título de Mestre.**

Área de Concentração: Políticas de Saúde

**Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho
Sampaio**

Fortaleza-Ceará

2007

FOLHA DE APROVAÇÃO

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

**Gerenciamento do Território na Estratégia Saúde da Família: o
processo de trabalho dos gerentes**

Banca Examinadora

Orientador Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

Universidade Estadual do Ceará-UECE

Membros

Profa. Dra. Maria Ângela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
1ª Examinadora

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Universidade Estadual do Ceará-UECE
2ª Examinador

Membro Suplente

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará-UECE

O sol nasceu para todos!

Antonio Anacleto

AGRADECIMENTOS

Aos Gerentes dos territórios da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral por acolherem esta pesquisa como parte de seu processo de trabalho, pela sua disponibilidade e acolhimento meu mais sincero e humilde agradecimento.

Aos trabalhadores de saúde dos territórios da Estratégia Saúde da Família de Taperuaba, Bilheira, Junco e Pedrinhas, pelo apoio e disponibilidade durante a observação das Rodas dos Territórios.

À Universidade Estadual do Ceará-UECE, por me acolher e contribuir com minha formação de pesquisador.

Ao Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio por sua acolhedora, fraterna, libertadora e inteligente orientação.

Ao Mestrado Acadêmico de Saúde Pública, em nome de sua Coordenação Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, pelo apoio.

À Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA, em especial ao Curso de Graduação em Enfermagem, por contribuir com a construção dessa pesquisa, liberando-me, parcialmente, de minhas atividades docentes.

À Secretaria Municipal da Saúde e Ação Social de Sobral, em nome de seu Secretário Prof. Arnaldo Costa Lima e da Coordenação de Atenção Primária à Saúde Enfermeira Maria do Socorro Sousa Melo, pelo apoio e a abertura dos territórios para a realização da pesquisa.

À Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia pelo apoio e contribuição para a pesquisa.

À Fundação Cearense de Incentivo à Pesquisa-FUNCAP, pelo incentivo à pesquisa.

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde-NEPS e ao Comitê de Ética em Pesquisa-CEP da Universidade Estadual do Ceará-UECE, pela atenciosa apreciação do protocolo desta pesquisa.

À Profa. Esp. Silvana Maria Cândido de Souza pela importante revisão lingüístico-gramatical.

À Escola de Ensino Médio Marieta Cal's por me disponibilizar sua biblioteca.

Às Professoras Maria do Socorro de Araújo Dias, Maristela Inês Osawa Chagas e Inês Vasconcelos do Amaral, pelo apoio funcional e incentivo a realização do Mestrado.

A Andréia Silveira de Assis Viana e Fabrícia Rocha de Menezes Farias pela contribuição na Coordenação dos grupos focais. A Rafael Bezerra Sá pela assistência técnica na gravação dos grupos focais. E a Antonio Felipe de Vasconcelos Neto, Alex Martins Araújo e Reginaldo Brasil de Lima pela assistência técnica em informática.

A minha irmã Maria Roselange Guimarães Ximenes, por contribuir com a transcrição das fitas.

A Safira Edite Aguiar, Rogena Weaver Noronha Brasil e Maria do Carmo Pinto por me acolherem em seus lares durante as aulas do Mestrado.

A Francisco Márcio Pereira da Silva pelo apoio e incentivo à conclusão do Mestrado.

A Gerardo Eduardo Brito Neto por me ajudar a guiar o carro durante as viagens às aulas.

Aos Professores Dra. Maria Ângela Alves do Nascimento, PhD. Marcelo Gurgel Carlos da Silva e Mauro Serapioni pelas contribuições ao estudo.

À Adriana Xavier de Santiago pela análise estatística dos dados desta pesquisa.

À Ana Luiza Félix Cavalcante e Juliana Silva Liberato funcionárias Biblioteca da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia pela ajuda na pesquisa de títulos.

À secretária do Mestrado em Saúde Pública Mairla Pitombeira da Franca Abreu, por sua singela atenção.

Ao meu sublime amor, meu filho, Antonio Gabriel Abreu Guimarães-Ximenes.

Ao meu querido amor Maria Roseneida Guimarães Ximenes, minha mãe, que desde meus dois anos incentiva meus estudos.

E aos meus amores Rita Dileuda Abreu Ximenes, minha esposa e a Maria Roselange Guimarães Ximenes, minha irmã, pela compreensão.

Ao meu querido pai, Antonio Rodrigues Ximenes – Antonio Anacleto –, *in memoriam*, por exigir que sempre eu fizesse o melhor.

À minha estimada professora Nelcinéa por me apresentar a Saúde Pública, como referencial de minha prática.

E ao Deus sublime.

GERENCIAMENTO DO TERRITÓRIO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: o processo de trabalho dos gerentes

Resumo - A Estratégia Saúde da Família-ESF, política estruturante da Atenção Primária à Saúde-APS no Brasil, que busca reversão do modelo de atenção à saúde hegemônico, baseado em ações centradas na cura e na clínica hospitalar, e organiza-se a partir da concepção de território, de população adscrita e do cuidado centrado nas famílias, no seus sujeitos e comunidades de modo integral, universal, equânime e resolutivo, possuindo como referência uma unidade de saúde com uma equipe multiprofissional, e gerenciados, quase sempre por práticas coletivas de maneira participativa. O estudo tem como objetivo geral, analisar criticamente o processo de trabalho dos gerentes da ESF, na perspectiva do conceito de território como espaço de relações de poder e de produção de sujeitos; e com os objetivos específicos: caracterizar o processo pelo quais os gerentes ascenderam ao cargo e os limites e/ou facilidades encontradas pelos gerentes no seu processo de trabalho; identificar os tipos de qualificação ou processo de educação permanente que tem ou estão inseridos os gerentes, o desenvolvimento científico-cultural dos mesmos e os conceitos fundamentais para o processo: território, territorialização, ESF e gestão participativa; e descrever as práticas dos gerentes de território na ESF de um município sede de macrorregião de saúde. A pesquisa é do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, e se baseia em estudo de caso e recuperação histórica, realizada no município de Sobral-Ceará, com 29 gerentes dos territórios da ESF. A coleta de dados referente às variáveis sobre o perfil, a formação profissional, tipos de qualificação/processos de educação permanente, o desenvolvimento científico-cultural, a gestão do trabalho, foi realizado por meio de um questionário, que foi aplicado, durante a Roda de Gerentes. Os dados acerca do processo pelos quais os gerentes ascenderam aos cargos, seu conhecimento sobre território, territorialização, gestão participativa, participação sócio-política e ESF foram coletados a partir de uma entrevista semi-estruturada. No tocante a coleta de dados referente ao processo de trabalho dos gerentes do território na ESF foi utilizado a observação sistemática e a técnica de grupo focal. Do coletivo de gerentes, 92,9% são do sexo feminino; 100% são enfermeiros; 71,4% possuem Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; 64,3% têm dificuldades de fazer aprimoramento; 100% não estão inseridos em um PCCS; 75% atuam como enfermeiro assistencial de determinado território. O motivo que levou o gerente assumir o cargo relaciona-se as características de liderança, organização, de estar centrado no enfermeiro e indicação. As principais facilidades no processo de trabalho: *bom relacionamento com a equipe*, 39,3%; *a organização do serviço de saúde* 21,4%. As principais dificuldades: *conciliar atividade de enfermagem e gerenciamento*, 35,7%; e *estrutura física da unidade*, 32,1%. A representação fundamental sobre território está centrada, predominantemente, no espaço geográfico, na divisão político-administrativa. A organização do processo de trabalho da equipe é planejada de maneira coletiva, durante as Rodas dos Territórios. O processo de trabalho do gerente está centrado em ações individuais e coletivas, como enfermeiro assistencial, gerenciamento do serviço, articulação intersetorial, coordenação de rodas de co-gestão. A delegação de autonomia aos gerentes e a necessidade de formação em gestão são dois condicionantes ao processo de trabalho que precisam ser desenvolvidos.

ADMINISTRACIÓN DEL TERRITORIO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: el proceso de trabajo de los gerentes.

Resumen - La Estrategia Salud de la Familia ESF, política estructurante de la Atención Primaria a la Salud-APS en el Brasil, que busca la reversión del modelo de atención a la salud, hegemónico, basado en acciones centradas en la cura y en la clínica de hospital y se organiza a partir de la concepción de territorio, de población adscrita y del cuidado centrado en las familias, en los sujetos y comunidades de modo integral, universal ecuánime y resolutivo, poseyendo como referencia una unidad de salud con un equipo multi-profesional y los debajo de gerencia, casi siempre con practicas colectivas de manera participativa. El estudio tiene como objetivo general, analizar críticamente el proceso de trabajo de los gerentes de la ESF en la perspectiva del concepto de territorio como espacio de relaciones de poder y de producción de sujetos; y como objetivos específicos; caracterizar los procesos por los cuales los gerentes ascendieron al cargo y los límites y/o facilidades encontradas por los gerentes en su proceso de trabajo; identificar los tipos de calificación o proceso de educación permanente que tienen o al cual están inseridos los gerentes, el desarrollo científico-cultural de los mismos y los conceptos fundamentales para el proceso; territorio, regionalización, ESF y gestión participativa; y describir las practicas de los gerentes de territorio en la ESF de una provincia – sede de macro-región de salud. La investigación es de tipo exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativa y se basa en un estudio de caso y recuperación histórica, realizada en la provincia de Sobral - Ceará, en el periodo de Noviembre de 2006 a Junio de 2007, con 29 gerentes de los territorios de la ESF. La colecta de datos referente a las variables sobre el perfil, la formación profesional, tipos de calificación/procesos de educación permanente, el desarrollo científico cultural, la gestión de trabajo, fue realizado por medio de un cuestionario, que fue aplicado, durante la mesa redonda de gerentes. Los datos acerca del proceso por los cuales los gerentes ascendieron a los cargos, su conocimiento sobre territorio, regionalización, gestión participativa, participación socio-política e ESF fueron colectados a partir de una entrevista semi-estructurada. En lo tangente a la colecta de datos referentes al proceso de trabajo de los gerentes de territorio en la ESF fue utilizada la observación sistemática y la técnica de grupo focal. Del colectivo de gerentes, 92,9% son de sexo femenino; 100% son enfermeros; 71,4% tienen Especialización en la modalidad de Residencia Multi-Profesional en Salud de la Familia; 64,3% tienen problemas para capacitarse; 100% no están inseridos en un PCCS; 75% actúan como enfermeros asistenciales de determinado territorio. El motivo que llevó al gerente a asumir el cargo se relaciona con las características de liderar, organización, de estar centrado en los enfermeros y recomendación. Las principales facilidades en el proceso de trabajo; buena relación con el equipo, 39,3%, la organización del servicio de salud 21,4%. Las principales dificultades: conciliar la actividad de enfermería y administración 35,7%, la estructura física de la unidad, 32,1%. La representación fundamental sobre territorio está centrada, fundamentalmente en el espacio geográfico, en la división político-administrativa. La organización del proceso de trabajo del equipo es planeada de manera colectiva, durante las Mesas Redondas de los Territorios. El proceso de trabajo del gerente está centrado en acciones individuales y colectivas, como enfermero asistencial, gerencia del servicio, articulación intersectorial, coordinación de las mesas redondas de cogestión. El delegar la autonomía a los gerentes y la necesidad de formación en gestión son dos condicionantes al proceso de trabajo que necesitan ser desarrollados.

ADMINISTRATION OF THE TERRITORY IN THE HEALTH STRATEGY OF THE FAMILY: the process of the managers' work.

Abstract - The Strategy Health of the Family ESF, structural politic of the Primary Attention to Health - APS in Brazil that seeks the model reversion of attention to health, hegemonic and based on actions centered in the cure and in the hospital clinic and is organized starting from a territory conception, of attributed population and of care centered in the families, in the fellows and communities in a total universal even and driven way, possessing like a reference a unit of health with a multi-professional team and those under management, almost always by collective and participative practice. The study has as general objective, to critically analyze the process of the managers of the ESF work in the perspective of the territory concept as a space of relationships of power and of production of fellows; and as specific objectives; to characterize the processes by which the managers ascended to the position and the limitations and/or facilities found by the managers in their work process; to identify the qualification types or processes of permanent education that have or to which they are inserted, the scientific-cultural development of the mentioned ones and the fundamental concepts for the process; territory, region nomination, ESF and participative conduct; and to describe the practice of the territory managers in the ESF of a county - headquarters of a macro-region of health. The investigation is of exploratory-description, with a qualitative approach is based on a case study and historical recovery, carried out in the county of Sobral - Ceará, in the period of November of 2006 to June of 2007, with 29 managers of the territories of the ESF. The collection of data with respect to the variables on the profile, the professional background, qualification types / processes of permanent education, the cultural scientific development, the work conduct was carried out by means of a questionnaire that was applied, during the managers executive board meeting. The data referent to the process by which the managers were charged to the positions, their knowledge about the territory, territory nomination, participative conduct, socio-political participation and ESF were collected from a semi – structured interview. In reference to the collection of relating data to the process of the territory managers' work in the ESF was used the systematic observation and the technique of focal group. Of the community of managers, 92,9% are of feminine sex; 100% are male nurses; 71,4% are specialized in the Multi –Professional Residence in Health of the Family modality; 64,3% have problems for development; 100% are not inserted in a PCCS; 75% act as assistance male nurses of a certain territory. The reason that took the manager to assume the position is related with the leadership characteristics, organization, being centered in the male nurses and recommendation. The main facilities in the work process; *good relationship with the team, 39,3%, the organization of the service of health 21,4%*. The main difficulties: *to conciliate the infirmery activity and administration 35, 7%, the physical structure of the unit, 32,1%*. The main representation on territory is centered, fundamentally in the geographical space, in the administrative – political division. The team organization of the process of work is planned in a collective way, during the Executive Boards meetings of the Territories. The process of the manager's work is centered in individual and collective actions, as assistance male nurse, service management, inter-sectorial articulation, coordination of executive boards of co-effort. Delegating managers the autonomy and the need of conduct background are two conditions for the work process that need to be developed.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Diferenças entre o Modelo Hegemônico e a ESF/SUS	62
Quadro 2 Síntese das Normas Operacionais Editadas pelo MS.....	100
Quadro 3 Formas de Municipalização da Saúde no Brasil	108
Quadro 4 Periodização da História do Ceará, Específica para a Saúde Pública, de 1500 a 2002, Segundo Eras e Períodos	158
Quadro 5 Divisão territorial do município de Sobral por distritos, ano e lei de criação, 1997.....	184
Quadro 6 As pessoas são recursos ou parceiros da organização?	334

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia ACS - abrangência: Nacional. Período de jan. de 1998 a dez. de 2006	55
Tabela 2 Evolução do credenciamento e implantação da ESF – abrangência: Nacional. Período de janeiro de 1998 a dezembro de 2006	59
Tabela 3 Municípios Habilitados segundo nível de gestão conforme a NOB 01/1993	107
Tabela 4 Municípios habilitados segundo a condição de gestão por região brasileira, em 31 de dezembro de 1998	114
Tabela 5 Indicadores de Evolução da Descentralização no SUS. Posição no Final de cada Exercício – 1997/2002.....	122
Tabela 6 Rede Hospitalar e Ambulatorial por Tipo de Prestador. Sobral-CE, jan./fev. 1997	199
Tabela 7 Distribuição dos Gerentes do território da Estratégia Saúde da Família por idade, sexo, estado civil e profissão. Sobral - CE, nov. 2006	210
Tabela 8 Distribuição dos Gerentes do território da Estratégia Saúde da Família por renda. Sobral-CE, 2006	215
Tabela 9 Distribuição dos Gerentes do território da Estratégia Saúde da Família, segundo a formação profissional. Sobral-CE, 2006.....	217
Tabela 10 Histórico de qualificação dos Gerentes do território da Estratégia Saúde da Família. Sobral-CE, 2006.....	221
Tabela 11 Necessidade de qualificação dos Gerentes do território da Estratégia Saúde da Família. Sobral-CE, 2006	222

Tabela 12 Dificuldades encontradas pelos Gerentes para realizar aprimoramento profissional. Sobral-CE, 2006	224
Tabela 13 Tempo de atuação como Gerente no território da Estratégia Saúde da Família. Sobral-CE, 2006.....	230
Tabela 14 Atividades assistenciais desenvolvidas pelos Gerentes no território da Estratégia Saúde da Família. Sobral-CE, 2006	231
Tabela 15 Fatores Facilitadores no trabalho como Gerente do território da Estratégia Saúde da Família. Sobral - CE, nov. 2006.....	243
Tabela 16 Fatores Dificultadores no trabalho como Gerente do território da Estratégia Saúde da Família. Sobral - CE, nov. 2006.....	246

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Do sistema piramidal hierárquico para a rede horizontal de serviços de saúde	39
Figura 2 Organização da Atenção à Saúde a partir da APS e seus Princípios	41
Figura 3 Construção da interdisciplinaridade na ESF	72
Figura 4 Estrutura institucional e decisória do SUS	105
Figura 5 Lugar do trabalhador no campo do agir em saúde	138
Figura 6 Povoados com Capelas próximos à Fazenda Caiçara.....	172
Figura 7 Mapa da Área do Curato.....	173
Figura 8 Sobral em 1773 quando passou a Vila	176
Figura 9 Vila Distinta e Real de Sobral, 1773	177
Figura 10 Mapa da Fidelíssima Cidade Januária do Acaraú, 1842.....	179
Figura 11 Brasão de Sobral	180
Figura 12 Fluxograma da Divisão Político-Administrativa de Sobral	183
Figura 13 Mapa da Estrada de Ferro de Sobral.....	187
Figura 14 Modelo Híbrido da Atenção à Saúde em Sobral	204
Figura 15 Poderes que interferem na construção de um Modelo de Atenção à Saúde.	205
Figura 16 Modelo do Sistema Saúde Escola de Sobral ou Sistema Aprendiz.....	209
Figura 17 Evolução dos recursos financeiros da Atenção Básica, BRASIL - 2000 - 2006	291
Figura 18 Estrutura da Co-gestão de Coletivos na Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde de Sobral: identidades e relações.....	305

Figura 19 Fluxograma do Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família no Centro de Saúde da Família em Sobral.....	320
Figura 20 Ecologia da Produção do Cuidado em Saúde	331
Figura 21 Fluxograma do Processo de trabalho dos Gerentes no Território da ESF.....	386
Figura 22 Elementos do Processo de Trabalho do Gerente no Território da ESF ...	392

LISTA DE SIGLAS

ABED	Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AC	Ancoragem
ACD	Auxiliar de Consultório Dental
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADS	Áreas Descentralizadas de Saúde
AI	Ato Institucional
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS AD	Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e outras drogas
CD	Cirurgião Dentista
CE	Ceará
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CERES	Célula Regional de Saúde

CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CGT	Comando Geral dos Trabalhadores
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIB-MR	Comissões Intergestoras Bipartite-Microrregional
CIT	Comissões Intergestoras Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
COELCE	Companhia de Eletricidade do Ceará
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
Col.	Colaboradores
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
CSF	Centro de Saúde da Família
DAB	Departamento de Atenção Básica
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DERES	Departamento Regional de Saúde
DesprecarizaSUS	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
DF	Distrito Federal
DNOCS	Departamento Nacional de Obras Contra as Secas
DOU	Diário Oficial da União
Dr.	Doutor
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECH	Expressões-chave
EP	Educação Permanente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
<i>et al.</i>	e outros
<i>et alli</i>	e outros
EUA	Estados Unidos da América
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNE	Federação Nacional dos Enfermeiros
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
ha	Hectare
HEMOCE	Hemocentro do Ceará
HIPER-DIA	Sistema de Informação dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes <i>mellitus</i>
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social

IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes
IAPETC	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos trabalhadores em transportes e cargas
IAPFESP	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos trabalhadores das ferrovias e serviços públicos
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBQN	Brasileiro de Qualidade Nuclear
IC	Idéias Centrais
III CNS	3ª Conferência Nacional de Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
IPLANCE	Fundação Instituto de Pesquisa e Informação do Ceará
IPS	Institutos de Previdência Social
IVH	Índice de Valorização Hospitalar
IX CNS	9ª Conferência Nacional de Saúde
JK	Juscelino Kubitschek
KfW	<i>Kreditanstalt für Wiederaufbau</i>
Km	Quilômetros
Km ²	Quilômetros quadrados
LOS	Lei Orgânica da Saúde

m	Metros
m ³	Metros cúbicos
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MG	Minas Gerais
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NEPS	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde
Nº	Número
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
p.	Página
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAEG	Plano de Ação Econômica do Governo
PAM	Posto de Assistência Médica
PAS	Programa Agente de Saúde
PBVS	Piso Básico da Vigilância Sanitária
PCB	União Nacional dos Estudantes
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimentos

PDR	Plano Diretor de Regionalização
PEP	Política de Educação Permanente
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMF	Programa Médico de Família
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROARES	Programa de Apoio as Reformas Sociais para a Criança e Adolescente
PSF	Programa Saúde da Família
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
QI	Quem indica
R\$	Unidade monetária Brasileira – Real
s/p.	Sem página
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria da Saúde do Estado
SESA	Secretaria da Saúde do Estado
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SILTB	Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose

SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SIS-Colo	Sistema de Controle do Câncer do Colo Uterino
SIS-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSAS	Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCM	Tribunal de Contas dos Municípios
THD	Técnico em Higiene Dental
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UDN	União Democrática Nacional
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNE	União Nacional dos Estudantes
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
US\$	Unidade monetária Americana – Dólar
USF	Unidade de Saúde da Família
UVA	Universidade Estadual do Vale do Acaraú
VIGE	Vigilância Epidemiológica
VII CNS	7ª Conferência Nacional de Saúde
VIII CNS	8ª Conferência Nacional de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária
X CNS	10ª Conferência Nacional de Saúde
%	Percentual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
1.1 Motivação.....	29
1.2 Problematização	30
1.3 Justificativa	32
1.3.1 Atenção Primária e Território	32
1.3.2 Políticas de Saúde e Território.....	80
1.3.3 Processo de Trabalho em Saúde.....	126
1.3.4 Objeto de Estudo	139
1.4 Objetivos	142
1.4.1 Geral	142
1.4.2 Específicos.....	142
2 TRATAMENTO METODOLÓGICO	143
2.1 Pressupostos Teóricos	143
2.2 Desenho Geral da Pesquisa	143
2.3 Campo de Estudo	148
2.4 Sujeitos do Estudo	149
2.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados	149
2.6 Método de Análise dos Dados	155
2.7 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	156
3 SOBRAL - UM CENÁRIO DO TERRITÓRIO GLOBALIZADO	158
3.1 Construção Histórica do Território de Sobral	158
3.1.1 O Rio Acaraú, a Nação Indígena e a Colonização Portuguesa	159
3.1.2 A Construção das Fazendas e o Ciclo do Gado	165
3.1.3 O Charque e o Couro.....	168

3.1.4 A Fazenda Caiçara	170
3.1.5 A Fazenda Caiçara Ascende a Vila	174
3.1.6 Sedição de Sobral.....	177
3.1.7 Elevação à Cidade.....	178
3.1.8 Escravidão Negra	180
3.1.9 Guerra do Paraguai	181
3.1.10 Divisão Político-Administrativo do Território.....	182
3.1.11 Divisão territorial do município de Sobral por Distritos.....	183
3.1.12 Estrada de Ferro, Ascensão Econômica e Política de Sobral e o Algodão..	186
3.1.13 Carnaúba	189
3.1.14 Criação da Diocese de Sobral	190
3.1.15 Sobral Relativizando o Mundo: o eclipse de 1919	192
3.1.16 “Estados Unidos de Sobral”	193
3.1.17 Arquitetura	194
3.1.18 Geografia	195
3.1.19 Demografia	195
3.1.20 Educação Básica	196
3.1.20.1 Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA	197
3.1.21 Saúde.....	198
3.2 Perfil Sócio-Demográfico e Educacional dos Gerentes	210
3.2.1 Qualificação e Educação Permanente-EP	220
3.3 Gestão do Trabalho em Saúde	225
3.4 Atividades desenvolvidas além do gerenciamento do território	231
3.5 Processo que Levou o Enfermeiro ao Cargo de Gerente	234
3.5.1 Gerente Líder.....	234
3.5.2 Gerente Organizadora	238

3.5.3 Gerente Quem Indica-QI.....	239
3.5.4 Gerente Enfermeiro-Centrado.....	240
3.6 Facilidades e Dificuldades no Gerenciamento do Território.....	242
4 UM TERRITÓRIO EM CONSTRUÇÃO E A POLÍTICA DE TERRITÓRIO EM SAÚDE	256
4.1 Território.....	256
4.2 Territorialização	270
4.2.1 Reconhecimento e Apropriação do Território.....	270
4.2.2 Organização Física do Território.....	275
4.3 Estratégia Saúde da Família.....	276
4.3.1 Estratégia Saúde da Família: busca pela reversão do modelo de atenção ...	277
4.3.2 Estratégia Saúde da Família: base da organização da atenção à saúde	283
4.3.3 Estratégia Saúde da Família: saúde como qualidade de vida	284
4.3.4 Estratégia Saúde da Família: política governamental.....	287
4.3.5 Estratégia Saúde da Família: estratégia de organização comunitária	292
4.3.6 Estratégia Saúde da Família: cuidando de sujeitos, famílias, grupos sociais e comunidade	293
4.4 Gestão Participativa nos Territórios da Estratégia Saúde da Família.	299
4.5 Participação Sócio-Política dos Gerentes no Território.....	312
4.6 Processo de Trabalho dos Gerentes no Território.	319
4.6.1 Organização do Processo de Trabalho dos Gerentes no Território.	323
4.6.1.1 Acolhimento da comunidade no Centro de Saúde da Família.	326
4.6.1.2 Resolução de problemas do território e da comunidade.....	326
4.6.1.3 Cuidado de sujeitos, famílias e comunidades.	328
4.6.1.4 Gerenciamento de pessoas.	332
4.6.1.5 Manutenção e organização do Centro de Saúde da Família.	335
4.6.1.6 Transporte sanitário e da equipe.	337

4.6.1.7 Vigilância epidemiológica do território.....	338
4.6.1.8 Consolidação e análise de mapas dos SIS.....	340
4.6.1.9 Coordenação de rodas e reuniões.....	343
4.6.1.10 Negociação com a Central de Marcação de Consultas.	344
4.6.1.11 Responsabilidade sanitária pelo território.	345
4.6.2 Planejamento do Processo de Trabalho da Equipe na Roda.....	346
4.6.2.1 Trato do coordenador da ESF com os gerentes e trato dos gerentes com suas equipes.....	351
4.6.2.1.1 Trato do coordenador da ESF com os Gerentes	351
4.6.2.1.2 Trato dos Gerentes com suas Equipes	360
4.6.2.2 Operacionalização do Planejamento.	365
4.6.2.2.1 Roda de Gerentes.....	365
4.6.2.2.2 Roda dos Territórios da ESF.....	372
4.6.2.2.2.1 Território de Aroeira	374
4.6.2.2.2.2 Território de Mufumbo.....	378
4.6.2.2.2.3 Território de Jucá	380
4.6.2.2.2.4 Território de Catingueira	382
4.6.3. Fluxograma do Processo de Trabalho do Gerente no Território da ESF	385
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	393
5.1 Conclusões	395
5.2 Sugestões	396
6 REFERÊNCIAS	400
APÊNDICES	434
Apêndice A Questionário	435
Apêndice B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	438
Apêndice C Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada	439

Apêndice D Protocolo da Observação	440
Apêndice E Protocolo do Grupo Focal	441
Apêndice F Termo de Consentimento Livre, Esclarecido e Consciente- Coletivo ..	442
ANEXOS	443
Anexo A Mapa de Sobral – Divisão Territorial Distrital	444
Anexo B Mapa de Sobral – Divisão Sanitária – Área Urbana	445
Anexo C Mapa de Sobral – Divisão Sanitária – Área Rural	446
Anexo D Açude Araras-Varjota-CE/Início da Perenização do Rio Acaraú	447
Anexo E Catedral de Nossa Senhora da Conceição, Sobral-CE	448
Anexo F Capela de Nossa Senhora da Conceição em São José do Patriarca, Sobral-CE	449
Anexo G Matriz de Nossa Senhora do Rosário em Groaíras-CE	450
Anexo H Divisão Territorial do Ceará em 1823	451
Anexo I Divisão Territorial do Ceará em 1872	452
Anexo J Divisão Territorial do Ceará em 1900	453
Anexo L Divisão Territorial do Ceará em 1920	454
Anexo M Divisão Territorial do Ceará em 1940	455
Anexo N Divisão Territorial do Ceará em 1950	456
Anexo O Divisão Territorial do Ceará em 1960	457
Anexo P Divisão Territorial do Ceará em 1985	458
Anexo Q Divisão Territorial do Ceará em 1991	459
Anexo R Mapa da Microrregião de Saúde de Sobral	460
Anexo S Mapa das Macrorregiões de Saúde do Ceará	461
Anexo T Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	462

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivação.

A construção e desenvolvimento de minha vida profissional, sempre alicerçada no campo da Saúde Pública e Saúde Coletiva, nas áreas de gestão e gerência de sistemas e serviços de saúde e na Atenção Primária à Saúde-APS, desde o ano de 1997, em que gerenciei⁵¹ um centro de saúde em Cariré-CE, naquele momento o principal *locus* de desenvolvimento das ações de saúde do município. Neste mesmo município coordenei os históricos Programas de Dermatologia e Pneumologia Sanitária, Viva Mulher e Viva Criança, de Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus* e Imunização.

Anos depois, atuei como Diretor Administrativo e Gerente do Serviço de Enfermagem do Hospital Municipal de Catunda-CE, que, por meio da avaliação da causa básica dos internamentos e como esses eventos aconteciam, identifiquei que o referido município apresentava pouca capacidade de gestão e baixa resolubilidade da APS. Outra experiência foi a vivência no gerenciamento da Microrregional de Saúde de Acaraú/CE, desta vez pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará- SESA/CE, no período de 2000 a 2003, com a finalidade de desenvolver um trabalho de cooperação técnica, assessoria e consultoria, em sete municípios, com ações organizativas na APS, desde a qualificação, cadastramento, implantação e organização de 33 Equipes da Estratégia Saúde da Família-ESF. Neste momento, o trabalho na ESF focava a idéia de território, porém de modo genérico e sem ferramentas apropriadas de definição e manejo, e os responsáveis não tinham formação específica em administração, gerência e gestão.

Subseqüente, a este momento de vida, vem à atuação como preceptor de território da Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de Sobral. Em seguida, como preceptor de enfermagem da Residência em Saúde da Família nos municípios de Acaraú, Coreaú, Chaval, Granja, Marco e Santana do Acaraú, ministrado pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral/CE. O curso fazia parte do Projeto Ações Básicas de Saúde do Ceará - programa de capacitação, da SESA/CE, em parceria

⁵¹ Função de Diretor do Centro de Saúde, nomeado por meio de portaria municipal, como cargo em comissão.

com a agência de financiamento alemã *Kreditanstalt für Wiederaufbau-KfW*, assessorada no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Qualidade Nuclear-IBQN, no qual me permitiu fazer uma grande reflexão acerca das práticas dos gerentes nos territórios, com seus limites, possibilidades, inovações e avanços, e o papel dos mesmos na efetivação da integralidade.

Tal reflexão se exacerbou com minha vivência nos Centros de Saúde da Família-CSF do município de Sobral-CE, durante o desenvolvimento do estágio curricular das Disciplinas de Saúde Coletiva, Organização do Serviço de Saúde, Semiologia e Semiotécnica I, Enfermagem Clínica I e Enfermagem em Saúde Coletiva do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA, momento em que pude perceber com mais veemência o trabalho dos gerentes e suas múltiplas visões e ações.

Atualmente, na preceptorial de enfermagem no município de Sobral, na discussão do tema sobre “Organização do Serviço – o Centro de Saúde da Família” vejo a importância da gerência de território, e converto-me cada vez mais a reflexão acerca do processo de trabalho dos mesmos.

Em toda minha história profissional, vejo com clareza a pouca capacidade gerencial dos serviços de saúde, a inexistência de processos de educação permanente em gestão em saúde, e a descontextualização do profissional para o cargo exercido, no território e campo de prática da ESF.

1.2 Problematização.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde-SUS e, conseqüentemente, o desenvolvimento da ESF, vêm pautando nas discussões dos formuladores de políticas, gestores ou não, que papel e perfil devem ter os gerentes de serviços de saúde; quais suas necessidades de qualificações; que ações os mesmos devem ser responsabilizados; e, como esses gerentes devem atuar frente às adversidades dos serviços.

A Norma Operacional Básica-NOB - SUS 01/1996 (BRASIL, 1997a), trouxe uma distinção entre gestão e gerência, sendo a primeira a atividade/responsabilidade de dirigir um sistema de saúde nas diferentes esferas de governo, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria; e a segunda “como

sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde – ambulatório, hospital, instituto, fundação dentre outros –, que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema”. Mesmo com a distinção conceitual dos papéis gerenciais, tanto de sistema como de serviço de saúde, ainda não ocorreu uma definição de atribuições para os gerentes nos diferentes níveis de atenção – primária, secundária e terciária –, fato que tem contribuído com uma absorção excessiva de atividades por tais profissionais, e em conseqüência, comprometido os produtos finais, que é o gerenciamento do processo de cuidar e a qualidade da atenção à clientela⁵², de forma humanizada.

Apesar de a NOB - SUS 01/1996 introduzir de forma sistemática uma concepção de gestão e gerência – que para a época era um avanço –, atualmente, serve somente como normalizadora, se analisarmos as novas nuances da gestão contemporânea, principalmente, no que concerne à gestão participativa, em que o poder gerencial se dilui diante da coletividade, fortalecendo a corporação.

Pois, no território da ESF, o gerente realiza um número elevado de ações, caracterizadas como uma tecnologia leve⁵³, porém complexa, produzida por trabalho vivo⁵⁴, que demanda a aquisição de conhecimentos sobre administração geral e da saúde, legislação, espírito de liderança, entendimento de gente, protagonismo, compreensão de metodologias de participação social e educação popular, além de habilidades e atitudes no gerenciamento de sujeitos, equipamentos, financiamento, insumos, planejamento comunitário/estratégico e a organização social no território.

⁵² “**Cliente** é palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a idéia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde, **paciente** é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. **Usuário**, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema” (BRASIL, 2004a, p. 56).

⁵³ **Tecnologia leve** - fundamenta-se nas relações e são primordiais para a produção do cuidado, referindo-se a um jeito próprio do profissional e sua subjetividade. **Tecnologia dura** - própria das máquinas e instrumentos. **Tecnologia leve-dura** - refere-se ao conhecimento técnico - a técnica - e a subjetividade do trabalhador, ou seja, aos saberes estruturados (MERHY, 1997).

⁵⁴ **Trabalho Vivo** - é o trabalho exercido diretamente pelos seres humanos. Trabalho Morto – é o trabalho incorporado em máquinas e instrumentos, frutos de um trabalho vivo anterior (MERHY, 1997).

1.3 Justificativa

1.3.1 Atenção Primária à Saúde e Território.

No Brasil e no mundo, as ações coletivas destinadas ao cuidado comunitário primário, emergiram como necessidade social, política e, principalmente, econômica, somente no século XX.

A história registra o Relatório Dawson, do Dr. Bertrand Dawson, Lord Dawson of Penn (1920 *apud* SAMICO, 2003, p. 25), como o referencial estratégico para a organização do sistema de saúde⁵⁵, propondo uma hierarquização dos serviços com base na regionalização, tendo como alicerce a APS. O relatório apontava que...

a organização do sistema de saúde composto por três grandes níveis de atenção: centros de saúde primária, centros de saúde secundária e hospitais de ensino, tendo-se então o conceito de regionalização. Está baseado em quatro diretrizes: o Estado como provedor e órgão encarregado do controle de políticas de saúde; trabalho em equipe nos serviços de saúde; desenvolvimento de instituições designadas para o diagnóstico e tratamento de casos agudos; medicina curativa e preventiva em conjunto, sem separações.

Andrade, Barreto e Bezerra (2007) afirmam que Dawson, ao definir o Centro de Saúde como a instituição médica responsável pelo desenvolvimento da atenção à saúde no nível primário, aproximou-se fortemente da concepção atual de APS. O Centro de Saúde, segundo Dawson é a...

instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O Centro de Saúde Primário deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade. Os pacientes se atenderão majoritariamente com médicos generalistas de seu distrito e manterão os serviços de seus próprios médicos (LAGO; CRUZ, 2001, p. 7 *apud* ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007, p. 783).

Mendes (2002a, p. 9) afirma que a moderna concepção de APS surgiu com o Relatório Dawson, na Inglaterra. Essa proposta, conforme o autor, “constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde e dos sistemas de serviços de

⁵⁵ A OMS define Sistema Sanitário como um conjunto de elementos relacionados entre si, setorialmente e intersetorialmente, como também com a comunidade, produzindo resultados para saúde de uma determinada população. O Sistema de Saúde ideal deve desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (OMS, 1984a, tradução nossa). Um modelo simplificado de Sistema de Saúde, segundo a OMS (1984b, tradução nossa) deve agregar os seguinte componentes, considerados principais: desenvolvimento de recursos sanitários; disposição ordenada dos recursos; desenvolvimento da atenção à saúde; proteção financeira; e gestão.

saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo”. Silva e Mendes (2004, p. 15) afirmam que este relatório deu origem aos sistemas públicos de serviços de saúde de base territorial.

O Relatório Dawson de base organizativa, fomentou a constituição do Sistema de Serviços de Saúde.

No caso do Brasil, do início do século XX até meados da década de 1970, as ações relacionadas à APS desenvolvidas foram:

a) os cuidados primários à saúde materna e infantil, como formas de preservação da vida e produção de mão-de-obra para a lavoura e comércio.

b) o sanitarismo campanhista, com o intuito de combater as epidemias, que apresentava um perfil campanhista-policia.

c) as ações higienistas, que em determinado momento, apresentavam-se como a principal política de saúde.

d) a criação dos Centros de Saúde⁵⁶, a partir da década de 1920, no eixo São Paulo e Rio de Janeiro, com o intuito de desenvolver cuidados à saúde de determinados grupos populacionais, dos territórios em que estavam inseridos, além de ações de educação e promoção da saúde e prevenção de doenças.

e) os Serviços Especiais de Saúde Pública-SESP, criado em 1942, que trabalhava na lógica das campanhas, teve sua atuação inicial na Amazônia, prestando atenção aos sujeitos que serviam como mão-de-obra para indústria de extração e exportação da borracha e de minérios; em seguida, ocorreu a interiorização no país, através das ações de saneamento e assistência à saúde da população.

f) nos anos 1960, com o fortalecimento do modelo hegemônico médico-assistencial privatista, a APS foi desenvolvida pelas SESA, seguindo o modelo sespiano, que focalizava as ações na prevenção de doenças e na promoção da saúde, com a incorporação da atenção médica centrada no binômio materno-infantil,

⁵⁶Segundo Mehry (1992 *apud* Mendes, 2002a, p. 24), os Centros de Saúde foram criados por Geraldo de Paula Souza, “[...] inspirados, de um lado, na higiene privada dos americanos e, de outro, nos sistemas ingleses dawsonianos, de base populacional”. A OMS (1997 *apud* KAHSSAY, 1998, p. 347, tradução nossa) aponta duas origens históricas principais da ideia do centro de saúde: a primeira é o movimento pró-saúde pública iniciado em meados do século XIX na Europa e nos EUA; a segunda vem de uma ampla variedade de tentativas de prestar serviços médicos selecionados a população geral, especialmente aos grupos vulneráveis.

nas doenças carenciais e infecto-contagiosas, organizadas a partir dos históricos programas de saúde pública (MENDES, 2002a, p. 25).

g) em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS, criado inicialmente no Nordeste, objetivava organizar serviços locais de saúde. O PIASS intensificou o processo de descentralização; criou a carreira de Sanitarista; e incorporou um grande número de atendentes. Segundo Mendes (1999a), com o PIASS, a rede ambulatorial pública aumentou de 1.122 para 13.739 em dez anos, alcançando abrangência nacional em 1979.

No cenário mundial, em dezembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas-URSS, definiu a APS, como os...

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

A Conferência de Alma-Ata, apontou os elementos essenciais à APS: educação em saúde; promoção da alimentação e nutrição saudável; água potável e saneamento básico; cuidados à saúde materno-infantil, incluindo o planejamento familiar e a imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas próprias de cada território; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; e o fornecimento de medicamentos essenciais. Apontou, também, a necessidade de um trabalho intersetorial que contribua com o desenvolvimento nacional e comunitário, envolvendo agricultura, pecuária, produção de alimentos, indústria, educação, sistema habitacional, obras e serviços públicos, comunicações e muitos outros setores.

A APS para a OMS (1984a, p. 12, tradução nossa) conforma-se como parte “integrante do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Imprime, pois, ao sistema de saúde um caráter e uma direção totalmente novos, em oposição à concepção mais limitada de um sistema composto unicamente de

serviços de saúde”. Segundo a OMS, quanto à APS tem alguns mitos que necessitam serem desconstruídos:

a. a APS não é um programa de serviços de saúde, mas sim um elemento central do sistema sanitário;

b. não se trata de uma atenção de segunda classe, destinada exclusivamente as zonas rurais e aos habitantes pobres das cidades, ao contrário, quando organizada efetivamente, representa atenção de primeira qualidade, tanto para os habitantes da zona urbana, quanto da zona rural; e

c. não é um modelo que destina toda a carga da responsabilidade da atenção à saúde aos sujeitos e as comunidades locais.

No entanto, de conforme a OMS (1984a, p. 13, tradução nossa), um sistema de saúde baseado na APS, deve:

- a) assistir a totalidade da população, com base na equidade e participação responsável;
- b) incluir componentes do setor saúde e de outros setores, cujas atividades inter-relacionadas contribuem com a saúde;
- c) conduzir os elementos essenciais da APS ao primeiro contato entre os indivíduos e o sistema de saúde;
- d) apoiar a organização da APS no nível local, como prioridade;
- e) facilitar, nos níveis intermediários, a atenção profissional ou especializada, necessária a resolução dos problemas de saúde mais técnicos, que não podem ser resolvidos no nível local, assim como a formação e a orientação permanente para as comunidades e agentes de sanitários da comunidade;
- f) prover, em nível central, serviços especializados em planejamento e gestão, atenção a saúde extremamente especializada, formação para especialistas, além de serviços como laboratórios centrais e apoio logístico e financeiro centralizado; e
- g) facilitar a coordenação de todo sistema, com o envio de casos, quando necessário, para níveis de maior complexidade.

Andrade, Barreto e Bezerra (2007) afirmam que a conferência de Alma Ata apontou a APS como a atenção à saúde fundamental e acessível às famílias e sujeitos de determinada comunidade, com a participação dos mesmos e a um custo suportável ao sistema e aos sujeitos. A Declaração de Alma Ata, para Ferreira e Buss (2001, p. 9) ampliou a “[...] visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população superava o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde”.

Segundo Luz (2003, p. 48) a conferência de Alma Ata

[...] declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializada para resolver os problemas de saúde de dois terços da humanidade, fazendo apelo aos governos de todos os países para o desenvolvimento de formas simplificadas de atenção médica destinada às populações carentes do mundo inteiro [...].

No ano de 1979, a Assembléia Mundial de Saúde referendou as deliberações da Declaração de Alma-Ata e estabeleceu como meta “Saúde para Todos no ano 2000” (MENDES, 1999a; 2001a; 2002a; STARFIELD, 2004).

A Conferência de Alma-Ata logo influenciou nos países, desenvolvidos ou não, a produção de uma consciência sanitária, focada na organização de serviços próximos as famílias, sujeitos e comunidades, capazes de realizar ações sanitárias de promoção, prevenção, vigilância e assistência inicial, no próprio território de vida dos mesmos. Bryant, Khan e Hyder (1997, p. 122, tradução nossa) referem que a conferência inspirou o impulso necessário para provocar uma mudança mundial no setor saúde. Vuori (1984 *apud* STARFIELD, 2004) apontou, em 1984, que, muita das metas estabelecidas em Alma-Ata, já haviam sido alcançadas pelos países industrializados. Na Região das Américas, segundo a Organização Panamericana de Saúde-OPAS (2003, p. 1), os países logo adotaram os quatro princípios básicos da APS:

- I) acessibilidade e cobertura universal segundo as necessidades de saúde;
- II) participação e auto-sustentação individual e comunitária;
- III) ação internacional pela saúde;
- IV) efetividade/custo e tecnologia apropriada segundo os recursos disponíveis.

Desde então, os Estados Membros da OPAS, estabeleceram estratégias nacionais de APS baseadas no desenvolvimento de componentes prioritários: extensão da cobertura dos serviços de saúde e melhoria do ambiente; organização e participação da comunidade com vistas ao seu bem-estar; desenvolvimento da articulação intersetorial; desenvolvimento da pesquisa e de tecnologias apropriadas; disponibilidade e produção de produtos e equipamentos críticos; formação e utilização de trabalhadores de saúde; financiamento setorial; e cooperação internacional.

Para a viabilização da APS, segundo Souza (1997, p. 9), “seria necessário o uso de técnicas apropriadas, e o seu grande recurso deveria ser a participação ativa da comunidade”.

Na construção da APS, muitas foram as interpretações que a mesma assumiu, podendo-se até mesmo arriscar que esta tenha sido construída historicamente de maneira polissêmica, assim como as concepções de integralidade.

Vasconcelos (2001, p. 23) apresenta três interpretações a partir da leitura de autores como MacDonald e Warren (1991, p. 39) e Walsh e Warren (1984 *apud* BANERJI, 1984):

- a) o padrão da assistência médica primária resulta da transposição para os serviços locais de saúde do modelo de atenção dominante dos consultórios privados, ambulatórios e hospitais que é centrado na consulta médica. As demais atividades – vacinação, curativos e ações educativas – entram de forma subalterna e restrita. Não se valoriza ou se abre espaço para a participação dos indivíduos e grupos locais em suas atividades.
- b) o padrão de atenção primária seletiva [...] é justificado pela consideração de que não há recursos materiais e humanos disponíveis para o atendimento global de toda a população, sendo, portanto necessário restringir as atividades sanitárias à abordagem de número pequeno de problemas de saúde que afetam a um grande número de pessoas e para o qual se disponha de métodos de intervenção pouco onerosos e de comprovada eficácia. Assim, a atenção à saúde fica reduzida à implementação de uma série de tarefas técnicas bem delimitadas e padronizadas, que não requerem maior qualificação profissional para serem executadas.
- c) o padrão de atenção primária à saúde foi anunciado e divulgado de forma ampla em 1978 na Conferência de Alma Ata [...], tem como eixo principal o apoio aos indivíduos e aos grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e sua saúde.

Já Vuori (1986 *apud* BRASIL, 2004b, p. 45) apontou quatro diferentes interpretações para a APS:

um conjunto de atividades, como sugerido na declaração de Alma-Ata;

um nível do cuidado dentro do sistema de saúde, em que as pessoas têm seu primeiro contato com o sistema;

uma estratégia para organização dos serviços de saúde, funcionalmente integrada no sistema de saúde, que permita o acesso ao cuidado, tenha relevância dentro das necessidades da população, seja baseada na participação da comunidade, tenha uma boa relação custo-efetividade e seja caracterizada pela colaboração entre todos os setores da sociedade. Isso requer reorientação de pessoal e recursos da atenção secundária e terciária para a Atenção Primária;

uma filosofia que deve permear todo o sistema de saúde. Nesse sentido, um país pode considerar-se como praticante da APS se todo seu sistema de saúde for caracterizado por justiça social, equidade, solidariedade internacional, auto-responsabilidade e aceitação de um conceito ampliado de saúde.

Mendes (1999a, p. 271) categoriza as interpretações referentes à APS, da seguinte maneira:

- a) a atenção primária como estratégia de reordenamento do setor saúde, o que significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que esse sistema supõe servir;
- b) a atenção primária como programa com objetivos restringidos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas, de grupos humanos considerados em extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos;
- c) a atenção primária como estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

Na realidade, as interpretações apresentadas pelos autores, mostram basicamente uma APS voltada para procedimentos e atitudes individuais ou centrada na organização da própria atenção. A categoria seletiva é focalizada em sujeitos e regiões pobres; a segunda refere-se ao primeiro nível de atenção do sistema de saúde e à organização deste, e a última, a estratégica, é bem mais ampla, pois, além de considerar a organização do primeiro nível de atenção, permite aos trabalhadores de saúde e sujeitos uma atitude coletiva. Essa última categoria proposta por Alma-Ata mostrou-se factível e viável ao Brasil.

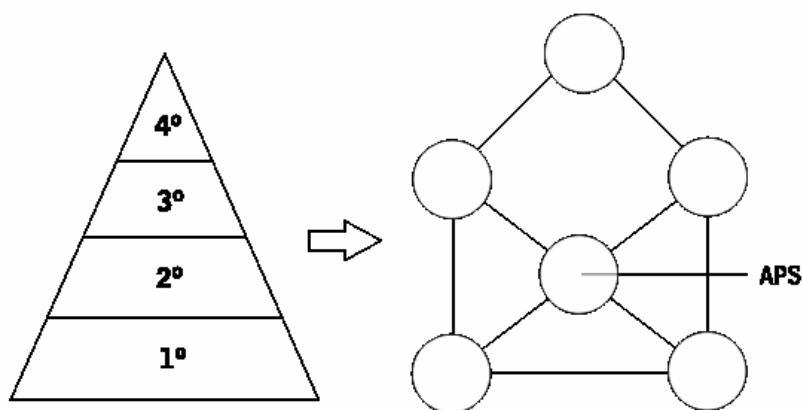
Além das interpretações apresentadas, desde a Conferência de Alma Ata até a contemporaneidade, as formas de interpretar, conceituar e implementar a APS seguiram uma diversidade de concepções teóricas, princípios, objetivos, metas e idéias localizadas, focalizadas e/ou regionalizadas, seja na condição de programas, ações ou políticas de saúde.

Starfield (2004, p. 30-45), por exemplo, apresenta como princípios da APS: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. O primeiro contato encerra a “acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo quais as pessoas buscam atenção à saúde”. A longitudinalidade “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo tempo”. A integralidade “implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o cliente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas”. A coordenação ou Integração da atenção “requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários [...], ou ambos, além do reconhecimento

de problemas – um elemento processual –”. A focalização na família refere-se ao alcance da integralidade adentrar os seus ambientes, quando a “avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com os recursos familiares limitados”. A APS orientada para comunidade envolve habilidades “epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida”.

Mendes (2002a) sugere, a partir dos princípios descritos por Starfield, uma rede horizontal de serviços de saúde, organizada a partir da APS, superando o modelo de sistema piramidal hierárquico, com o intuito de reversão do modelo assistencial, como mostrado na Figura 1. O modelo, proposto por Mendes (2002a), busca não somente a reversão do modelo de atenção, mas também o fim de um sistema de saúde fragmentado e vertical, como apresentado no sistema piramidal.

Figura 1 Do sistema piramidal hierárquico para a rede horizontal de serviços de saúde⁵⁷.



Fonte: MENDES, E.V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a. p. 18.

Segundo Cecílio (1997a), o sistema piramidal, supostamente, suscitaria uma espécie de racionalização da atenção, do nível primário, para o secundário, terciário ou quaternário, ou vice-versa, resultando em fluxo ordenado da clientela de

⁵⁷ O nível de atenção quaternário apresentado por Mendes compreende os Hospitais Universitários e Especializados, como os da Rede Sara – os de reabilitação –, laboratórios de engenharia genética e outros de referência nacional e internacional.

baixo para cima, e vice-versa, regulado por mecanismos de referência e de retorno/devolução. O autor aponta como principais blocos de dificuldades do modelo piramidal, o seguinte:

O primeiro deles diz respeito a causas mais gerais, ligadas à própria configuração do SUS nos seus aspectos de financiamento, relação público e privado, como é feita sua gestão e como é realizado o controle por parte dos usuários. O segundo aponta, diretamente, para a questão de como temos pensado o modelo tecno-assistencial, ou seja, coloca-nos a necessidade de questionarmos a idéia da organização do SUS nos moldes de uma pirâmide hierarquizada de serviços (CECÍLIO, 1997a, p. 472).

O modelo piramidal de organização do sistema tem influenciado a fragmentação da atenção e uma espécie de exclusão sócio-sanitária, em que o sujeito, pertencente a determinado um território da ESF, ao necessitar de exames especializados, de patologia clínica ou por imagem, nos níveis de atenção secundária ou terciária, nem sempre é pronto-atendido. O mesmo pode esperar semanas, meses ou mais, fato que vem levando, dia após dia, os sujeitos e seus familiares a procurarem os setores de emergência e de pronto-atendimento das unidades hospitalares, referindo que estão com graves problemas de saúde, com o intuito de obter resposta satisfatória à necessidade individual, assim reduzindo a ansiedade e o medo produzidos pela falta de respostas do sistema de saúde.

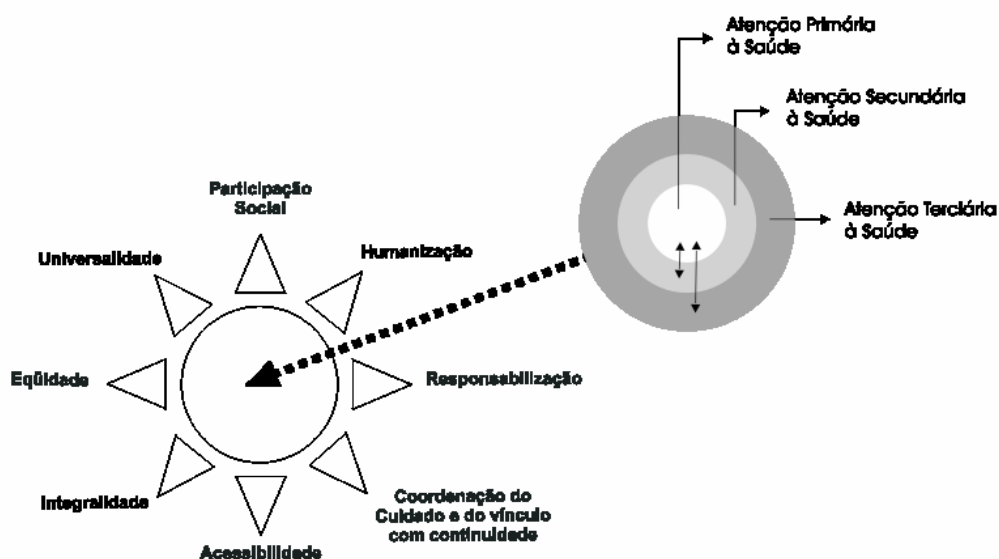
Quanto a esta lógica em que a equipe está organizando seu trabalho a partir da oferta organizada, Franco e Merhy (2007, p. 4) afirmam que esta forma...

elimina a possibilidade de atendimento a demanda espontânea, o que se constitui em uma doce ilusão. A população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias, e não havendo um esquema para atendê-la e dar uma resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros, como usualmente acontece.

Tal situação leva a reflexão de saber a quantas anda a integralidade da atenção? É percebido, porém, que o momento atual exige uma rede de atenção à saúde sólida e efetiva, a partir da APS.

O modelo de organização da atenção à saúde, apresentado por Starfield (2004) e Mendes (2002a), sugere um incremento da descentralização, como também uma hierarquização horizontal dos diferentes níveis, com base na APS e em princípios organizativos sólidos e socialmente aceitáveis, como apresentado na Figura 2.

Figura 2 Organização da Atenção à Saúde a partir da APS e seus Princípios.



A OPAS, em 2005, apontou que para reduzir as iniquidades sanitárias dos povos das Américas é necessário que os Sistemas de Saúde sejam embasados na APS. Pois, tal prática incrementaria o desenvolvimento dos sistemas e maximizaria a equidade e a solidariedade, com base nos princípios da própria APS que buscam: responder às demandas e necessidades de saúde das famílias, sujeitos e comunidades; prestar uma atenção à saúde de qualidade; a responsabilização e prestação de contas dos governos; além da sustentabilidade, justiça social, participação social e da intersetorialidade (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007).

No Brasil e no mundo, o processo de construção e busca pela efetivação da APS levou governos e estudiosos a uma construção plural de seu conceito. Na década de 1970, a Academia Americana de Médicos de Família definiu a APS como a...

forma de aporte de cuidados médicos que acentua o primeiro contato e assume a responsabilidade continuada na manutenção da saúde e no

tratamento das doenças do paciente. Estes cuidados personalizados implicam uma interação única da comunicação entre o paciente e o médico, que inclui a coordenação da atenção aos problemas de saúde do paciente, tanto biológicos, psicológicos como sociais (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007, p. 784).

Em 1984, o pesquisador cubano Cosme Ordoñez definiu a APS como...

O conjunto de atividades planejadas de atenção médica integral que têm como objetivo alcançar melhor nível de saúde para o indivíduo e a comunidade, aplicando a metodologia científica com a ótima utilização dos recursos disponíveis e a participação ativa das massas organizadas (LAGO, 2001 *apud* ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007, p. 785).

A SESA Ceará conceituou hierarquicamente, em 1998, a APS como, o...

Nível de atenção representado pelos serviços de primeira linha, como clínica médica, pediatria e tocoginecologia, de caráter ambulatorial, constituinte de um sistema de porta de entrada – excetuando-se urgências e emergências – e fortemente marcado por programas, sistemas e serviços caracterizados pelas funções de promoção de saúde, prevenção de agravos e transtornos à saúde, educação em saúde e tratamento de tecnologia simplificada (CEARÁ, 1998, p. 9).

O Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde-CONASS (BRASIL, 2004c, p. 7) conceitua APS como:

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios - território-processo - bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade - ao sistema -, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A APS deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Sousa (2001a, p. 81) conceitua a APS como a “atenção essencial à saúde que é tornada acessível a um custo que o país e a comunidade podem pagar, com métodos que são cientificamente consistentes e são aceitáveis socialmente”. A APS refere-se ao primeiro nível de atenção à saúde, conforme afirma Santos (2007a, p. 12), sendo a mesma a “porta de entrada do sistema, que, portanto requer proximidade com os mais interessados: a comunidade, famílias e indivíduos. Assim,

deve responder às necessidades da comunidade com um custo aceitável à realidade local”. Para Malagutti e Biagnolini (2007, p. 167) a APS constitui...

o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária e corresponde a um conjunto de ações variáveis em complexidade, de acordo com os determinantes econômicos e socioculturais da comunidade. Estas opções, sempre eficazes e eficientes, são colocadas à disposição do indivíduo, da família e da comunidade para promover, manter e recuperar a saúde.

A APS é representada pelos autores que a conceituam, como um nível hierárquico do sistema de serviços de saúde; como a base organizativa da atenção à saúde; a porta de entrada de um sistema de saúde; mas sempre vista como o nível de atenção que realiza o primeiro contato com as famílias, sujeitos e comunidades nesse sistema de saúde.

Neste momento da revisão crítica de literatura e para os fins desta Dissertação, pode-se construir três conceitos fundamentais:

Saúde Pública - conjunto de saberes, dispositivos e ações, desenvolvidos e praticados de modo direto ou indireto pelo poder público, com os objetivos de prevenir morte, doença ou transtornos à saúde; de prolongar a vida; e de promover a saúde e a eficiência física e mental. Tal conjunto articula-se em graus de complexidade, natureza e níveis de atenção: primário, secundário e terciário.

Atenção Primária à Saúde – nível de atenção e ferramenta estratégica da saúde pública, caracterizada basicamente por dois eixos articulados: o foco dos saberes, dispositivos e ações é coletivo, não individual, população adscrita a território; e o momento da mobilização é anterior à emergência do fenômeno que se pretenda abolir, reduzir ou controlar, por meio de intervenção no processo de determinação do mesmo.

Atenção Básica à Saúde – ações gerais e iniciais de assistência, cobrindo grande parte das necessidades cotidianas de cuidados, configurando nível próprio de terminalidade e porta de entrada no sistema mais complexo e especializado de cuidados, constituintes dos níveis secundário e terciário.

No caso da APS, segundo afirma o CONASS (BRASIL, 2004c, p. 9), a mesma “[...] deve ser orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade, e ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para portadores de patologia crônica e portadores de necessidades especiais”. Para que

a APS se faça eficazmente, nos municípios, Silva e Mendes (2004, p. 60) sugerem a definição de áreas sanitárias. Segundo esses autores, os “territórios serão nas Unidades Básicas de Saúde-UBS convencionais, definidos pela sua abrangência territorial-populacional; quando se opera com o Programa Saúde da Família-PSF, as áreas sanitárias serão os espaços de abrangência territorial-populacional de cada equipe do PSF”.

No Brasil, o Ministério da Saúde-MS, historicamente, vem utilizando a terminologia atenção básica quando se refere a APS. Entre os estudiosos do assunto não há consenso entre os mesmos, têm grupos que utilizam o primeiro termo, têm outros que preferem o segundo. Mas é percebido que autores como Mendes (2002a), Santos e Miranda (2007), OPAS (2003) e Andrade, Barreto e Fonseca (2005) preferem a utilização do termo APS por sua nomenclatura de uso universal.

Quanto a esse conflito de concepção terminológica, Sousa (2007, p. 23) afirma que na literatura mundial pouco se encontra a terminologia “atenção básica à saúde”. Devido ao pacto mundial emanado pela Declaração de Alma-Ata, o termo usualmente utilizado é APS. Por esta influência, de acordo com autora, no Brasil utiliza-se a APS e básica como conceito similar. Conforme Testa (s/data *apud* BRASIL, 2004b, p. 24), o MS, utiliza o termo atenção básica para designar APS, como reflexo da necessidade de diferenciar a proposta do PSF da proposta dos cuidados primários de saúde, interpretados, segundo o autor, “como política de focalização e como atenção primitiva à saúde. Dessa maneira criou-se, no Brasil, uma terminologia própria, importante naquele momento histórico”. Já Souza (2004 *apud* BRASIL, 2004b, p. 24) refere que na atualidade alguns autores vêm utilizando a terminologia, que é reconhecida internacionalmente – a APS.

Quanto ao uso da terminologia atenção básica, Santos (2007a, p. 16) afirma que esse termo parece “dá idéia de algo muito simples, elementar e, portanto, de baixa importância e significado, e o que é pior, de baixo impacto”.

O termo atenção básica parece limitado, não permitindo um enfoque mais arrojado das políticas nesse nível e nem o incremento da gestão nos diferentes níveis governamentais. A APS em sua concepção mundial, exige políticas sólidas, transversais, transdisciplinares, e uma mobilização governamental de todos os setores da administração pública, para que destinem os recursos a tais ações

sanitárias de promoção da saúde e prevenção de doenças, com o intuito de efetivação da 'Saúde para Todos'. Sair de uma concepção de atenção básica para APS, exige do governo brasileiro, um ordenamento fiscal e orçamentário mais imperioso para o setor saúde e dos gestores e trabalhadores de saúde, uma postura, práticas e saberes necessários à resolução dos problemas e superação das necessidades sociais e sanitárias das famílias, sujeitos e comunidades.

Nesse estudo a terminologia que o referencia é a APS.

No caso do conceito de atenção básica no Brasil, o mesmo tem sofrido uma grande variação histórica.

O **Manual para a Organização da Atenção Básica** do MS de 1999 (BRASIL, 1999, p. 8), conceitua a Atenção Básica-AB como um “conjunto de ações de caráter individual e coletivo que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, e constitui o primeiro nível da atenção do SUS”. No ano de 2003, o MS (BRASIL, 2003a, s/p.) amplia o conceito para:

[...] um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado – tratamento e reabilitação – desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas, e sanitárias, pautadas numa abordagem transdisciplinar, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios – território-processo – bem delimitados, das quais assumem responsabilidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem ser resolver a maioria dos problemas de saúde das populações – de maior frequência e relevância –, sendo seu contato preferencial com o sistema de saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

Em 2006, o MS (BRASIL, 2006a, p. 10) por meio da Política Nacional de Atenção Básica atualiza o conceito, como segue:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A AB considera o sujeito. A AB considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de

sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A atualização do conceito apresenta um retrocesso no que concernem as ações multidisciplinares, em que é extinto o termo. É retirada do texto a concepção de território-processo. E passa a considerar o “sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural [...]”.

O **Plano Nacional de Saúde** para o quadriênio 2004-2007, denominado de “Um pacto pela saúde no Brasil”, aponta que:

Desde 1978, quando a OMS lançou a meta de Saúde para Todos no ano 2000, o fortalecimento da APS tem sido estratégia fundamental nos planos das agências governamentais, organismos internacionais e organizações não-governamentais em todo o mundo. Terminado o ano 2000, é necessário reconhecer, entretanto, que resta muito a fazer para garantir às pessoas o acesso a uma atenção básica de qualidade (BRASIL, 2005h, p. 20).

O plano apresenta como um de seus objetivos para as linhas de atenção à saúde:

Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde (BRASIL, 2005i, p. 45).

O referido plano objetivo buscar a integração dos diferentes níveis de atenção, de modo horizontalizado, a primeiro níveis de atenção. E que a...

expansão do acesso à atenção básica deverá ser baseada em estratégias que privilegiem o atendimento integral das necessidades de saúde, para o que será indispensável o estabelecimento de uma articulação intersetorial, em especial no âmbito municipal. Uma das principais estratégias prioritárias consistirá na ampliação das equipes de saúde da família, às quais deverão ser asseguradas as condições necessárias à resolubilidade, com qualidade, de seu trabalho (BRASIL, 2005i, p. 46).

O plano prioriza a ESF como a base organizativa da atenção básica e do sistema de serviços de saúde, apontando como meta, a ampliação no período de 2004-2007 do número de equipes da para 35 mil.

De acordo com a Política Nacional de 2006, a Atenção Básica (BRASIL, 2006a, p. 11) apresenta os seguintes fundamentos:

- a) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

- b) efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- c) desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- d) valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- e) realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- f) estimular a participação popular e o controle social.

Xavier e Machado (2005, p. 16) conceituam a atenção básica como uma “política do SUS que compreende um conjunto de ações, individuais e coletivas, englobando promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. É o primeiro nível da atenção”.

No território nacional parece que não há um consenso de terminologias – Atenção Básica? APS? – e de concepções. Os próprios formuladores de políticas, como o CONASS, em seus documentos próprios trabalha com a terminologia de APS. Os estudiosos divergem tanto no componente da terminologia, quanto em nível de concepção. Quanto a estas, é interessante a abordagem polissêmica, pois a construção conceitual deve arraigar-se nas diversidades locorregionais, sejam de caráter social, cultural, econômico, político, sanitário, histórico e ideológico.

É importante registrar que a disseminação e a construção da APS no mundo, e em especial no Brasil, tem tido uma grande influência das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (BRASIL, 1996a), através de compromissos assumidos pela OMS durante a Assembléia Mundial de Saúde de 1979, no intuito de referendar os cuidados primários e a necessidade de ações intersetoriais, como segue:

- Carta de Ottawa-Canadá, 1986 – conceitua a promoção da saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Apresentando como pré-requisitos – condições e recursos fundamentais – para a saúde a paz, habitação, educação, alimentação, renda, eco-sistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 1996a, p. 11).

- Declaração de Adelaide-Austrália, 1988 – identifica cinco campos para a promoção da saúde, que são: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento de habilidades individuais; reforço da ação comunitária; e reorientação dos serviços de saúde. A declaração faz referências a importância da Declaração de Alma Ata e estabelece quatro áreas prioritárias para o desenvolvimento de ações em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e a criação de ambientes saudáveis.

- Declaração de Sundsvall-Suécia, 1991 – faz referência aos ambientes favoráveis à saúde, afirmando que “ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis” (BRASIL, 1996a, p. 33).

- Declaração de Bogotá-Colômbia, 1992 – vem discutir a promoção da saúde e a equidade no âmbito da América Latina, afirmando a necessidade de se trabalhar a solidariedade e a equidade social, como condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento.

As deliberações das Conferências de Promoção da Saúde vêm causando forte impacto na política de APS, influenciando na construção de ações intersetoriais e interdisciplinares. Um dos grandes entraves no caso do Brasil é a inexistência de uma concepção sólida do que seja promoção da saúde pelo MS. Fala-se e escreve-se muito acerca do termo promoção da saúde, mas o Ministério apresenta várias interpretações dependendo do momento político, do documento publicado e da coordenação setorial.

Outra carta que tem influenciado na construção da APS é a Carta de Liubliana-Eslovênia. A Carta de Liubliana sugere diretrizes para a reforma da atenção à saúde na Europa, considera a APS como a base estratégica e/ou filosófica para a organização do sistema de serviços de saúde; sendo que os serviços de saúde devam assegurar, em todos os níveis, a proteção e a promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida, a prevenção e o tratamento de doenças, a reabilitação dos sujeitos e o cuidado aos doentes em sofrimento ou estado terminal. Tais reformas, segundo a carta, devem assegurar a decisão conjunta dos sujeitos com os prestadores de saúde, com a promoção da abrangência e continuidade da assistência, considerando os aspectos culturais. Esta Carta, conforme Starfield (2004, p. 19), propõe que tais sistemas devam ser:

dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;

direcionados para proteção e promoção à saúde;

centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;

focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;

baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e

direcionados para a atenção primária.

No caso do Brasil, os desdobramentos da Declaração de Alma Ata, a partir de 1980, ocorreram fortemente, influenciando o temário da 7ª Conferência Nacional de Saúde-VII CNS – **Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos** –, que dentre outras recomendações, os Anais registram que deveria ser atribuído à rede básica um “caráter polivalente – preventivo-curativo –, a ela possibilitando o aumento da cobertura e a universalização da clientela, aplicando novas tecnologias e novos conhecimentos, estruturando-se esta rede em níveis de complexidade crescente” (BRASIL, 1980, p. 159).

Os desdobramentos continuaram com as Ações Integradas de Saúde-AIS a partir de 1984, ocorrendo uma grande expansão da rede de APS do país, para em torno de 2.500 municípios. As AIS inicialmente, foram estabelecidas em detrimento a grave crise no financiamento da Previdência Social. Em relação a esse cenário brasileiro, Paim e Almeida Filho (1998, p. 301) afirmam que a estratégia da APS se desenvolveu em todo mundo a partir de Alma-Ata, concomitante ao momento em que os centros hegemônicos da economia mundial revalorizavam o mercado, privilegiando-o na alocação de recursos e, conseqüentemente, questionando a responsabilidade estatal na provisão de bens e serviços para atenção das necessidades sociais, incluindo as de saúde.

As AIS segundo Silva (2001, p. 63) “representam um esforço à descentralização, ao propiciar a assinatura de convênios entre União, Estados e Municípios, voltados para o desenvolvimento de ações de saúde pública e de assistência médica” e foram criadas mediante a assinatura de uma portaria interministerial envolvendo os Ministérios da Previdência e Assistência Social-MPAS, da Educação e Cultura-MEC e da Saúde.

Em 1987, as AIS foram substituídas pelo SUDS, e com a criação do SUS em 1988, intensifica-se o processo de descentralização, e com isso o incremento de ações do nível da APS, sendo realizadas em grande parte dos municípios

brasileiros. Com o processo de descentralização influenciado pelas AIS, o SUDS e, principalmente, pelo SUS, muitas foram as ações e programas de saúde diferenciados, trabalhados em alguns municípios ou estados, com o intuito de acertar, de se buscar uma fórmula de organização da APS, estrategicamente.

Dentre as ações estratégicas da APS, em março de 1987, o Ceará começa a experimentar o agente de saúde com o intuito de prestar assistência à família, com prioridade a promoção e proteção da saúde materno-infantil em função de seu maior risco de morbidade e mortalidade, através da identificação da situação de risco individual e coletivo e da atenção precoce as doenças e, conseqüente acompanhamento, baseada na mobilização social e participação comunitária, com atuação em um território definido. Neste período a mortalidade infantil no Estado era de 126/1.000 nascidos vivos e a mortalidade materna era de 100/100.000 habitantes e a Política Estadual de Saúde, para o período de 1987-1990 visava melhorar os...

níveis de saúde e bem-estar para a população, compreendendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, a serem alcançadas através de integração interinstitucional, unificação dos diversos órgãos atuantes no setor e de fortalecimento da rede pública dos serviços, utilizando-se plenamente a capacidade instalada (CEARÁ, 1987, p. 71).

Somente no dia dois de janeiro de 1988, por meio do Decreto Nº 19.945/1988 do Governo do Estado do Ceará foi instituído o Programa Agente de Saúde-PAS, com o objetivo de “melhorar o nível de saúde das populações carentes, fortalecendo a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde no Ceará”, além de buscar “melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da saúde” (CEARÁ, 1991, p. 6).

O PAS foi criado no Ceará, inicialmente, como frente de trabalho numa conjuntura de seca, sendo desenvolvido essencialmente por mulheres, na execução de ações básicas de saúde. O PAS do Ceará de acordo com Silva (1997a, p. 15) diferenciou dos demais implantados no Brasil, “[...] não só pelo nome, mas também pelo realce político que recebe, desde seu nascedouro, por parte do governo estadual no Ceará”. Ainda segundo a autora, o PAS é um “programa polêmico, que suscita defesas apaixonadas e críticas severas, dependendo da localização do crítico”.

O agente de saúde era selecionado por uma equipe externa do município, pertencente à SESA-CE, para evitar o clientelismo. O município tinha a responsabilidade de fazer uma ampla divulgação em seu território acerca de como

se inscrever para seleção. Um dos critérios para inscrição do candidato era ser morador do território que iria atuar. Após a seleção o agente de saúde passava por uma capacitação teórico-vivencial de dois meses, compreendendo momentos teóricos, estágio em unidade de saúde e trabalho de campo. Ao assumir o território cada agente era responsável pelo acompanhamento de uma média de 100 famílias na área rural e 250 famílias na zona urbana, através de visitas domiciliares mensais.

Em seus territórios, os agentes de saúde introduziram uma figura caricaturizada por uma farda, com uma balança e uma bolsa a tiracolo. A bolsa contendo impressos para registro das informações das famílias, colheres para o preparo de soro caseiro e pacotes de sais para Terapia de Reidratação Oral-TRO e fitas métricas para avaliar o estado nutricional de gestantes e verificar o comprimento de crianças.

Durante as visitas domiciliares, o agente de saúde, inicialmente, tinham a missão de orientar as mulheres acerca da prevenção do câncer cérvico-uterino; de acompanhar a gestante e os sujeitos portadores de doenças crônicas e infecto-contagiosas, como a tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*; desenvolver ações de vigilância epidemiológica; prevenção da desidratação; orientar e incentivar a amamentação; acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de crianças; acompanhar as crianças desnutridas; orientar, incentivar e encaminhar para vacinação; militar em ações de saneamento; encaminhar os sujeitos aos serviços de saúde; organizar e/ou participar de reuniões comunitárias para identificação das necessidades e enfrentamento dos problemas locais; trabalhar em conjunto com parteiras, rezadeiras e curandeiros.

O agente de saúde de acordo com Silva (1997a, p. 35)...

encontra-se, profissionalmente, no ponto limite entre a Enfermagem e o Serviço Social. Ele desenvolve atividades próprias dos dois campos, como acompanhamento da gestante e da criança sadia, ações educativas, imunizações e outras ações de saúde, assim como ações de organização comunitária [...].

Tal afirmativa da autora repercute até os dias atuais, no componente de quem deve atuar como supervisor do ACS no território da ESF.

Goya (1996) em sua obra **O SUS que funciona em municípios do Ceará** no ano de 1996 afirmava que...

as visitas domiciliares, o contato direto com a comunidade, o envolvimento com os problemas locais e o conhecimento de cada mãe, gestante, criança ou adulto, fazem com que o Programa compreenda a pessoa em sua

totalidade e estabeleça uma relação fraterna e solidária, humanizando a relação entre família e serviços de saúde (GOYA, 1996, p. 51).

No Ceará o programa logo se expandiu, tanto que em pouco tempo, no ano de 1996, cem por cento dos municípios já eram cobertos por agentes de saúde. É importante registrar que os salários dos ACS de saúde no Estado do Ceará, desde sua criação até hoje são pagos com recursos financeiros do tesouro estadual.

O agente de saúde trouxe um grande impacto nas condições de vida da população, principalmente, as de baixa renda, no Ceará, como também, em outras experiências localizadas no país, avançando na descentralização da APS, fatos que levaram o MS/Fundação Nacional de Saúde-FUNASA em 1991 a institucionalização em nível nacional, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde-PNACS, que posteriormente em 1992, passou a ser chamado pela comunidade sanitária de Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS. O PACS foi institucionalizado durante o governo de Fernando Collor. Os conservadores do referido governo, segundo Sousa (2001b, p. 47), apoderaram-se de experiências e idéias construídas por municípios e estados progressistas e populares, levando os técnicos – sérios, éticos e sensíveis – a acreditar que o mesmo tinha o propósito de resolver os graves problemas de saúde do Brasil. A autora diz que nesse período foram criadas várias políticas com caráter assistencialista, dentre elas o PACS, “com grande potencial solidarizante”.

O PACS foi expandido inicialmente no Nordeste do Brasil e depois para as demais regiões. Conforme Sousa (2001b, p. 50), o Nordeste foi priorizado devido à existência dos “maiores indicadores de doenças, carências, pobreza e miséria; os municípios dessa região abrigavam todos os males de exclusão social, uma concentração e aceleração na implantação do PACS resultaria em maior impacto, em curto e médio tempo”. Segundo Santos (2007b), o PACS surgiu a partir da necessidade do estabelecimento de alternativas que levasse a implantação do SUS. O PACS para Costa, Fracoli e Chiesa (2007, p. 125)...

foi formulado, inicialmente, como uma proposta de extensão de cobertura dos serviços de saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, introduzindo nas práticas de saúde o enfoque na família, e não no indivíduo, bem como a visão de intervenção em saúde, que busca atuar de forma integrada com a comunidade, numa abordagem menos reducionista, não centrada unicamente na figura do médico.

Ainda segundo as autoras, o PACS buscava capacitar os Agentes Comunitários de Saúde-ACS, “[...] para a execução de trabalhos no primeiro nível de atenção à saúde, como garantia de cuidados à população, contribuição para a extensão da atenção à saúde e o fortalecimento do elo entre serviço e comunidade” (COSTA; FRACOLLI; CHIESA, 2007, p. 125). Vale ressaltar que o PACS desde sua institucionalização é gerenciado pelo enfermeiro, fato que em muitos municípios propiciou a interiorização e expansão do trabalho em enfermagem e durante anos, o único enfermeiro existente nestes era o coordenador do PACS. A ação de coordenação do PACS foi tão importante, que levou muitos enfermeiros a ascenderem ao cargo de secretário municipal de saúde.

Conforme Santos (2007b, p. 58), o ACS...

sob responsabilidade do enfermeiro, desenvolvia ações de enfermagem, sob treinamento, supervisão e acompanhamento, sem o respaldo do Conselho Regional de Enfermagem-COREn e/ou Conselho Federal de Enfermagem-COFEn, que às vezes até desconheciam partes de solicitações do Ministério da Saúde ou das secretarias de saúde; considerando que o ACS não era considerado profissional de saúde [...].

O Conselho Federal de Enfermagem-COFEn, inicialmente, foi contra o PACS, colocando-se em posição de enfrentamento ao MS. A alegação do COFEn baseava-se no fato que o ACS não era profissional de saúde e não integrava a equipe de enfermagem, que conforma a lei do exercício profissional. A Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn e a Federação Nacional dos Enfermeiros-FNE ao contrário do COFEn, apoiaram de pronto o PACS.

Atualmente, os critérios exigidos no ato da seleção do ACS são: ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; residir na comunidade há pelo menos dois anos; e ter disponibilidade de tempo integral para o exercício das atividades. O ACS selecionado é responsável pela atenção de 400 a 750 sujeitos, sendo 12 ACS por equipe de saúde da família, a depender das necessidades locais, no que concerne as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, através de ações individuais ou coletivas em seu território de atuação (BRASIL, 2001a). Para Malagutti e Biagolini (2007, p. 176), o ACS, além de ser da própria comunidade, deve ser “alguém que se identifique com a comunidade em relação à cultura, à linguagem e aos costumes”. Segundo Silva (1997a, p. 56), a APS “[...] na qual o ACS está inserido, visa a uma transformação social, que implica a necessidade de certa liderança”.

No ano de 2001, as ações que o ACS tinha responsabilidade eram (BRASIL, 2001b, p. 5):

- visitar no mínimo uma vez por mês cada família da sua comunidade;
- identificar situação de risco e encaminhar aos setores responsáveis;
- pesar e medir mensalmente as crianças menores de dois anos e registrar a informação no Cartão da Criança;
- incentivar o aleitamento materno;
- acompanhar a vacinação periódica das crianças por meio do cartão de vacinação e de gestantes;
- orientar a família sobre o uso de soro de reidratação oral para prevenir diarreias e desidratação em crianças;
- identificar as gestantes e encaminhá-las ao pré-natal;
- orientar sobre métodos de planejamento familiar;
- orientar sobre prevenção da AIDS;
- orientar a família sobre a prevenção e cuidados em situação de endemias;
- realizar ações educativas para a prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama;
- realizar ações educativas referentes ao climatério;
- realizar atividades de educação nutricional nas famílias e na comunidade;
- realizar atividades de educação em saúde bucal na família, com ênfase no grupo infantil;
- supervisionar eventuais componentes da família em tratamento domiciliar e os sujeitos com tuberculose, hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas;
- realizar atividades de prevenção e promoção da saúde do idoso;
- identificar portadores de deficiência psico-física com orientação aos familiares para o apoio necessário no próprio domicílio.

Além das ações elencadas, o ACS atua no cadastramento dos sujeitos; realiza diagnóstico comunitário; identifica e mapeia microáreas em seu território de atuação; e realiza ações intersetoriais.

Os ACS segundo Andrade, Barreto e Fonseca (2005) são um dos pilares do processo de organização da APS no Brasil, pois o mesmo, mora e integra a comunidade e a Equipe de Saúde da Família. De acordo com Barreto (*et al.*, 2003 *apud* ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2005, p. 96) o ACS se destaca na comunidade

[...] pela capacidade de comunicar-se com as pessoas e pela liderança natural que exerce, funcionando como elo entre a equipe e a comunidade. Estando em contato permanente com as famílias, facilita o trabalho vigilância e promoção da saúde realizado por toda a equipe. Exerce também o papel de elo cultural, o que fortalece o trabalho educativo, ao

fazer a interseção entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular.

O PACS avançou em todo o país – como mostra a Tabela 1 –, tornando-se uma estratégia nacional de descentralização da APS e de redução da mortalidade materna e infantil, que no Brasil em 31 de dezembro de 2006 existiam 221.854 ACS espalhados em municípios das diferentes regiões.

O quantitativo de ACS de 1994 a 1997: 1994 – 29.098; 1995 – 34.546; 1996 – 44.532; e 1997 – 54934 (BRASIL, 2001b).

Tabela 1 Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia ACS - abrangência: Nacional. Período de jan. de 1998 a dez. de 2006.

Ano*	Nº de ACS no SIAB**	% de cobertura populacional ACS	População
1998	79.677	26,92	159.644.929
1999	105.456	34,39	159.644.929
2000	135.244	42,76	163.957.179
2001	155.783	46,60	172.385.826
2002	178.303	52,61	172.385.826
2003	187.094	54,05	174.648.205
2004	195.318	55,48	177.243.280
2005	210.648	58,40	177.256.093
2006	221.854	59,11	185.619.807***

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde-SAS, Departamento de Atenção Básica-DAB, jan. 2007a.

*Dados referentes a 31 de dezembro de cada ano.

**Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB.

***População estimada atualizada em março de 2006.

Consideramos como avanços da Estratégia ACS:

a) Criação de micro-territórios sanitários no território municipal, a partir da locorregião de atuação de cada ACS, com base na territorialização.

b) Efetivação da visita domiciliar, como uma prática sanitária no nível primário de atenção à saúde.

c) Redução dos indicadores de morbidade e mortalidade, principalmente, de grupos populacionais, como o binômio materno-infantil.

d) Disseminação de práticas sanitárias voltadas para a promoção e proteção da saúde, e apoderamento de práticas de autocuidado pelos sujeitos das comunidades.

e) Introdução de uma concepção sanitária nos micro-territórios.

f) Melhoria da cobertura vacinal, das ações de vigilância epidemiológica, com conseqüente incremento na alimentação dos Sistemas de Informação em Saúde-SIS.

g) Ampla disseminação da TRO, contribuindo com a redução dos óbitos infantis por diarreias.

h) Aumento do emprego estatal.

i) Intensificação da interiorização do trabalho em saúde.

Percebemos que nos dias atuais, a Estratégia de ACS enfrenta os seguintes dilemas:

a) O processo de seleção continua sendo realizado pelas SESA, agora em nível microrregional, mas os municípios não fazem mais a ampla divulgação que ocorria no passado, durante as inscrições para seleção, pois, inicialmente, há uma espécie de pré-seleção no grupo político dominante, caracterizando uma concorrência interna amparada no clientelismo.

b) O acúmulo de atividades, além das próprias do setor saúde, tais como os censos escolar e agropecuário, incentivo a vacinação contra a febre aftosa, preenchimento de cadastros para programas governamentais assistenciais, como Bolsa Escola, Bolsa Família, Vale Gás e Fome Zero, vem radicalizando a fragmentação do processo de trabalho do ACS.

c) A exigência do poder público, em muitos municípios, de envolvimento do ACS no processo político eleitoral, na qualidade de cabo eleitoral, de puxador de votos.

d) A inexistência de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários do SUS-PCCS-SUS e os baixos salários, influenciando o ACS a exercer outras atividades profissionais, como professor, vendedor de cosméticos e vestuário, durante as visitas domiciliares.

e) A emergência de doenças ocupacionais, oriundas das longas caminhadas nos micro-territórios, principalmente, nas regiões insalubres e de altas temperaturas.

f) Os baixos salários têm levado o ACS a uma busca incessante por profissionalizar-se em outras áreas, como auxiliar de enfermagem, supondo que assim possa contribuir mais para a comunidade e inserir-se em carreira mais estável

e rendosa; ou como Pedagogia, almejando formação de professor. O pano de fundo desse processo vivenciado pelo ACS vem da necessidade de ascensão profissional, econômica, social, política e comunitária.

g) A exigência por parte de uma grande quantidade de Secretarias Municipais da Saúde de assinatura do ponto de frequência do ACS, na UBS, todos os dias, ao início e ao final do expediente, levando os mesmos a se deslocarem de seus micro-territórios, gastando um tempo significativo, engessando o processo de trabalho e distorcendo-o de suas origens sócio-comunitárias.

Não podemos deixar de lembrar que o ACS, segundo Bichuetti (*et al.*, 2005, p. 435), é uma “construção coletiva que institui na prática de saúde um novo protagonista, coletivo e híbrido, feito de *experts* de várias especialidades e de *experts-não experts* fabricados pela universidade da vida, gente do povo, da comunidade”. O MS (BRASIL, 2001b) estabelece que a Estratégia de ACS permite o aprimoramento e a consolidação do SUS, devido à reorientação ambulatorial e domiciliar, sendo compreendida como uma estratégia transitória para o PSF.

Em dezembro de 1993, nos dias 27 e 28, um grupo de sanitaristas semeadores de sonhos reuniu-se em Brasília, para discutirem os princípios e bases conceituais e organizativas do que viria a ser o PSF. Antes desse momento, segundo Sousa (2001a, p. 30), o Secretário Municipal da Saúde do Município de Quixadá-CE, Luiz Odorico Monteiro Andrade, vinha pautando e realizando reuniões com Halim Antônio Girade – assessor especial do Ministro Henrique Santillo do Governo do Presidente Itamar Franco –, com o apoio do UNICEF e da OPAS – nas pessoas de Oscar Castillo e Eugênio Vilaça Mendes. As reuniões segundo a autora, objetivavam encontrar formas de sustentação aos alicerces estruturados pelo PACS desde 1991. Numa das reuniões conforme Goya (1996, p. 53), no mês de outubro, Luiz Odorico Monteiro Andrade apresenta ao MS um projeto intitulado “Saúde da Família”.

Dentre os fatores que motivaram a criação do PSF foram: a expansão do PACS em todo o Brasil; as experiências dos municípios de Quixadá⁵⁸, de Niterói do

⁵⁸ O Modelo de Quixadá apesar de ter tido influências do modelo de Cuba não seguia toda a organicidade do mesmo.

Programa Médico de Família-PMF⁵⁹, e do Rio Grande do Sul, do Grupo Hospitalar Conceição com seus postos de saúde em que revitalizaram a antiga figura de médico de família.

Em março de 1994⁶⁰ o MS/FUNASA institucionaliza o PSF⁶¹, com a concepção de um modelo de atenção à saúde, que busca o desenvolvimento de ações de promoção e proteção à saúde das famílias, dos sujeitos e das comunidades, através de equipes de saúde, com atendimento em unidade local de saúde e na comunidade, no nível da APS (BRASIL, 1994, p. 6). O objetivo do PSF em sua criação era o de “melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado à família e a comunidade, que incluía desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças” (BRASIL, 1994, p. 8). De acordo com Mendes (2002a) o MS optou em institucionalizar o PSF, como uma política brasileira de APS, para adotar estrategicamente um modelo de organização do sistema de serviços de saúde no país. Para Soares (2002), o PSF apresenta-se como a melhor estratégia para a organização da APS. A decisão governamental de implementar a ESF, segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2007, p. 802) ...

transcendeu as limitações temporais e a amplitude inerentes à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ação em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção à saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS.

Na época da criação do PSF era exigida que a equipe mínima – um enfermeiro, um médico, uma auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS – morasse no território de atuação, e que se responsabilizaria por 800 a 1.000 famílias. O trabalho das Equipes de PSF, conforme o MS é o “elemento-chave para a busca

⁵⁹ O PMF de Niterói teve fortes influências em sua concepção e efetivação do modelo cubano. A influência se deu a partir de uma parceria no ano de 1991, da Prefeitura de Niterói com o Ministério de Saúde Pública de Cuba, devido às epidemias de dengue e meningite, que assolavam o município. O Prefeito e o Secretário da Saúde viajaram a Cuba em busca de tecnologias com o intuito de controlar tais epidemias. A parceria contava com o apoio técnico de Cuba para implanta PMF. Inicialmente o PMF priorizou a população que moravam em áreas de risco social e/ou ambiental (SENNA; COHEN, 2002).

⁶⁰ O ano de 1994 foi definido pela Organização das Nações Unidas-ONU como o Ano Internacional da Família.

⁶¹ Mendes (2002a, p. 29) refere que a experiência pioneira do PSF de Quixadá na primeira gestão do prefeito Hilário Marques foi a base para que o MS, estabelecesse em 1994 a política oficial de atenção primária no Brasil. O autor considera o modelo brasileiro autóctone, ainda que tenha recebido importantes influências externas.

permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do ACS” (BRASIL, jan. 2007a).

O PSF surge como uma grandiosa proposta de incremento da descentralização do SUS e efetivação da APS no Brasil. Inicialmente o Governo Federal autorizou apenas a implantação de 14 equipes, mas rendeu-se a sedução da proposta elevando esse número para 2.500 equipes de saúde da família, que foram gradativamente sendo implantadas: 1994 – 328; 1995 – 724; 1996 – 847; e 1997 – 1.623. Atualmente, no Brasil, existem 26.729 equipes implantadas, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 Evolução do credenciamento e implantação da ESF – abrangência: Nacional. Período de janeiro de 1998 a dezembro de 2006.

Ano*	Nº de ESF credenciadas pela CIB*	Nº de ESF no SIAB	Nº de ESF implantadas	% de cobertura populacional da SF	População
1998	3.353	3.083	3.062	6,55	159.644.929
1999	4.943	4.254	4.114	8,78	159.644.929
2000	10.662	8.613	8.503	17,43	163.957.179
2001	19.253	13.318	13.155	25,43	172.385.826
2002	23.428	17.122	16.698	31,87	172.385.826
2003	25.857	19.202	19.068	35,69	174.648.205
2004	28.931	21.364	21.232	38,99	177.243.280
2005	32.636	24.673	24.564	44,35	177.256.093
2006	34.739	27.000	26.729	46,19	185.619.807**

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde-SAS, Departamento de Atenção Básica-DAB, jan. 2007a.

*Dados referentes a 31 de dezembro de cada ano.

**População estimada atualizada em março de 2006.

O PSF em sua criação teve como objetivo desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do sujeito, de sua família e comunidade, mediante atendimento por equipes de saúde no nível de APS (GOYA, 1996). Para Borges e Japur (2005, p. 508) o PSF objetiva...

contribuir para a reorientação das práticas em saúde, rompendo com o modelo de assistência que prevaleceu tradicionalmente em nossa sociedade: excludente, centrado na doença, individualizado e segmentado. Como a intervenção se dá no nível primário de atenção, ele trabalha

localmente e, portanto, numa maior proximidade às famílias. O acolhimento e o vínculo são privilegiados e se caracterizam como uma modalidade de intervenção usuário-centrada, incentivada na proposta do SUS, para que se possa estabelecer uma relação interpessoal mais próxima dos usuários e suas demandas.

Com o avançar do PSF, tanto nos aspectos quantitativos – elevado número de municípios com o programa implantado e o aumento do número de equipes, assumindo abrangência nacional – como qualitativos – melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade e, conseqüente, melhoria da qualidade de vida das famílias, sujeitos e comunidades –, o mesmo deixou de ser um programa governamental, passando a uma política estratégica de APS. Pois, segundo o próprio MS, o PSF apresentava condições de resolver efetivamente mais de 85% dos problemas de saúde da população atendida (BRASIL, 2001b).

Em 1997, o MS admite ser o PSF uma estratégia, por sua abrangência, seu impacto e resolubilidade, além de buscar a “[...] reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, [...] sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios” (BRASIL, 1998a, p. 8), passando então, da denominação de PSF para ESF.

No caso da mudança de denominação de PSF para ESF de acordo com Sousa (2001a) necessitou...

afirmar e reafirmar em todos os lugares que o Saúde da Família **não** é um **PROGRAMA** foi necessário; ao mesmo tempo, deixar a marca do PSF, que lhe deu viabilidade política, maior espaço para o diálogo com a cultura institucional e popularidade nos meios de comunicação. Pensar e agir uma **ESTRATÉGIA** fez do PSF a semente que vem brotando, em todos os municípios que o adotou, um novo modelo de atenção à saúde.

Para Andrade, Barreto e Fonseca (2005, p. 88) a ESF...

é um modelo de organização dos serviços de APS peculiar do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), baseado em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS, responsáveis pela atenção integral [...].

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2007) a ESF é considerada um modelo de APS construído comunitariamente e focalizado na família. Em 2006, o Pacto pela Vida, no que concerne a APS, opta pela ESF, buscando sua expansão e priorização, como o centro da atenção à saúde considerando as diferenças locais e os seguintes objetivos (BRASIL, 2006b, p. 5):

Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.

Consolidar e qualificar a ESF nos pequenos e médios municípios. [...] Ampliar [...] nos grandes centros urbanos.

Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.

Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.

Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da ESF, respeitando as especificidades locais e regionais.

A Política Nacional de AB (BRASIL, 2006a), apresenta também a ESF como estratégia para organização da APS com base nos princípios e diretrizes do SUS. Em 2007 ESF é entendida pelo MS...

como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, jan. 2007a, s/p.).

Para Barreto Júnior e Silva (2004, p. 52), a ESF...

significa reorientação na política de saúde, permitindo que as ações focalizem adequadamente os problemas, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde e aumentando a cobertura assistencial, em especial em áreas de baixa renda, nas quais a oferta é mais escassa. O PACS é considerado, nessa proposta de governo, um componente da estratégia de saúde da família.

De acordo com Antunes e Egry (2001, p. 98) a ESF é a “principal estratégia para solucionar os males da saúde pública seja no universo político-partidário, das corporações profissionais da saúde, no setor de formação em saúde e na própria sociedade”. Quanto à institucionalização do Saúde da Família como uma estratégia de efetivação da APS no Brasil e busca de reversão do modelo de

atenção à saúde Andrade, Barreto e Fonseca (2005, p. 91) apresentam no Quadro 1 as diferenças entre o Modelo Hegemônico e a ESF/SUS.

Quadro 1 Diferenças entre o Modelo Hegemônico e a ESF/SUS.

Modelo Hegemônico	Novo Modelo: ESF/SUS
Saúde como ausência de doença	Saúde como qualidade de vida
Base em práticas freqüentemente clientelistas, em que a prestação de serviços de saúde era realizada como um favor e não como um direito do cidadão	Prestação de serviços de saúde como um direito de cidadania
Atenção centrada no indivíduo	Atenção centrada no coletivo
Centrado em ações curativas	Centrado na atenção integral à saúde, incluindo ações de promoção, proteção, cura e recuperação
Hospital como serviço de saúde dominante	Hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantindo níveis de atenção primária (ESF), secundária e terciária, articulados entre si
Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios	Serviços de saúde distribuídos em todo o território dos municípios, permitindo acesso de toda a população
Predomínio da intervenção do profissional médico	Predomínio da intervenção de uma equipe interdisciplinar
Planejamento e programação desconsiderando o perfil epidemiológico da população	Planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer
Não-consideração da realidade e autonomia local, e não-valorização da participação comunitária	Estimulação da participação comunitária, garantindo autonomia nas ações de planejamento no nível dos territórios das equipes de saúde da família
Funcionamento baseado na demanda espontânea	Funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda e no acolhimento

dos problemas da população adscrita

Fonte: ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. e Col. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. Capítulo 7. p. 91.

Conforme Mendes (2001b, p. 114), a APS vista como uma estratégia exige um padrão de qualidade e resolubilidade.

Costa (1992, p. 35) ao fazer análise da obra do geógrafo Frederico Ratzel afirma que os Estados podem formular e executar políticas gerais e políticas territoriais. Segundo o autor, as políticas gerais são “[...] políticas em que o território é tomado apenas como um a *priori*, uma base, um suporte sobre o qual elas se desenvolverão”. Já as políticas territoriais ao contrário das gerais, tratam da “[...] apreensão do território como elemento fundamental que exige do Estado e do povo relações de domínio”.

A ESF é uma política de APS geral de Estado, pois o mesmo a financia e a gerencia, a partir da descentralização do Estado Nacional para o Estado Municipal. A ESF também é uma política territorial, por a mesma está necessariamente vinculada a um território, com uma população adscrita e sua organização com base numa territorialização prévia.

De acordo com Andrade, Barreto e Fonseca (2005, p. 88) a ESF apresenta as seguintes premissas, a partir de consensos do campo da Saúde Coletiva no Brasil:

A ESF é estruturante do SUS e, como modelo de organização da atenção primária, resultante da sua evolução histórica [...], tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade.

A ESF também mantém coerência com os princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular. É o componente do sistema responsável pela Atenção Primária à Saúde da população, com potencial de resolubilidade de até 90% das demandas à Unidade de Saúde da Família e com um capacidade racionalizadora sobre a demanda originária do seu território para média e alta complexidade.

A ESF prioriza em suas bases teóricas a promoção da saúde, o que não significa desprezar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores, além do que todas as ações de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) estão embutidas no conceito amplo de promoção.

A ESF tem o coletivo como seu foco de atenção, entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família que, por sua vez, está inserida em um grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente [...].

A ESF, sendo historicamente muito recente, não se constitui em um modelo acabado. Pelo contrário, está em pleno processo de aprofundamento de

suas base conceituais e criação de uma nova práxis entre os trabalhadores integrantes das equipes [...].

A ESF de acordo com o MS (BRASIL, 2006a, p. 20), além dos princípios gerais da atenção básica, apresenta outros objetivos:

- 1) ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- 2) atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- 3) desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- 4) buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- 5) ser um espaço de construção de cidadania.

No que concerne a equipe da ESF Andrade, Barreto e Bezerra (2007, p. 805) é...

composta essencialmente de um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na cadeia assistencial integral e primária à saúde. Normalmente, a equipe de saúde da família é formada de um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS que são primariamente responsáveis pela cobertura de aproximadamente oitocentas famílias (3.450 indivíduos) residentes em território urbano ou rural, com limites geográficos definidos [...].

Atualmente a equipe da ESF incorporou profissionais de saúde bucal, sendo que de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a, p. 42), os profissionais da referida equipe possuem as seguintes atribuições comuns a todos:

- I) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II) realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III) realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

- IV) garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V) realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII) responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX) promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X) identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI) garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII) participar das atividades de educação permanente; e
- XIII) realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

As atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional da equipe da ESF, segundo a Política Nacional de AB são (BRASIL, 2006a, p. 43):

Agente Comunitário de Saúde

- I) desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II) trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III) estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV) cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V) orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII) acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

- VIII) cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 03 de janeiro de 2002.

Enfermeiro do PACS

- I) planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- II) supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
- III) facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
- IV) realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;
- V) solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- VI) organizar e coordenar grupos Específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e
- VII) participar do gerenciamento dos Insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Enfermeiro

- I) realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II) conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III) planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV) supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V) contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do auxiliar de enfermagem, ACD e THD; e
- VI) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Médico

- I) realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do

- desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II) realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
 - III) realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;
 - IV) encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
 - V) indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
 - VI) contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, auxiliares de enfermagem, ACD e THD; e
 - VII) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Auxiliar e do Técnico de Enfermagem

- I) participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
- II) realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e
- III) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Cirurgião Dentista

- I) realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II) realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- III) realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- IV) encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- V) coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

- VII) contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
- VIII) realizar supervisão técnica do THD e ACD; e
- IX) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Técnico em Higiene Dental-THD

- I) realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- II) coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- IV) apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e
- V) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Auxiliar de Consultório Dentário-ACD

- I) realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II) proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- III) preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- IV) instrumentalizar e auxiliar o CD e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- V) cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- VI) organizar a agenda clínica;
- VII) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
- VIII) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Para Malagutti e Biagolini (2007, p. 188) o profissional para compor a equipe de saúde na ESF deve apresentar o seguinte perfil:

Identificação [...] com a proposta do programa.

Sensibilidade para as questões sociais.

Criatividade e capacidade de tomar iniciativa.

Disponibilidade para se dedicar em tempo integral ao programa.

Disposição pra trabalhar com a comunidade.

Interesse em planejamento, organização e avaliação da atuação da equipe no tocante à melhoria local da saúde.

Os autores apresentam ainda, que os profissionais da ESF devam “ter sensibilidade para lidar com o sofrimento de outrem: a dor, a carência e outras fragilidades das pessoas carentes de atenção”, bem como, “estar predisposto ao cuidado, à providência, à busca de solução para os problemas com os quais irá deparar no transcurso de seu cotidiano de trabalho”, e, “possuir flexibilidade no convívio com pessoas - clientes internos e externos -, aceitando suas diferenças, raças, culturas, religião, condições físicas e mentais” (MALAGUTTI; BIAGOLINI, 2007, p. 188).

Segundo Campos e Belisário (2001, p. 138) a “introdução da equipe num processo de trabalho multiprofissional, a comunidade como referência, a criação de um mercado, sua diretriz política e suas dimensões, conferem elementos diferenciadores a esta proposta [...]” da ESF. Quanto ao trabalho multiprofissional na ESF, Tavares e Takeda (1996) afirmam que o processo de conformação do setor saúde no Brasil, levou que o campo da APS fosse compartilhado por trabalhadores de saúde de diversas categorias. Quanto à organização e forma de trabalho da equipe, Franco e Merhy (2007, p. 3) afirmam que “[...] embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica medicocentrada, do modelo hegemônico atual”.

Já Costa, Fracoli e Chiesa (2007, p. 126) consideram uma das características importantes da ESF, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Segundo as autoras, o PSF se trata não de um “projeto de médico de família, mas de uma equipe de saúde da família”. As autoras completam, afirmando que...

na equipe, existe a definição de competências e co-responsabilidades entre os membros, e as unidades de saúde às quais se vinculam devem ser reorganizadas historicamente, teoricamente e administrativamente para comportar esse novo processo de assistir, como elementos diferenciadores para a construção de um novo modelo de assistência à saúde.

No que concerne ao trabalho na APS, Tavares e Takeda (1996, p. 29) o definem como sendo o “[...] exercício de estar à porta de entrada de um sistema de saúde, em íntimo contato com grupos populacionais mais ou menos restritos – que passam a ser chamados de comunidades, apesar da imprecisão do termo”.

Na atualidade, ainda perdura a exigência da referida equipe mínima, fato relativamente conflitante, com o processo de organização da mesma, pois a chegada da equipe no território da ESF, especialmente na UBS, depara-se com a necessidade e/ou existência de outros trabalhadores em saúde como o auxiliar de farmácia, o auxiliar administrativo, o auxiliar de serviços gerais, vigilantes e outros. E, dependendo do estágio de organização do sistema municipal de saúde, são agregadas outras categorias de trabalhadores, como é o caso de Sobral. Na realidade, no território da ESF existem, convivem entre si um variedade de equipes de saúde, seja ela mínima, de apoio gerencial ou ampliada. A primeira delas é a tradicional equipe mínima, que, historicamente, tem seu processo de trabalho organicamente definido. A segunda envolve os trabalhadores de nível técnico ou auxiliar – auxiliar de farmácia, auxiliar administrativo, vigilantes e outros –, que atuam em atividades “suporte” a equipe mínima, e possuem vinculação direta, mormente, ao gerente do território, que por sua vez gerencia o processo de trabalho dos mesmos. Parece ser uma tipologia de equipe de apoio gerencial. O contato desses pode ser direto, indireto ou impessoal com a equipe mínima, dependendo, do nível de organização da atenção no território.

Um outro modelo de equipe de saúde que atua no território da ESF é a Equipe de Saúde Bucal-ESB, composta por um Cirurgião Dentista-CD, um Auxiliar de Consultório de Dental-ACD e Técnico de Higiene Dental-THD, criada por meio de portaria ministerial em dezembro de 2002. A referida equipe tem suas origens, na universalização da atenção à saúde bucal como política, e implementada com maior intensidade, pela atual política, Brasil Sorridente.

O Programa Brasil Sorridente foi instituído no primeiro governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva – 2003-2006, com o intuito de: prover insumos odontológicos na ESF; realizar levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira; implantar centros de especialidades odontológicas; produzir próteses dentárias; permitir o acesso à água tratada, clorada e fluoretada; formar e atualizar os trabalhadores de saúde bucal; garantir a assistência à saúde da população penitenciária, numa parceria conjunta do MS com o da Justiça; desenvolver pesquisas em saúde bucal coletiva. Em dezembro de 2005, existiam 12,6 mil ESB em todo o Brasil (BRASIL, 2006c).

O MS influencia a fragmentação do trabalho em equipe na ESF, quando por conta de financiamento, cria duas categorias/modalidades para a ESB: Modalidade I e II (BRASIL, 2006c). A denominação dada pela política, não só institui uma nova equipe no território, como influencia a fragmentação do trabalho em saúde; agregando mais equipes, em um território que deveria ter somente uma equipe, com o objetivo de coletivamente, estarem desenvolvendo um plano de cuidado as famílias, sujeitos e comunidades.

Em alguns sistemas municipais de saúde, tornou-se comum a presença de outras categorias profissionais como assistente social, psicólogo, educador físico dentre outros na equipe de saúde, fato que vem favorecendo a construção de uma nova denominação que é a da equipe ampliada. Quanto a esta prática Machado (2006a, p. 9) afirma que...

algumas condições são essenciais quando se pensa em aumentar as equipes de PSF. A primeira é saber o que fazer em cada nível de cuidado. A segunda é situar este 'o que fazer' na linha do tempo, se no princípio, meio ou fim do cuidado à saúde. A terceira condição é que haja uma relação ideal de proporcionalidade entre os vários componentes da equipe. A quarta é a adequação à realidade de tempo e local. E, por fim, atender à viabilidade econômica e financeira do sistema de saúde.

Quanto à multiprofissionalidade, Silva e Trad (2005, p. 27) afirmam que a mesma, “[...] por si só não é condição suficiente para garantir a recomposição dos trabalhos parcelares na direção de uma atenção integral”. Em pesquisa realizada por estes autores foi identificado que o número elevado de profissionais nas equipes em estudo gera um elemento complicador no processo comunicacional. Já Pedrosa e Teles (2001 *apud* SILVA; TRAD, 2005, p. 27) afirmam que em pesquisas recentes sobre o trabalho em equipe no PSF mostrou que há “[...] ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categoriais profissionais”. Para reverter tal situação, Andrade, Barreto e Bezerra (2007) sugerem que a equipe da ESF agregue profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia da referida política.

No território da ESF, existem dois outros tipos de equipes gerenciadas/supervisionadas pelo enfermeiro/a, que são a de enfermagem – coletivo de auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem – e a de ACS.

Tem-se ainda, a equipe de trabalhadores de endemias – os agentes de endemias –, que atuam no território com o gerenciamento de um supervisor de área,

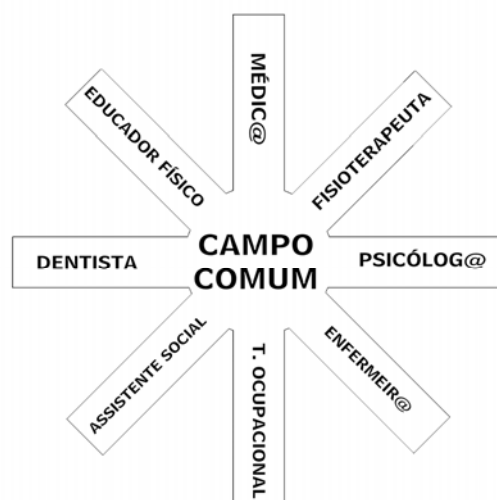
totalmente desvinculada da ESF, contrariando o proposto na Portaria Nº 1399/1999, que orienta o processo de descentralização da epidemiologia e controle de doenças, conforme previsto na NOB-SUS 01/1996. Muitas vezes, o vínculo com a UBS, quando se dá, ocorre em detrimento da guarda de insumos na mesma, que será utilizado no dia-a-dia desses trabalhadores.

O processo de trabalho de uma equipe, organizado por categoria de trabalhadores ou por campo de atuação, propicia e fortalece o trabalho fragmentado, individualista, corporativo; distanciando-se, portanto, do trabalho com uma perspectiva humanitária, com vistas à integralidade da atenção e a equidade.

Com os avanços políticos, gerenciais e organizativos da ESF em alguns municípios, as equipes de saúde da família vêm apresentando um diferencial em seu processo de trabalho, que deixa de ser individualista, fragmentando, compartimentalizado e solitário, passando a multidisciplinar, intersetorial, com características de interdisciplinares e até mesmo transdisciplinar. As equipes deixam de trabalhar na perspectiva da simples manufatura do processo de trabalho individual, com o intuito de cumprir tarefas, horário, a exemplo do modelo Taylorista de administração. Passando para outros olhares, outras vertentes, a interpenetrar-se, em que as disciplinas agregam seu/s campo/s de conhecimento, para a construção de um campo comum no processo de trabalho, que objetiva a melhoria da qualidade de vida, a satisfação dos sujeitos e o cuidado holístico.

Quanto à organização do processo de trabalho na ESF, na perspectiva interdisciplinar, Andrade (2000) afirma que há um campo comum, em que diversos profissionais – enfermeiros, médicos, odontólogos, educadores físico, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros –, podem atuar coletivamente, independente de suas disciplinas, mas com objetivo comum de desenvolvimento do cuidado e reversão do atual modelo de atenção, conforme mostra a Figura 3.

Figura 3 Construção da Interdisciplinaridade na ESF.



Fonte: ANDRADE, L.O.M. A Estratégia Saúde da Família no Sistema Municipal de Saúde de Sobral. Sobral: Secretaria da Saúde e Ação Social, 2000.

A interdisciplinaridade, para Junqueira (2000, p. 41), “consiste em relações entre diversos saberes orientados para uma prática, para a solução dos problemas de saúde. Caracteriza-se pela articulação das políticas sociais, integrando saberes e práticas”, com o intuito de “resolver os problemas de saúde que afetam a população”. A interdisciplinaridade, conforme Luck (1995 *apud* WESTPHAL; MENDES, 2000, p. 51), “procura estabelecer o sentido da unidade na diversidade, promover a superação da visão restrita de mundo e a compreensão da complexidade da realidade”.

Ressalta-se, que o campo comum apresentado por Andrade, não deve ser visto apenas como um campo de trabalho interdisciplinar, mas também, como a possível gênese do trabalho transdisciplinar em saúde. A transdisciplinaridade, para Almeida Filho (2000, p. 13) é uma estratégia de práxis científica, que busca a superação do antigo paradigma disciplinar, que é a organização da ciência em disciplinas autônomas e estanques.

Para o desenvolvimento da atenção ao sujeito saudável, Martins Júnior, Andrade e Barreto (2003, p. 62), afirmam que é “indispensável a incorporação de novos conhecimentos oriundos de outras disciplinas do próprio setor saúde, como também de outros setores como a sociologia, a antropologia, as ciências sociais, a urbanística, a comunicação [...]”. Os autores expõem que, para se trabalhar a atenção à saúde focalizada na qualidade de vida, necessário se faz a integração de

outras áreas do conhecimento – outras disciplinas – que não as biologicistas dos profissionais da saúde. Para Junqueira (2000, p. 41), “a qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais”. Assim, “[...] abordar os problemas de saúde apenas da ótica biológica pode não responder às demandas de saúde em toda sua complexidade” (JUNQUEIRA, 2000, p. 43).

Quanto à organização do processo de trabalho de uma equipe no território da ESF, Andrade, Barreto e Fonseca (2005, p. 91) sugerem os seguintes passos:

- 1) Definição e descrição do território de abrangência;
- 2) Adscrição de clientela;
- 3) Diagnóstico de saúde da comunidade;
- 4) Organização da demanda;
- 5) Trabalho em equipe multiprofissional;
- 6) Enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade;
- 7) Estímulo à participação e controle social;
- 8) Organização de ações de promoção da saúde;
- 9) Resgate da medicina popular;
- 10) Organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe;
- 11) Identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a, p. 18) apresenta com características do processo de trabalho das equipes de saúde da família:

- I) definição do território de atuação das UBS;
- II) programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;
- III) desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV) desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V) assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI) implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII) realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VIII) participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX) desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X) apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Segundo Vieira e col. (2004, p. 120) as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde “[...] são territorialização, atendimento ambulatorial com visitas domiciliares, educação em saúde, vigilância epidemiológica, articulação com os demais setores do município, entre outras”. Um dos desafios para os trabalhadores da ESF ao constituir uma equipe conforme Matumoto (*et al.*, 2005, p. 13) “[...] é justamente compreender a dinâmica do seu próprio processo de construção-desconstrução-reconstrução”. Tal processo será possível se cada equipe de saúde com sua gerência realizem sistematicamente, sua auto-análise e gestão coletiva.

Matumoto (*et al.*, 2005, p. 14) consideram...

o trabalho de equipe em saúde como uma rede de relações (de trabalho, de poder, de afeto, de gênero etc.) entre pessoas, produzidas permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos. Podemos dizer que o trabalho em equipe é gerido e concretizado no mesmo instante do ato do trabalho. A equipe torna-se equipe enquanto produz o cuidado do usuário.

O trabalho em equipe na prática conforme Guimón (2002 *apud* MATUMOTO *et al.*, 2005, p. 15) “apresenta dificuldades de ordem técnica e principalmente de ordem interpessoal, sendo necessário estabelecer uma supervisão das equipes para que seus membros adquiram a flexibilidade necessária para adaptar-se às necessidades dos usuários”.

Quanto à divisão social do trabalho, Matumoto (*et al.*, 2005, p. 15) afirmam que o mesmo...

é inerente aos diversos modos de produção da sociedade e reflete a divisão de classes sociais, tendo em vista as diferenças que as constituem. A divisão decorrente do trabalho parcelado é própria do modo de produção capitalista; esta divisão tem ficado cada vez mais acentuada na medida dos avanços tecnológicos (máquinas). Portanto, neste modo de produção, há um parcelamento do trabalho em numerosas operações que são executadas por diferentes trabalhadores, caracterizando assim a divisão técnica, que também não deixa de ser uma divisão social. O trabalho manual geralmente é executado por trabalhadores de classes sociais menos favorecidas enquanto o trabalho intelectual cabe àqueles que pertencem às classes mais privilegiadas.

No entanto, Consideramos como avanços da ESF:

a) Criação e/ou fortalecimento de micro-territórios sanitários no território municipal, a partir da locorregião de atuação de cada equipe de saúde, com base na territorialização, influenciado inicialmente, pelo trabalho do ACS.

- b) Descentralização de práticas sanitárias para territórios inframunicipais.
- c) Redução dos indicadores de morbidade e mortalidade, principalmente, de grupos populacionais, como o binômio materno-infantil, com conseqüente melhoria da qualidade de vida.
- d) Disseminação de práticas sanitárias voltadas para a promoção e a proteção da saúde, e apoderamento de práticas de autocuidado pelas famílias, sujeitos e comunidades.
- e) Maior incremento de uma concepção sanitária nos micro-territórios, iniciada com a Estratégia ACS.
- f) Melhoria da cobertura pré-natal e vacinal, das ações de vigilância epidemiológica, de alta por cura dos casos de tuberculose e hanseníase, com conseqüente incremento na alimentação dos SIS.
- g) Aumento do emprego estatal.
- h) Intensificação da interiorização do trabalho em saúde, principalmente, de enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e CD.
- i) Possibilidades de construção de um campo comum de atuação multiprofissional e de novas racionalidades profissionais.
- j) Ampliação do número de estabelecimentos ambulatoriais de saúde.
- k) Construção de práticas sanitárias comunitárias.
- l) Maior segurança das famílias, sujeitos e comunidades em relação aos cuidados de saúde e resolução dos problemas relativos à doença.
- m) Maior apoderamento das equipes de saúde do processo de cuidar dos sujeitos, com o apoio de suas famílias e da comunidade.
- n) Maior possibilidade de acolhida das necessidades de saúde das comunidades.
- o) Possibilidade de redução de morbidades bucais.
- p) Predominância de tecnologias leves sobre as tecnologias duras.
- q) Possibilidade e construção de vínculo, de acolhimento humanizado e de efetivação da integralidade.
- r) Consciência da necessidade de mudança no modelo hegemônico da cura e da clínica hospitalar.
- s) Maior compreensão da epidemiologia e do planejamento local.

Atualmente, entendemos que a ESF enfrenta os seguintes dilemas:

- a) Dificuldade de fixação do profissional médico na ESF, principalmente, em áreas rurais.
- b) A inexistência de uma política de educação permanente para os trabalhadores da ESF.
- c) O financiamento ainda é fragmentado, em PAB⁶² fixo – pago a todo município – e em PAB variável – pago por estímulo a ação estratégica da APS.
- d) A estrutura das UBS nem sempre apresenta qualidade satisfatória para a organização dos diversos serviços que demandam a APS, dificultando também a alocação de todos os trabalhadores e clientela de maneira confortável e segura.
- e) Os veículos que transportam as equipes, nem sempre são suficientemente seguros.
- f) Precarização do trabalho na ESF, gerando insegurança nos trabalhadores de saúde.
- g) A inexistência de um PCCS-SUS e os baixos salários.
- h) O processo de trabalho fortemente centrado na concepção de saúde apenas como ausência de doença, e não como qualidade de vida na lógica da promoção da saúde.
- i) A prioridade a agravos agudos e não aos crônicos.
- j) Ter que sair do modelo de Ações Programáticas de Saúde e centrar a atenção no coletivo, sem a devida formação e as condições adequadas.
- k) Lento processo de absorção de pesquisas acadêmicas e de novas tecnologias em APS.
- l) Não contribuir efetivamente com o desenvolvimento dos princípios da integralidade e do controle social.

⁶² “O PAB de cada município que é calculado tendo por base um valor per capita é transferido de forma automática do FNS para os Fundos Municipais de Saúde mudando a forma anterior de financiamento por prestação de serviços e passando para uma lógica de transferência de recursos em função do compromisso do município assumir a responsabilidade sanitária por este nível de atenção” (BRASIL, 2003b, p. 19). O PAB é o “montante de recursos financeiros destinados ao custeio dos procedimentos da atenção básica de responsabilidade tipicamente municipal: vacinação, consultas [...]”. O valor cálculo para transferências é feito a partir da multiplicação do número de habitantes de um município ao valor de uma per capita nacional. Já o incentivo a adoção do PACS ou PSF, ocorre através da transferência de um adicional intergovernamental por grupo de população coberta efetivamente pelos programas (COSTA, 2001, p. 315).

m) Não haver um processo de avaliação que seja absorvido pelas equipes como parte de seu processo de trabalho.

n) O excesso de normatização do MS e das SESA engessa o trabalho da equipe na ESF, impedindo a construção de modelo de atenção criativo, sólido, estruturante, territorial, comunitário, que gere movimentos sanitários e de construção social locais.

o) Os gestores e a equipe acham que são portadores de um poder que podem solucionar/resolver os problemas das famílias, dos sujeitos e, principalmente, das comunidades.

p) As equipes de saúde não capacitam a comunidade para o exercício pleno e integral do controle social, por não o compreenderem ou por apresentarem receio para com o mesmo, de futuras cobranças.

q) Os profissionais egressos das universidades, a exemplo de enfermeiros, médicos e odontólogos, não possuem uma formação concentrada para atuação na ESF, fato que dificulta a compreensão da organização do processo de trabalho, por parte tais profissionais.

Mendes (2002a) apresenta como principais obstáculos à implantação da ESF:

a) Político – mudança na correlação de forças entre os atores sociais no território, a exemplo, do enfrentamento do modelo hegemônico.

b) Ideológico – mudança na cultura sanitária, em que rompe o paradigma flexneriano e busca estruturar um sistema de serviços de saúde com base no paradigma da produção social da saúde, influenciando em mudanças na educação das profissões, na produção do cuidado em saúde e na organização da atenção.

c) Cognitivo-tecnológicos – a ESF a partir da lógica organizacional do sistema de serviços de saúde, exige um sistema integrado, exigindo uma densidade cognitiva e tecnológica.

Andrade, Barreto e Bezerra (2007, p. 830) apresentam dentre outros desafios presentes e futuros para o SUS e a ESF:

Capacitação dos gestores para o exercício de gestão da atenção primária, focada nas famílias e comunidades;

Capacitação dos profissionais de saúde trabalhadores de saúde da família e alinhamento das filosofias de exercício profissional da atenção primária e da atenção especializada;

Mudanças nos cursos de graduação da área da saúde para formação de profissionais generalistas, comprometidos com os princípios do SUS, especialmente nos cursos de graduação em medicina;

Implementação do Artigo 200 do Capítulo de Saúde da Constituição Federal, que define que cabe ao setor saúde regular a formação de recursos humanos para o SUS, adequando a formação de profissionais de saúde do País às necessidades de saúde da população;

Investimento na interdisciplinaridade das ações da ESF e aprimoramento da integralidade para garantia de uma APS mais resolutiva; [...]

Estabilidade das relações profissionais e de trabalho para que haja continuidade e solidez no estabelecimento das relações entre equipes de saúde da família e membros da comunidade;

Garantia de mecanismos formais de participação popular em busca de uma ESF mais responsiva as necessidades locais;

Implementação de uma política de comunicação social que garantam forte apoio popular ao SUS e à ESF, dando conhecimento à população das virtudes do Sistema Público de Saúde Brasileiro, apesar dos problemas existentes.

O MS (BRASIL, 2007a) aponta como desafios institucionais para expandir e qualificar ESF/Atenção Básica no Brasil:

(1) a expansão e estruturação de uma rede de UBS que permitam a atuação das equipes na proposta da saúde da família; (2) a contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com reforço as estruturas gerenciais nos municípios e estados; (3) a elaboração de protocolos assistenciais integrados - promoção, prevenção, recuperação e reabilitação - dirigidos aos problemas mais freqüentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais; (4) ações que visem o fortalecimento das estruturas gerenciais nos municípios e estados com vistas a: programação da atenção básica, supervisão das equipes, supervisão dos municípios, supervisão regional, uso das informações para a tomada de decisão; (5) revisão dos processos de formação. Educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores; (6) a definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção; (7) a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da atenção básica; (8) ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção.

Em 2001, o MS lançou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde-PITS, criado por meio do Decreto Nº 3.475 de fevereiro de 2001, com o intuito de prover atenção à saúde as populações de municípios de grande carência social e sanitária. O PITS tinha a “finalidade de levar o trabalho de médicos e enfermeiros a localidades selecionadas por meio de indicadores epidemiológicos

preestabelecidos”, como também a de impulsionar a ESF. Um dos critérios de inclusão dos municípios era de os mesmos possuírem uma população de até 50 mil habitantes, inexistir a ESF em seu território e apresentar Taxa de Mortalidade Infantil-TMI elevada, sendo igual ou superior a 50/1.000 nascidos vivos. Outros critérios também foram utilizados, tais como: ser área endêmica de tuberculose, hanseníase, malária e participar de projetos governamentais, a exemplo do Projeto Alvorada, além do número de consultas/habitante/ano ser igual ou menor a uma consulta/ano (BRASIL, 2002a, p. 57).

No PITS, o MS em parceria com as SESA, tinham a responsabilidade de identificar, selecionar e contratar, temporariamente, enfermeiros e médicos, e os municípios tinham a responsabilidade de contratar seis ACS e um auxiliar de enfermagem. Após aprovação do processo seletivo, o MS lotou os profissionais nos municípios, que eram acompanhados por um tutor e supervisor, selecionados previamente. Todos os profissionais integrantes do PITS passaram a freqüentar um Curso de Especialização em Saúde da Família. O PITS foi institucionalizado com o intuito de fomentar um processo de organização municipal, para implantação de equipes de saúde da família, sendo previsto, inicialmente, a duração de um ano, mas na realidade, o mesmo foi prorrogado por mais um ano, até julho de 2003. O PITS agregou 263 enfermeiros e 186 médicos em 133 municípios (BRASIL, 2002a, p. 57).

O PITS foi apresentado pelo MS, como uma tentativa de implantação de ações de APS em municípios com indicadores insatisfatórios e com uma rede assistencial básica inexistente ou bastante precária. Como estratégia organizativa, o MS traz para si com o PITS a responsabilidade de está provendo e executando nos municípios, serviços de APS, uma espécie de recentralização, ferindo o princípio constitucional da descentralização com comando único. O PITS representou uma atitude extrema do MS, ao se apropriar do papel de executor de políticas de APS, ao invés de incentivar, investir e criar junto com os municípios, condições para que os mesmos sejam responsáveis pela gestão de sua APS.

A política de gerenciamento – planejamento, acompanhamento e supervisão – estabelecida para o PITS, ocorria de maneira tal, que os profissionais – enfermeiros e médicos – não tinham vínculo gerencial com os secretários de saúde local, mas sim com a coordenação estadual e federal, gerando então, conflito no

processo de trabalho das equipes com a secretaria municipal da saúde. Os salários pagos aos enfermeiros e médicos do PITS geraram inquietação aos demais profissionais destas categorias, que atuavam nestes municípios, por receberem valores inferiores, para o desenvolvimento das mesmas atividades. Um fator importante desencadeado pelo PITS foi o incentivo a interiorização do trabalho em saúde em muitos municípios, com o intuito de atrair os profissionais a vincular-se e fixar-se aos mesmos, outro foi a possibilidade de capacitação em serviço, estabelecida pela especialização e a tutoria.

1.3.2 Políticas de Saúde e Território.

Na década de 1960, o mundo contemporâneo vivia o pós-guerra, e muitos caminhos precisaram ser trilhados para a reconstrução política, social, ética e humana no planeta, apesar dos dois principais blocos econômicos, liderados respectivamente por URSS e Estados Unidos da América-EUA estarem vivenciando momentos importantes da Guerra Fria, devido ao agravamento das relações socialismo-capitalismo.

Neste período, o Brasil teve um momento de grande efervescência cultural, crise econômica e turbulência política, marcado por uma inflação galopante e greves, desde o final da década de 1950. A população brasileira mostrava-se descontente com o nível de desenvolvimento do país, que se encontrava na bancarrota (SCHMIDT, 1997).

Durante o ano de 1961, no Governo Federal Brasileiro passam três Presidentes: Juscelino Kubitschek-JK, que encerra seu mandato presidencial, com o lema “Cinquenta anos de progresso em cinco de governo”. O período do Governo JK caracterizou-se pelo grande desenvolvimento da indústria brasileira, principalmente da automobilística, e ampla entrada do capital internacional no território nacional. Em seguida, o Presidente Jânio Quadros assume o governo em meio a uma grave crise financeira, que segundo Costa e Mello (1999), apresentava uma intensa inflação, déficit na balança de pagamentos, e, conseqüente aumento da dívida externa. Como enfrentamento para crise, foi criada uma política antiinflacionária, com a restrição de créditos, congelamento de salários e incentivo às exportações.

O Presidente Jânio Quadros encerra seu período na Presidência, com a renúncia, sete meses após a posse, sob descrédito popular e a acusação de estar

preparando um golpe de Estado. Instaurou-se, portanto, uma crise política, devido ao seu Vice, João Goulart estar fora do país viajando à China, e ser considerado simpático ao Comunismo. Assume o governo, então, o presidente da Câmara dos Deputados, Ranieri Mazzilli (SCHMIDT, 1997).

Dias depois, o Presidente João Goulart, “Jango”, assume o Poder Executivo, com a vontade de realizar reformas de base nacionalistas. As reformas eram bem aceitas pelo Partido Trabalhista Brasileiro-PTB, pelos estudantes da União Nacional dos Estudantes-UNE, pelo Partido Comunista Brasileiro-PCB e os sindicatos. Sendo contra as reformas, a União Democrática Nacional-UDN, os grandes empresários e os militares (SCHMIDT, 1997). As reformas eram de caráter agrário, urbano, político e educacional, que culminariam com o desenvolvimento de um capitalismo nacional autônomo e associado.

Por conta das reformas, iniciam-se os movimentos populares no campo e nas cidades, com lutas antilatifúndios e antiimperialismo. O avanço das reformas leva à aglutinação de proprietários fundiários da média burguesia industrial e da grande burguesia monopolista (GOMES, 1997), para lutarem contra o atual governo. O modelo governista de “Jango” leva as elites nacionais e os militares ao descontentamento, gerando uma crise. Como consequência, iniciaram-se as lutas de classes, cercada por calúnias e de baixíssimo nível (SCHMIDT, 1997).

Devido a grande mobilização popular, no dia 13 de março de 1964, o Presidente João Goulart, comparece ao “comício da Central do Brasil” no Rio de Janeiro, falando para aproximadamente 150 mil pessoas, sobre reforma agrária e urbana e a nacionalização das refinarias de petróleo (SCHMIDT, 1997; VICENTINO; DORIGO, 1997). Em contra resposta, as elites brasileiras realizam o movimento denominado de “Marchas da Família com Deus pela Liberdade”.

O comício realizado no Rio de Janeiro assustara tanto a classe média, as elites e as Forças Armadas, que acelerou a conspiração com o intuito de derrubar João Goulart do governo. De acordo com Costa e Mello (1999) este movimento político-militar dá início em 31 de março e depôs o Presidente João Goulart em primeiro de abril de 1964.

Conforme Perazzo e Lemos (2004), o Governo Militar ao assumir em primeiro de abril de 1964 se intitulava de “Revolução Democrática”. Por conta de tal denominação, ainda hoje a deposição de João Goulart é vista como a associação

entre um Golpe de Estado⁶³ e uma revolução⁶⁴. Em consequência da deposição do Presidente João Goulart, o novo governo manifestou o interesse de mudar o Brasil, apresentando-se como fruto de uma revolução. Para Schmidt (1997, p. 303), a revolução real somente ocorre quando se “muda radicalmente a estrutura econômica e política da sociedade”, a exemplo da Revolução Francesa, fato que não acontecera no Brasil nessa época.

A “Revolução de 1964”, como fora denominado o golpe, tinha como metas o restabelecimento da democracia, a imposição da moralidade na administração pública, o fim da inflação e o saneamento das finanças. Só que o governo presidido pelo Marechal Castello Branco é fruto na realidade de uma “quartelada” do modelo das demais ocorridas na América Latina, ferindo a democracia, não respeitando a Constituição Federal e discriminando os que fossem contrários ao poder (SCHMIDT, 1997; VICENTINO; DORIGO, 1997).

Para Schmidt (1997, p. 304), o Regime Militar, na verdade, foi uma ditadura militar e civil. Completa dizendo que “os militares derrubaram Jango e implantaram uma ditadura porque queriam fazer do país um campo de caça para o capitalismo selvagem”. Ressaltou-se que durante o Governo Militar, os cargos de ministros e secretários foram ocupado por civis empresários, latifundiários dentre outros; daí a denominação de ditadura civil.

O país durante a ditadura, na realidade, foi cerceado politicamente pelos militares e explorado economicamente, pelos civis. Vale ressaltar, que o Golpe Militar, encarado inicialmente como uma revolução, somente abriu portas para a antidemocracia, para o crescimento econômico dos latifundiários, grandes empresários, multinacionais e aos EUA, os mentores do golpe. As forças armadas planejavam a modernização econômica brasileira, embora feita de forma autoritária. Mas, categoricamente, o projeto militar modernizou a economia favorecendo as elites e, conseqüentemente, o aumento da pobreza e a exclusão social no Brasil (SCHMIDT, 1997; VICENTINO; DORIGO, 1997). Schmidt (1997, p. 304) completa citando que “a ditadura teve momentos de desrespeito aos direitos humanos e de

⁶³ O **Golpe de Estado** é um “ato realizado por órgãos do próprio Estado” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2003, s/p.).

⁶⁴ “**Revolução** é a tentativa, acompanhada do uso da violência, de derrubar as autoridades políticas existentes e de substituí-las, a fim de efetuar profundas mudanças nas relações políticas, no ordenamento jurídico-constitucional e na esfera socioeconômica” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 2003, s/p.).

exploração brutal do povo trabalhador”, além da repressão e do incentivo à corrupção.

Silva e Bastos (1983) afirmam que o Regime Militar foi respaldado e instaurado juridicamente pelo Ato Institucional-AI Nº 1, que dissolveu organizações denominadas “subversivas”, tal como a UNE e o Comando Geral dos Trabalhadores-CGT. No caso dos sindicatos, os mesmos tiveram seus líderes cassados, presos e sofreram intervenção.

Perazzo e Lemos (2004, p. 41) afirmam que o Regime Militar apresentava como objetivo o combate as pessoas que eram opositoras à doutrina defendida pelos EUA, que era a “capitalista-liberal”. O cidadão que era irmanado ao regime, aderiu à promessa de “defender e propagar a Revolução Democrática no Brasil, o trabalho e o aumento da produção, o capital e a livre iniciativa”.

Segundo Napolitano (2004, p. 104), o Regime Militar no Brasil e em toda a América Latina, era caracterizado como autoritário, com uma prática de atuação voltada para o esvaziamento do espaço político e controle, com formas de “liberdade individual privada”. O autor cita ainda, que a ação destes regimes era concentrada na vigilância e controle do espaço público, e orientado pela lógica da desmobilização política da sociedade, objetivando garantir a “paz social”.

Segundo Kawamoto (1995, p. 25), a Ditadura Militar, que foi marcada pelo denominado “milagre econômico brasileiro”, disseminou em todo país uma intensa instabilidade dos empregos e baixo poder aquisitivo dos trabalhadores.

Boff (2000, p. 31) afirma que a história da pátria brasileira é marcada “por uma herança de exclusão que estruturou nossas matrizes sociais”; complementa dizendo que foi criado no Brasil desde os primórdios, “um sujeito histórico de poder, sempre articulado transnacionalmente, que se mantém sem ruptura até os dias de hoje, onerando poderosamente a invenção de uma nação soberana”.

No tocante às práticas do regime⁶⁵, neste período, a opressão militar se exacerbava, e todos que contestavam o poder eram presos e/ou torturados e/ou

⁶⁵ O **Regime Militar**, também denominado de “República Militar” e “Anos de Chumbo” teve uma duração de 21 anos, possuindo os seguintes Presidentes: Marechal Humberto de Alencar Castelo Branco- 1964 a 1967; Marechal Artur da Costa e Silva- 1967 a 1969; de agosto a outubro de 1969 uma Junta Militar composta por chefes das Forças Armadas governou o País - Augusto Hamann Rademaker Grunewald, Aurélio Lyra Tavares e Márcio de Souza e Melo; General Emílio Garrastazu Médici- 1969 a 1974; General Ernesto Giesel- 1974 a 1979; General João Baptista de Oliveira Figueiredo- 1979 a 1985 (VICENTINO; DORIGO, 1997; SCHMIDT, 1997; COSTA; MELLO, 1999; GOMES, 1997; COELHO; LEAL, 2000).

mortos. Este é o verdadeiro modelo de governar “cortando o mal pela raiz”, é a antidemocracia. Por conta deste cenário, nos anos 1960, muitos jovens latino-americanos, influenciados pela Revolução Cubana de 1959, acreditavam que a guerrilha comunista era o único caminho para libertação nacional. O movimento para libertação segundo Schmidt (1997, p. 309), envolvia a tríade “guerrilha-revolução popular-socialismo”, como sustentado por Fidel Castro e Che Guevara. Assim, a esquerda brasileira vai às ruas contestar o poder.

O Presidente Castelo Branco, durante seu governo, desenvolve ações autoritárias, protegendo tortura para fins políticos, promovendo um desenvolvimento econômico sobre o prejuízo salarial, de segurança e de qualidade de vida das classes trabalhadoras. No tocante ao setor econômico, foi criado o Plano de Ação Econômica do Governo-PAEG, que tinha o intuito de diminuir a inflação, por meio da aplicação de receitas econômicas monetaristas (SCHMIDT, 1997; VICENTINO; DORIGO, 1997). Conforme Schmidt (1997), neste período, foi retirado dinheiro de circulação, gastos públicos foram cortados e reduzidos os investimentos com hospitais e escolas.

Durante o primeiro período do Governo Militar, há um aumento da participação do setor privado nas atividades de saúde e ocorre a unificação dos Institutos Previdenciários, por meio da criação do Instituto Nacional de Previdência Social-INPS, ou seja, ocorre um acentuado processo de privatização da saúde, incentivado pela política previdenciária.

De acordo com Oliveira e Médici (1992), antes da criação do INPS, o governo federal tentou por várias vezes unificar o sistema previdenciário, mas o coletivo das distintas categorias profissionais, de maneira corporativa, impediu. Com a instauração do Regime Militar, o governo interveio politicamente nos sindicatos e nos próprios Institutos de Previdência Social-IPS, possibilitando a unificação. No ano de 1967, os Institutos de Aposentadoria e Pensão-IAP e as Caixas de Aposentadoria e Pensão-CAP, fundiram-se na criação do INPS. O INPS foi criado a partir da unificação dos diversos IAP⁶⁶, com o intuito de racionalizar a previdência social,

⁶⁶ Os **IAP** foram criados em 1933, onde absorveram e unificaram as Caixas de Aposentadorias e Pensões-CAP, que funcionavam desde 1923. Os IAP apresentavam as seguintes características: são de caráter nacional, com segmentação dos trabalhadores; entidades públicas autárquicas, com a presença direta do Estado na administração; seu colegiado era composto por empregados e empregadores; a direção era exercida por um funcionário executivo, assessorado por um colegiado paritário e sem poder deliberativo. Os principais IAP foram criados em: 1933 - o IAPM dos marítimos;

conforme afirma Schneeberger (2003). A unificação dos Institutos excluiu dos níveis decisórios, os trabalhadores e empresários (MERHY, 1994).

Para Buss (1995 *apud* MINAYO, 2001), o INPS é uma triste memória para os trabalhadores, que foram alijados do controle dessa máquina; e que o mesmo, correspondeu a uma aliança entre a tecnoburocracia federal o setor medico empresarial. Considerando-se que em quinze anos, ocorreu uma expansão geométrica dos leitos hospitalares da rede privada em 465%, com 70% do financiamento do Instituto.

De acordo com Verderese (1980 *apud* FERRIANI; GOMES, 1997, p. 13), dos anos 1930 aos anos 1960, o modelo de assistência à saúde no Brasil predominante era do “[...] atendimento médico individualizado, predominando sobre as práticas sanitárias. Presencia-se o crescimento de hospitais privados, uma medicina especializada e aumento de equipamentos hospitalares”.

Segundo Cohn (2003) esse golpe militar, alijou os trabalhadores e os diversos segmentos da sociedade civil do cenário político oficial, sendo os mesmos condenados à resistência à força do Estado, implementando um “projeto que data de 1945, e que se revelou inviável no período da democracia populista: a unificação da Previdência Social”. Com a criação do INPS, segundo a autora,

[...] aprofunda-se o perfil assistencialista da Previdência Social brasileira, agora imune a qualquer forma de controle por parte das classes assalariadas, assumindo paulatinamente maior presença pública não mais os benefícios sob forma de prestação em dinheiro, mas a assistência médica. São agora os serviços médicos que passam a ganhar importância na barganha clientelista da política de favores, e não mais as aposentadorias e pensões, que contemplam todo um segmento de assalariados que, do ponto de vista da capacidade produtiva, foi sucateado pelo próprio sistema, e é impotente do ponto de vista da defesa de seus direitos básicos (COHN, 2003, p. 21).

Nessa mesma década, a política de saúde foi fortalecida pelo modelo hegemônico de privatização, respeitando a lógica de modernização capitalista,

[...] A economia, centrava-se no setor industrial e no investimento do capital estrangeiro, com o aumento das empresas multinacionais, o que resultou na criação do complexo médico-industrial. [...] A política de saúde dá prioridade à privatização da assistência curativo-lucrativa, em função do modelo de acumulação de capital predominante, resultando na montagem de uma estrutura de atendimento hospitalar já basicamente de natureza privada (BRASIL, 1997c, p. 61).

1934 - o IAPC dos comerciários; 1936 - o IAPI dos industriários, funcionado apenas em 1938; 1938 - o IAPETC dos trabalhadores em transportes e cargas; e em 1953 - IAPFESP dos trabalhadores das ferrovias e serviços públicos.

Como podemos observar, a partir dos anos 1960, os serviços, por sua própria expansão, “passaram a ser pensados como produtos, e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade, atualmente, um atributo importante na sua valorização do mercado” (NOVAES, 2000, p. 554). Por conta da introdução do capitalismo monopolista, demarcado pelo golpe de 1964, Merhy (1994, p. 66) afirma que esse período foi demarcado pelo privilégio a grupos “dominantes”, que eram “vinculados ao grande capital, excluindo-se radicalmente os trabalhadores [...]”.

As políticas sociais, historicamente, no Brasil, apresentam como características fundamentais a “baixa eficiência e o caráter clientelístico, paternalista e não universalizante” (COHN, 2003, p. 14). Tal situação, de acordo com Costa (2001, p. 308), exacerba-se de forma crítica durante o Regime Militar – 1964-1985 –, nos seguintes pontos:

- a) a centralização decisória em nível federal, mediante a desapropriação dos instrumentos de ação social de estados municípios;
- b) o bloqueio à participação social e política no processo decisório, com a supressão das formas de controle social;
- c) a fragmentação institucional que impossibilitava a constituição de uma política integrada;
- d) o fechamento dos canais de acesso da população aos bens e serviços sociais (COSTA, 2001, p. 308).

É inegável que o INPS veio fortalecer a institucionalização do modelo “hospitalocêntrico⁶⁷” e “medicalocêntrico”. Positivamente no período militar quando ocorreu um incremento no financiamento para os hospitais e o aprofundamento do processo de “mercantilização da Medicina”. A partir daí a atenção médico-hospitalar ficou restrita aos trabalhadores com “carteira assinada” e as pessoas que contribuíam para a Previdência Social de forma autônoma, a exemplo dos comerciantes, industriais e outros. Esse modelo de assistência à saúde fomentada pelo INPS⁶⁸ através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social-INAMPS era excludente, discriminatório e centrado na cura.

⁶⁷ No Brasil o modelo hospitalocêntrico se instala na segunda metade do século XX. De acordo com Foucault (2005, p. 99), o “hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência que o hospital pode e de ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 [...]”.

⁶⁸ Na década de 1970 o **INPS** dividido em três institutos autárquicos: o INAMPS - destinado à assistência médica; o Instituto de Administração da Previdência Social-IAPAS - responsável pela administração do sistema previdenciário; e o INPS - destinado ao pagamento de aposentadorias, pensões e benefícios. No ano de 1978, as três autarquias passaram a integrar o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social-SINPAS.

Assim, durante esse período, a saúde entrou em evidência devido às estatísticas de morbidade, mortalidade e aos acidentes de trabalho, por sua amplitude e magnitude (KAWAMOTO, 1995). Diante desta realidade, os movimentos intra e extra guerrilha no Brasil discutiam a necessidade de uma nova práxis de saúde voltada para a promoção da saúde das populações, enquanto nos setores marginais das Universidades avançavam as discussões sobre Saúde Coletiva.

Todavia, segundo Ximenes Neto (2005, p. 46) no Brasil, essa discussão...

não se consolidou em nenhum movimento, mas nos retalhos da história, vê-se esta dialética, presente inicialmente na medicina preventiva e comunitária. [...] muitos destes debates foram tolhidos pelo regime militar, principalmente, os da medicina comunitária, por associarem a palavra 'comunitária' ao Comunismo.

Como afirmam Karl Marx e Friedrich Engels em o **Manifesto do Partido Comunista** (2001, p. 27), “Qual partido de oposição não foi acusado de comunista por seus adversários no poder?”. Melhor dizendo, quais cidadãos brasileiros, que no período da República Militar, tivesse o pensamento de construção de um mundo solidário, não fosse acusado de comunista, subversivo, e que fosse uma ameaça direta ao governo?

Apesar de tolhido pelo Regime Militar, parte do movimento pela reforma do setor saúde – principalmente o das Universidades –, amplia-se a discussão e reflexão sobre o modelo de saúde existente e a necessidade de sua democratização, quando então, são iniciadas as bases universitárias do movimento sanitário.

Esse movimento sanitário entre os anos de 1960 e início de 1970 se fortalece em meio ao regime militar, no período do Governo Ernesto Geisel, com um posicionamento contra hegemônico. Campos (1994a) identifica esse período do Estado brasileiro como um momento de busca de mecanismos que viabilizassem a reforma dos serviços de saúde.

A década de 1970 foi marcada pela evolução da política econômica desenvolvimentista, estabelecida a partir do governo do Presidente Juscelino Kubitschek. Essa nova ordem econômica exigia que a previdência social passasse a ter uma maior interferência no controle da saúde dos trabalhadores na manutenção ou na restauração sua capacidade produtiva. Assim, o controle da saúde iniciou-se a partir da hegemonia do “modelo médico-assistencial privatista”, passando as ações de saúde desenvolvidas aos sujeitos a serem ofertadas pela

previdência social, que comprava a “maior parte dos serviços ao setor privado, enquanto as ações de saúde coletiva eram prestadas pelo MS e Secretarias Estaduais da Saúde” (ALMEIDA, 1999, p. 57). Apesar de na década de 1970 ter ocorrido o crescimento da assistência ambulatorial junto aos serviços complementares de diagnóstico e tratamento (BRASIL, 1997c, p. 62).

Assim, a gênese do movimento sanitário dá-se a partir da crítica ao modelo hegemônico de política de saúde existente, o da “mercantilização da Medicina”, caracterizado pela dominação e monopolização no mercado de saúde, mais exclusivamente na atenção hospitalar.

Nesta perspectiva, segundo Mendes (1999a, p. 25) cita que o modelo médico-assistencial privatista assentava-se no seguinte tripé:

- a) o Estado como grande financiador do sistema através da Previdência Social;
- b) o setor privado nacional como o maior prestador de serviços de atenção médica;
- c) o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

Entretanto, no que concerne ao movimento sanitário, para Escorel (1998, p. 51), esse movimento...

representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia de ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço-US.

O modelo que o movimento sanitário contestava, para Novis (1980, p. 37) “estava clara a incidência de um erro de enfoque. O modelo adotado não se ajustava à dimensão das necessidades sentidas”, até porque, segundo o autor a “estratégia de luta contra a doença teria que ser completada por outra, a da luta pela saúde”.

Por isso, ainda no final dos anos 1970, trabalhadores de saúde, intelectuais, políticos e movimentos sociais organizados integraram-se ao movimento sanitarista, gerando um intenso movimento político-sanitário.

De acordo com Kawamoto (1995, p. 26) a reforma sanitária brasileira veio para atender às “diferenças inter e intra-regionais, moralizar a organização do setor público torná-lo mais eficaz e produtivo e transformar a saúde em direito humano”.

Lembramos, que até o início dos anos 1980, o Sistema Nacional de Saúde Brasileiro era organizado, a partir de uma divisão organizacional em subsetores de saúde previdenciária – detentor da maior parcela do financiamento – e de saúde pública, desenvolvendo ações de maneira concomitante e paralela, sem integração no planejamento e na realização das mesmas. O subsetor previdenciário oferecia aos trabalhadores contribuintes, uma rede de ambulatórios e hospitais próprios ou de prestadores contratados. Os custos com o subsetor previdenciário cresceram demasiadamente, principalmente, nos anos 1970, fato que levou o Regime Militar a criar em 1984. As AIS, que era uma tentativa forçada de reforma do sistema de saúde brasileiro, com intuito de reduzir gastos previdenciários, com a transferência de financiamento da previdência social para estados e municípios, que o aderissem, com o intento de melhorar a rede de serviços de saúde (CÔRTEZ, 2000).

A implantação das AIS no período de 1982 – 1986 deu cobertura a 664 municípios, cerca de 70% da população brasileira. Nesse período é criado também, a Autorização de Internação Hospitalar-AIH, como forma de conter as despesas juntos as AIS. Para Cohn (2003, p. 46), as AIH...

permitiram maior controle sobre o setor privado, que não deixa de resistir aos limites impostos à sua lucratividade, e que até então era impune, apontando que isso representará uma diminuição da qualidade de atendimento e levará as altas precoces dos pacientes. Já as AIS institucionalizam um novo padrão de relação entre a Previdência Social e os setores públicos de saúde – estadual e municipal -, na medida em que criam mecanismos de repasse de recursos para essas instâncias que passam a ser responsáveis pelo atendimento médico individual da população previdenciária. O que, aliás, já vinha acontecendo diante do crescimento da demanda e da seletividade que o setor privado impunha ao atendimento dessa população.

Como vemos no Brasil os anos 1980 foi palco de uma profunda crise do setor saúde, associada à queda do crescimento econômico, aumento do desemprego, e, conseqüentemente, da desigualdade social (BRASIL, 1997c).

No ano de 1986, a mobilização social e política do movimento sanitário formaram massa crítica, e seus ideais convergiram à 8ª Conferência Nacional de Saúde-VIII CNS. Durante a Conferência foram debatidos os seguintes temas: Saúde como direito de cidadania, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o Financiamento do setor.

Para Andrade (2001, p. 26) a VIII CNS diferiu das anteriores “pela participação de setores organizados da sociedade, com destaque para a valiosa

participação de usuários bem como pela quantidade de pré-conferências estaduais e municipais realizadas”.

Silva (2001) relembra que a VIII CNS foi considerada por unanimidade pelo movimento sanitário, como um dos marcos da Reforma Sanitária brasileira, caracterizado pela participação da sociedade civil, dos sindicatos, gestores da saúde, alguns prestadores de serviços e as corporações profissionais; as ausências de representações do setor privado, como a Associação Brasileira de Medicina de Grupo-ABRAMGE e a Federação Brasileira de Hospitais-FBH, devido a um erro estratégico de segmentos do movimento sanitário, que não permitiram suas presenças. Este fato, segundo o autor, é o causador, atualmente, da falta de controle do subsistema privado de saúde. O Relatório Final da VIII CNS (BRASIL, 1987, p. 381) dentre outras deliberações, apontava que

[...] as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionado chamar de reforma sanitária.

Um dos desdobramentos da VIII CNS foi a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que tinha a responsabilidade de elaborar uma proposta de reordenamento para o referido setor. Entretanto, conforme Brasil (1997c) tais propostas constituíram um projeto social contra-hegemônico, que foi imposto ao governo de transição.

Na realidade, a VIII CNS foi a primeira Conferência aberta à sociedade civil, sendo aprovado na mesma um arrojado e avançado Relatório Final, que, por conseguinte, teve suas deliberações encaminhadas à Assembléia Nacional Constituinte – 1986 a 1988 –. Sendo que, um número considerável de propostas do movimento sanitário foi absorvido pelo Congresso Nacional, criando o Sistema Único de Saúde-SUS.

Para Mendes (1999b, p. 62), a VIII CNS foi desdobrada imediatamente...

num conjunto de trabalhos técnicos, desenvolvidos pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária, passou, com sua doutrina, expressa em seu relatório final, a constituir-se no instrumento que viria a influir de forma determinante em dois processos que se iniciaram, concomitantemente, em 1987: um, no Executivo, a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS; outro no Congresso Nacional, a elaboração da nova Constituição Federal.

O SUDS foi criado por meio do Decreto Presidencial de Nº 94.657, de 20 de julho de 1987, com o objetivo de promover a universalização e o acesso aos cuidados de saúde; como também, unificar os serviços de saúde dos subsetores previdenciário e de saúde pública, com o intuito de racionalizar custos e o uso de recursos financeiros (CÔRTEZ, 2000).

O Sistema Nacional de Saúde Brasileiro, o SUS, nasce em 1988, nos Artigos 198 a 200, no Capítulo II, da Seguridade Social, da Constituição Federal (VALVERDE, 2002), denominada de “Constituição Cidadã”. Os sujeitos⁶⁹ que levaram suas idéias para a Conferência, nela puderam elaborar a proposta do SUS, e encaminhá-la para a Constituição Federal e implementar seus desdobramentos, denominado de Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária. A Constituição de 1988, segundo Costa (2001, p. 308), consolidou uma tendência na gestão pública setorial ao levar em consideração:

o reconhecimento da saúde como direito social, assegurado pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde (Artigo 196);

o estabelecimento de um novo paradigma para a ação estatal na área, ao determinar o atendimento integral, a descentralização político-administrativa e a participação comunitária (Artigo 198, I, III);

o comprometimento financeiro pela criação de um orçamento público da seguridade social que sustenta um conjunto integrado de ações capaz de “assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Artigo 194);

a unificação da ação pública pela definição do SUS como instância única da gestão pública responsável pela provisão universal, gratuita e integral das ações e serviços de saúde para promoção, proteção e recuperação da saúde (Artigo 196 e Artigo 198).

Entendemos, portanto, que o SUS é uma das maiores e mais importantes conquistas da sociedade brasileira, porque é “[...] fruto de um longo processo de acúmulo e lutas sociais que, desde os anos 1970, envolve movimentos populares, trabalhadores da saúde, usuários, gestores, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais” (BRASIL, 2006d, p. 07).

Por conseguinte, apresenta princípios e diretrizes com o propósito de estabelecer a equidade, em que os diferentes deverão ser tratados de forma diferente, com prioridade para os menos favorecidos; a integralidade, pelo

⁶⁹ **Sujeitos** - “identidade pessoal resultado de um processo de produção de subjetividade sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores: familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos e outros” (BRASIL, 2004a, p. 54).

estabelecimento de resolubilidade nos diferentes pontos de atenção; a universalidade, numa visão de todos e para todos; e a participação popular nas tomadas de decisões de saúde, estabelecendo o controle social.

Para tanto, o modelo de atenção à saúde definido na Constituição de 1988 segundo Mendes (1999a, p. 47) deve ressaltar o seguinte:

- a) o conceito de saúde entendido numa perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas;
- b) o entendimento da saúde como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena;
- c) a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública;
- d) a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização com mando único em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade; e
- e) a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social.

Segundo Cohn (2003, p. 31) esse sistema apresenta avanços significativos no que concerne a proteção social:

[...] nela estão presentes a *universalidade* do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema, a *equidade* ao acesso e na forma de participação no custeio, a *uniformidade* e *equivalência* dos benefícios e serviços, a *irredutibilidade* do valor dos benefícios, a *diversidade* da sua base de financiamento, e a gestão administrativa *descentralizada* com participação da comunidade. [...] Assim, o atual texto constitucional sela não mais um sistema de seguro social, mas de seguridade social, constituído por um conjunto integrado de ações assegurando os direitos relativos à Saúde, Assistência e Previdência Social.

A partir da promulgação do SUS na Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988), começa o desenvolvimento na criação, implantação, implementação de políticas, programas, sistemas e serviços de saúde e, com isto, a disseminação do campo de trabalho em saúde, conseqüentemente, a necessidade de uma massa de trabalhadores⁷⁰ de diversas categorias profissionais⁷¹, existentes, emergentes ou novas, além de profissionais com formação de sanitarista e gestores especializados.

⁷⁰ **Trabalhadores de Saúde** - “são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nos estabelecimentos de saúde ou atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor”. **Trabalhadores do SUS** - “são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o SUS, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor. O mais importante para esta definição é a inserção do trabalhador no SUS” (BRASIL, 2006e, p. 30).

⁷¹ **Profissionais de saúde** - “são todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde, detêm formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas direta ou indiretamente ao cuidado ou ações de saúde” (BRASIL, 2006e, p. 30).

No entanto, segundo Silva e col. (1997b, p. 70; 1997c, p. 18), a “criação de novas práticas de saúde exige o repensar crítico acerca do processo de trabalho em saúde”.

No processo, inseriram-se os profissionais de diversas disciplinas, que iniciavam uma nova fase/desenho de processo de trabalho⁷², que passavam a transitar desde unidades hospitalares, ambulatoriais, clínicas especializadas, postos e centros de saúde, a práticas comunitárias de produzir saúde. Neste meio histórico, a interiorização do trabalho em saúde passa a se desenvolver em progressão geométrica.

No ano de 1990, o SUS é regulamentado, mediante promulgação da Lei Orgânica da Saúde-LOS, a Lei Complementar N° 8.080/1990 (BRASIL, 1990a). Mesmo após ampla discussão entre Congresso Nacional e Movimento Sanitário, alguns artigos importantes da LOS foram vetados pelo então Presidente Fernando Collor de Mello, fato que impôs dificuldades para a descentralização e a democratização do setor saúde (SILVA, 2001).

A Lei N° 8.080/1990 – estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes – amplia o poder da atenção à saúde, as responsabilidades de gestão administrativo-financeira e do trabalho, através da execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, incluindo-se a farmacêutica; participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; ordenação da formação de pessoal na área da saúde; a vigilância nutricional e a orientação alimentar, desenvolvimento científico e tecnológico, dentre outros (BRASIL, 1990a).

Em seu Artigo 35, a Lei N° 8.080/1990 estabelece critérios de distribuição do financiamento federal para os Estados, Municípios e Distrito Federal considerando que 50% deveriam ocorrer por critério populacional, e 50% nos seguintes critérios: perfis demográfico e epidemiológico, nas características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico, e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor no

⁷² Entendemos por processo de trabalho “... uma atividade ou ato produtivo útil para transformação de uma realidade social. Não é simplesmente um “emprego”. O trabalho em ato, realizado por um ator social, é portador de finalidade, meios e realiza-se mediante relações sociais” (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2005, p. 13).

orçamento estaduais e municipais, e na previsão do plano quinquenal de investimentos da rede (BRASIL, 1990a).

Um dos dispositivos legais da Lei Nº 8.080/1990 – que até os dias atuais vive a necessidade de deliberação para efetivação –, é o ordenamento da formação de pessoal na área da saúde. O MS, como donatário da responsabilidade de tal dispositivo, nos anos 1990, não acenou ações para sua efetivação. Somente no ano de 2004, com a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que busca a recomposição/transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde (BRASIL, 2004d), surgem os primeiros sinais de efetivação de uma política de formação de pessoal. A Política de Educação Permanente-PEP teve sua estrutura organizativa estabelecida a partir de um Conselho Gestor e um Colegiado de Gestão, denominado de Pólo de Educação Permanente em Saúde. O Pólo deve ter base no território locorregional, e seus membros constituídos a partir do quadrilátero de gestão – usuários, atenção, gestão e formação.

A PEP é uma “estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde. A Educação Permanente se baseia na aprendizagem significativa [...]”, que “[...] acontece quando aprender uma novidade faz sentido para nós” (BRASIL, 2005a, p. 11). A referida política conseguiu, onde os Pólos se efetivaram, juntou em uma mesma arena, para conversar/pactuar, atores que normalmente não apresentarem uma boa articulação. Os projetos para financiamento da formação de pessoal e as políticas locorregionais pactuadas, representaram um avanço no desenvolvimento político do SUS.

Na atualidade, a efetivação do referido dispositivo encontra-se ameaçado, inicialmente, por conta dos interesses em jogo na arena do quadrilátero de gestão, como também, pelo posicionamento político da equipe gestora que assume o MS em meados de 2005, por mostrar-se contra a mesma.

No que concerne a LOS, ainda no mesmo ano de 1990, no mês de dezembro, o Congresso Nacional, aprova uma lei suplementar, a Lei Nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), na tentativa de resgatar o veto do Governo Federal aos artigos da Lei Nº 8.080/1990, e legalizar o controle social no SUS e os modos de transferência do financiamento.

A Lei Nº 8.142/1990 – estabelece a participação da comunidade⁷³ na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde – amplia a participação popular e o controle social, pela criação de dois dispositivos básicos: as Conferências de Saúde – municipais, estaduais e nacional –; e os Conselhos de Saúde – municipais, estaduais e nacional –; com uma composição paritária, com 50% dos conselheiros representantes dos usuários, 25% dos trabalhadores de saúde e 25% do governo. Esta lei traz ainda em seu arcabouço, a criação de ferramentas de gestão, nas áreas de planejamento, controle e gestão do trabalho, tais como o fundo de saúde, o plano de saúde, o relatório de gestão, e uma Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários-PCCS (BRASIL, 1990b).

Com a promulgação da Lei Nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) incrementou-se nos Estados e Municípios a criação, implantação e implementação dos Conselhos de Saúde⁷⁴; alguns por necessidade do modelo de gestão local, que apresentava uma prática participativa, ou por demanda da legislação federal que exigia/obrigava a criação dos mesmos, para que, em seguida, ocorresse a descentralização do financiamento. Fato inicialmente ocorrido, também com os planos e fundos de saúde.

Todavia, muitos conselhos de saúde foram criados de forma cartorial nos municípios, e seus membros indicados pelo poder público local, somente para cumprir as exigências de habilitação em algum nível de gestão. Tal situação, ainda perdura em muitos municípios, os mesmos do clientelismo político, uma prática de envio de projetos, balancetes e relatórios a plenária dos conselhos, a serem aprovados – “em cima da hora” –, sem a análise prévia dos conselheiros, com a melindrosa alegação da gestão municipal, de que “se o Conselho não aprovar, o município pode ficar prejudicado”. Os conselheiros automática e ingenuamente, aprovam, com o receio de serem os culpados de estarem prejudicando seu município. É uma prática do que talvez possa ser chamado de contra política da hegemonia; é o navegar contra a correnteza da democracia.

⁷³ **Comunidade** para Rios (1987, p. 17), no sentido sociológico, é “uma constelação de grupos, associações e instituições”.

⁷⁴ Brasil (1997c) remonta à história dos Conselhos de Saúde a época em que as AIS são absorvidas pelo SUDS, com a entrada de vários segmentos sociais existentes nos municípios, passou a constituir os núcleos formadores dos mesmos, no futuro próximo.

Quanto a essa situação, genérica, Côrtes (2000, p. 33) afirma que “existe ainda certa redução da área de atuação política dos conselhos, que passa a ser restrita ao entorno das direções do Poder Executivo na área da saúde”. A autora assegura que o “simples fato de determinada decisão ter sido tomada no conselho não garante sua viabilização política”.

Em relação ao papel dos conselhos no contexto do SUS e seus limites como ponte do controle social, Côrtes (2000, p. 39) aponta alguns problemas recorrentes, que são:

- a) o papel de mediação de interesses, nas cidades de grande e médio porte, não tem sido exercido pelos conselhos e pelas conferências. Neles [articulam-se] as forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de construção do SUS e os representantes dos usuários – marcadamente dos moradores das regiões mais pobres das cidades – apresentam suas demandas aos gestores públicos.
- b) por vezes, invertem-se os papéis dos conselhos e dos gestores. Aos primeiros [atribui-se] tarefas de gerência e aos segundos, o controle da execução.
- c) existe uma redução da área de atuação política dos conselhos, que passa a ser restrita ao entorno das direções do Poder Executivo na área da saúde.
- d) a legislação que normatiza e a realidade dos conselhos e das conferências, bem como do próprio SUS, permanecem largamente desconhecidas para a população em geral e, mesmo, para muitos trabalhadores e profissionais de saúde e conselheiros.

Levcovitz, Lima e Machado (2001) citam como principais dificuldades na implementação do SUS, no componente do controle social, nos anos 1990, a variabilidade no funcionamento dos conselhos nas diversas unidades da federação e municípios; e, o predomínio em várias situações, do caráter consultivo dos conselhos sobre o caráter deliberativo acerca das políticas.

É sabido que a população em geral não é conhecedora do papel e do poder do conselho de saúde e, por conseguinte, não concebem e/ou percebem o conselho como um dispositivo do controle social, que poderá suprir suas necessidades de saúde e aliviar suas dores, além de ser um grande aliado político.

A representatividade popular que deveria ser democrática de direito, cada vez mais se aproxima do poder público, para referendar a/s vontade/s da gestão; ou então, usar a representatividade de usuário no conselho para ascensão política dentro dos movimentos sociais. No caso dos representantes dos

trabalhadores, os mesmos têm lutado por direitos e garantias trabalhistas, como o PCCS-SUS; e até mesmo, por direitos dos usuários, em alguns momentos.

Quanto ao PCCS-SUS, citado na Lei Nº 8.142/1990, que, inicialmente, assinalava a obrigatoriedade de se criar uma comissão, para que no prazo de dois anos pudesse ser implantado. Apenas recentemente, em novembro de 2006, suas diretrizes foram encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde-CNS, para apreciação, apesar de algumas resistências do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde-CONASEMS e de entidades médicas. Para Ximenes Neto (2006, p. 16) a aprovação das diretrizes do PCCS e sua provação em lei “é uma necessidade, que vem emancipar milhões de trabalhadores em saúde do SUS, salvaguardando seus direitos, tirando-os da situação de precarização”.

Mesmo com todas as fragilidades ocorridas nos desdobramentos e implementação da Lei Nº 8.142/1990, muitos avanços ocorreram com a participação popular em busca do controle social, e, até mesmo, do controle público. Côrtes (2000, p. 26) cita que a Lei Nº 8.142/1990 “ampliou ainda mais as possibilidades de envolvimento de usuários no processo de decisão setorial em comparação com o que havia sido proposto pelos governos anteriores”.

Para Andrade (2001), as Leis Nº 8.080/1990 e 8.142/1990 buscaram, também, a garantia de critérios de distribuição do financiamento federal para outras instâncias do Sistema. De acordo com o MS (BRASIL, 2006e, p. 7), após a institucionalização da Constituição Republicana e das Leis Nº 8.080/1990 e 8.142/1990 e os novos Códigos de Saúde, houve uma radicalização no Brasil, quando trata a “Saúde como Direito, a ser garantido pelos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação Social”.

Em decorrência da promulgação da LOS, emerge a necessidade de um novo modelo de gestão e de atenção à saúde, que oferecesse respostas sanitárias à população, tanto em nível de uma melhor utilização da densidade administrativa, financeira e técnica, como na resolução das situações que necessitavam de intervenção do sistema de saúde, através de medidas tecno-sanitárias, que envolvessem o cosmos da saúde e da doença, potenciais ou eminentes dos sujeitos, quanto da família e da comunidade.

Para Silva (1997c), a consolidação do SUS coloca em debate a necessidade de mudanças no modelo atual de atenção à saúde, embasadas nos modelos epidemiológicos e nas práticas assistenciais com novos paradigmas.

Em relação à transformação do modelo de gestão, ocorre a descentralização administrativo-financeira. A descentralização, que de certa forma vinha ocorrendo desde meados dos anos 1980 com as AIS e o SUDS, é legalmente instituída na Constituição de 1988, na LOS, e, conseqüentemente, normatizada pelas diversas Normas Operacionais, uma após outra.

No Brasil, a descentralizaçãourgia não somente pela incompetência do Estado em prover serviços de saúde em todo o país, mas também, devido ao perfil epidemiológico, que não se apresentava com indicadores agradáveis. A descentralização representa ainda, um elo para redemocratização do país. Quanto a esse panorama da descentralização da atenção à saúde no Brasil, Costa (2001, p. 308) afirma ter a mesma apresentado uma agenda que mantinha “[...] relação direta com a percepção generalizada sobre o déficit de eficiência e de responsabilização da política social, agravada pela baixa definição dos papéis para os níveis de governo que atuam no setor”, seja a União, Estados e Municípios. A descentralização no Brasil, em particular, e no restante da América Latina foi introduzida, de acordo com Mendes (2001a, p. 12), como “parte de processos de redemocratização, uma vez que os regimes autoritários caracterizavam-se por ser centralizados, burocráticos, excludentes e portadores de intervenções fragmentadas e descoordenadas”.

Assim, a descentralização como parte de estratégia de democratização segundo Teixeira (1992, p. 29), “além de ser uma formulação técnico-administrativa, assume valores políticos finalísticos tais como a universalização, a equidade, o controle social, que não são enfatizados em uma perspectiva meramente racionalizadora”.

Ressaltamos que na época do Governo Militar a descentralização ocorria em vários setores, com o objetivo de suprir as demandas do regime e fortalecer aos aliados, com as ações à assistência educacional, à saúde e social, como força maior de empoderar aos mesmos, e utilizá-los politicamente. Neste período cresce o clientelismo em todos os rincões do país, principalmente, no Nordeste brasileiro, fato exacerbado em âmbito municipal (SCHMIDT, 1997; VICENTINO; DORIGO, 1997).

Segundo Muller Neto (1992) a descentralização territorial, como agenda política na América Latina e Brasil é um tema contemporâneo à segunda metade da década de 1980; sendo a mesma influenciada pelas questões tais como: a complexa transição democrática, a crise econômica, e o endividamento externo. No caso do Brasil, o regime militar “buscou com algum êxito diminuir e/ou eliminar algumas características descentralizadas que o Estado brasileiro, federativo, possuía anteriormente” (MULLER NETO, 1992, p. 47).

Diante dessa realidade, Jacobi (1992) ressalta que a descentralização é uma resposta a uma ação centralizadora do Estado decorrente de um processo histórico, por conta de sua ineficiência. Até porque, como podemos observar, no início dos anos 1990, apesar do estabelecimento da política neoliberal, do exagerado ajuste fiscal e a reforma do Estado, permanecia a vontade de avançar com a redemocratização do país e a descentralização de serviços e ações de saúde.

Todavia relembremos, que o processo de descentralização da saúde desencadeado a partir da criação do SUDS em 1987, e levando-se em consideração que as instâncias colegiadas do movimento sanitário, e em especial o MS, sugerem um processo de organização da gestão que dê ênfase à consolidação da direção única em cada esfera de governo e a construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Tal processo passa a ser normatizado, regulado pelas normas operacionais, primeiro as NOB, posteriormente, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde-NOAS.

De acordo com Levcovitz, Lima e Machado (2001, p. 273), as Normas Operacionais são instrumentos de “regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios”. O CONASS (BRASIL, 2003b, p. 27), as concebe como “[...] instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacionalidade do Sistema, a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS”. Segundo este Conselho CONASS, os objetivos das Normas Operacionais são: “induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático operacionais; regular as relações entre seus gestores; e normatizar o SUS” (BRASIL, 2003b, p. 27).

Andrade (2001), em sua obra **SUS passo a passo**, afirma que o MS, devido à diferença de estágios da descentralização do Sistema, nos Estados, Municípios e em seus próprios órgãos federativos, adotou a prática da edição de Normas Operacionais, como mecanismo regulador deste processo, conforme mostra o Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 Síntese das Normas Operacionais Editadas pelo MS.

ANO	NOB/NOAS	FINALIDADE
Janeiro de 1991	NOB - SUS 01/1991	Fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS, elaborada de conformidade com as Leis Nº 8.074/1990 e 8.080/1990. Estabelecem-se aspectos de natureza operacional ao gerenciamento do serviço, controle, acompanhamento fiscalização da aplicação dos recursos.
Fevereiro de 1992	NOB - SUS 01/1992	Normalizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma a instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.
Maio de 1993	NOB - SUS 01/1993	Disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde estabelecendo três diferentes formas de gestão municipal de saúde: Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena.
Agosto de 1996	NOB - SUS 01/1996	Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com conseqüente redefinição das responsabilidades; estabelecer novas condições de gestão do município: Gestão Plena de Atenção Básica-GPAB e Gestão Plena do Sistema Municipal-GPSM.
Janeiro de 2001	NOAS - SUS 01/2001	Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Fonte: adaptado de ANDRADE, L.O.M. **SUS passo a passo:** normas, gestão e financiamento. São Paulo: HUCITEC/Sobral: UVA, 2001. p. 31.

O Quadro 2 apresenta uma seqüência de Normas Operacionais, com o detalhamento de suas finalidades, além da síntese do processo de descentralização do Sistema Nacional de Saúde nos anos 1990 até o ano de 2001, como também o

processo de transição do INAMPS à implantação do SUS, nas diferentes esferas de governo e níveis de gestão.

No que concerne a NOB - SUS 01/1991, a mesma foi editada ainda pelo INAMPS⁷⁵/MS, sendo composta por um coletivo de seis portarias ministeriais (BRASIL, 1991a; 1991b; 1991c; 1991d; 1991e; 1991f) discriminadas a seguir:

Portaria N° 15 de 08 de janeiro de 1991 – extingue o Índice de Valorização Hospitalar-IVH e cria aditivo para remuneração dos hospitais universitários, com a denominação de Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde-FIDEPS.

Portaria N° 16 de 08 de janeiro de 1991 – cria o Sistema de Informação Hospitalar-SIH/SUS, através da tabela única para remuneração de procedimentos de internação.

Portaria N° 17 de 08 de janeiro de 1991 – cria o Sistema de Informação Ambulatorial-SIA/SUS, através da tabela única para remuneração de procedimentos ambulatoriais.

Portaria N° 18 de 08 de janeiro de 1991 – normatiza a tabela única de órteses, próteses e materiais especiais.

Portaria N° 19 de 08 de janeiro de 1991 – estabelece os quantitativos de AIH a serem distribuídas a cada estado da federação.

Portaria N° 20 de 08 de janeiro de 1991 – define os critérios de aplicação da Unidade de Cobertura Ambulatorial-UCA, nas transferências de recursos do SUS, da União para Estados, Municípios e Distrito Federal.

A NOB - SUS 01/1991 fortaleceu o modelo político fragmentado do INAMPS, onde o financiamento privilegiava procedimentos individualizados, limitado a ações biologicistas, próprias do modelo hospitalocêntrico. Apesar de a referida NOB criar os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, que foi um avanço no registro dos dados para análise de indicadores para época, a mesma não previa

⁷⁵ O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social-INAMPS, principal responsável pela atenção à saúde no Brasil, foi criado em 1974 e era subordinado ao Ministério da Previdência Social, sendo posteriormente incorporado ao MS com o SUS e extinto em 1993.

uma redefinição de desenho assistencial e nem uma previsão de financiamento com base no que está previsto na Lei Nº 8.080/1990 em seu Artigo 35.

Atualmente, apesar do processo de unificação das tabelas – do SIA/SUS e do SIH/SUS –, vemos que o importante seria a construção de uma *per capita* nacional, com critérios regionalizados, com base na equidade, e o fim do financiamento por procedimentos, por incentivo ou teto financeiro de produtividade com referência a série histórica. Até porque o SUS precisa avançar numa lógica democratizante do financiamento de forma equânime e para isso é necessário que seu detalhamento facilite o entendimento da comunidade na hora de fazer controle social, em sua justa e devida aplicação.

Para Costa (2001), a NOB 01/1991 introduziu a concepção de Estados e Municípios habilitados ao SUS, através da pactuação direta com a gestão de serviços. Entretanto, previa a criação de fundo próprio do setor saúde e o funcionamento de conselhos comunitários.

Bertone (1991), Carvalho (1991), Cordoni Júnior; Cordeiro (1991), Médici (1991), Santos (1991a; 1991b) citados por Andrade (2001), ao analisarem a NOB 01/1991, afirmam que a mesma não proporcionou a aplicabilidade do Artigo 35 da Lei Nº 8.080/1990; o INAMPS ainda mantinha a competência de executar ações e serviços de saúde; o financiamento se dava a partir da prática de transferência com base em convênios da União para os Estados e Municípios; há uma persistência da concepção fragmentadora do orçamento sanitário – e da seguridade social – com a manutenção de mecanismos centralizados de decisão, principalmente, no relativo a investimentos e remanejamentos de recursos.

Carvalho e outros (1994 *apud* LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 275) criticam os mecanismos de transferência estipulados pela NOB 01/1991, para o modelo de assistência à saúde, destacando:

- a) o privilégio das atividades de assistência médica em detrimento das ações voltadas para a saúde coletiva, cujo financiamento sequer é previsto;
- b) a tendência de a oferta de assistência médica privilegiar a produção, sem considerar adequadamente o perfil de necessidades de saúde da população;
- c) o estímulo a tal oferta sem qualquer articulação com o controle de qualidade dos serviços prestados ou preocupação de evitar fraude;
- d) o predomínio da influência da capacidade previamente instalada na fixação dos tetos financeiros, favorecendo assim os estados e municípios em melhores condições econômicas.

Para Ugá (1991 *apud* UGÁ *et al.*, 2003, p. 419), a NOB 01/1991 representou um movimento de re-centralização do SUS que, por conseguinte:

Não implementou o caráter automático das transferências intergovernamentais [...];

Reduziu a atenção à saúde à mera prestação de ações médico-assistenciais, desconsiderando a importância das ações de alcance coletivo; e

Passou a tratar as esferas inframunicipais de governo como mero prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais como se atuassem por *delegação* ministerial e não em consonância com a diretriz constitucional da descentralização.

O que o autor apresenta da NOB 01/1991 é um processo de re-centralização, que a esta estimulou, com o monopólio do MS, ferindo as deliberações da VIII CNS e do próprio SUS na Constituição Federal.

As dificuldades da descentralização, ou até mesmo a paralisação da mesma no ano de 1991, deveu-se principalmente, ao posicionamento do Governo Federal – Presidente Fernando Collor de Mello –, que distorceu a finalidade do referido princípio do SUS. Cordeiro (2001a, p. 325) considera que a municipalização nesse período foi tutelada, com “grande poder normativo e alocação de recursos pelo Governo Federal, ainda no modelo convencional de transferências financeiras com critérios nem sempre transparentes de alocação de recursos [...]”.

O INAMPS através da NOB 01/1991 não previu ações de promoção da saúde no âmbito local; manteve a lógica dos modelos baseados na cura, no cuidado hospitalar e na prática médica; desconsiderou a legislação sanitária e negou o movimento pela reforma sanitária; e, por uma atitude de manutenção de poder centralizou o financiamento. A NOB 01/1991 apesar de que de maneira tímida, incentivou a implantação de ações no nível da APS.

No mês de fevereiro de 1992, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do MS edita a NOB - SUS 01/1992 (BRASIL, 1992a, s/p), objetivando:

normatizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema, e dar forma concreta e instrumentos operacionais a efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Saúde, entendida como direito de todo cidadão e dever do Estado, a ser garantido pelo acesso gratuito, universal e equânime a um conjunto ações e serviços de saúde organizados e distribuídos de forma regionalizada e articulados de forma hierarquizada, constituindo um sistema único, gestor único de cada esfera de governo, de execução municipalista em termos operacionais e gerenciais, com obrigatória participação da sociedade organizada no seu planejamento, execução, controle e avaliação.

Para Andrade (2001), a NOB 01/1992 foi um avanço em relação à NOB 01/1991, ao agregar diretrizes do movimento municipalista. No campo da gestão e do planejamento, a referida NOB procurou definir o conceito de integralidade, ao tentar explicar as definições de promoção, proteção e recuperação da saúde. No tocante ao financiamento, um dos maiores avanços ocorreu na alocação do financiamento do INAMPS para a constituição do Fundo Nacional de Saúde-FNS.

A NOB - SUS 01/1992 foi considerada uma prévia da NOB - SUS 01/1993. Conforme Levcovitz, Lima e Machado (2001), o principal avanço proporcionado pelas NOB - SUS 01/1991 e 01/1992 foi a ampliação do envolvimento municipal na construção do novo sistema de saúde. Os autores afirmam que apesar da influência das NOB anteriores, a municipalização das ações e serviços de saúde encontrava-se no processo incipiente, seja nos aspectos relacionados a transferência de recursos financeiros federais ao custeio do sistema municipal de saúde ou ao fortalecimento da capacidade de gestão.

Em agosto de 1992, em Brasília-DF, ocorre a 9ª Conferência Nacional de Saúde-IX CNS, com o temário **Saúde: a municipalização é o caminho** (BRASIL, 1992b). A IX CNS se configurou como um grande palco das discussões sobre descentralização, na perspectiva da municipalização; tanto, que suas deliberações encaminharam a edição da NOB - SUS 01/1993.

Em 14 de abril de 1993, o Conselho Nacional de Saúde, aprova o documento **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Segundo Silva (2001, p. 73) esse documento “reafirma a necessidade de descentralizar os recursos e a gestão da saúde para os estados e os municípios, cumprindo a legislação do SUS [...]”. Brasil (1997c, p. 51) também afirma que o referido documento foi “resultado de amplo processo de discussão e negociação com o conjunto de atores da área de saúde, que, em maior ou menor grau, já se encontravam integrados ao debate das medidas necessárias para implantação do SUS”, ocorrendo o compromisso do MS em cumprir as deliberações da IX CNS.

A NOB - SUS 01/1993 buscava o ordenamento do processo de descentralização na perspectiva de construção do SUS, no campo da gestão das ações e serviços de saúde. A referida NOB estabelecia três diferentes formas de gestão municipal de saúde: Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semiplena”

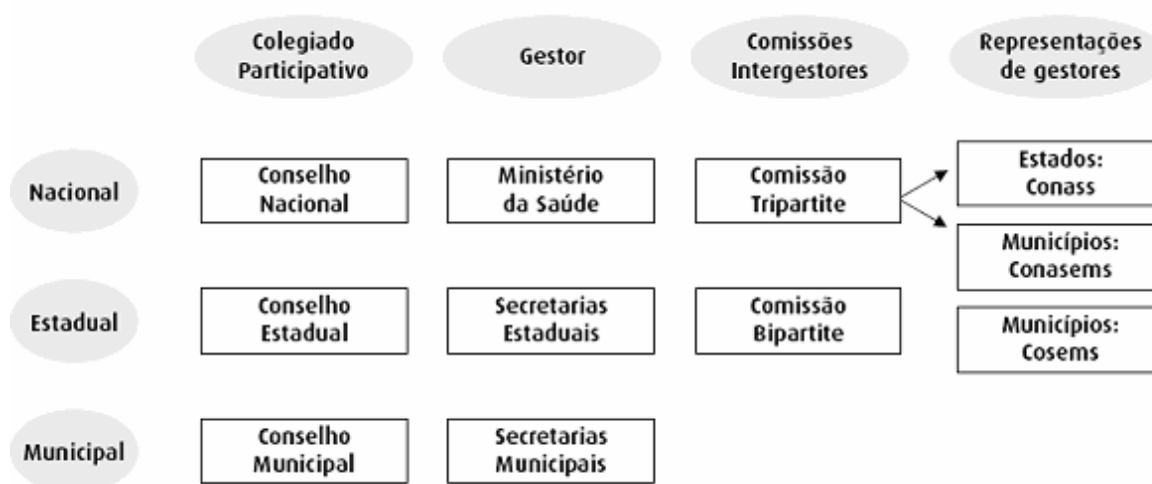
(ANDRADE, 2001); além de instituir as Comissões Intergestoras Tripartite-CIT – com a representatividade da União/MS, Estados/CONASS e Municípios/CONASEMS – e Intergestora Bipartite-CIB – com a representatividade do Estado e Municípios –. A CIT tem seu *locus* de atuação em âmbito nacional, e as CIB com estrutura de funcionamento em cada Estado. No Estado do Ceará, com a estruturação do Sistema Microrregional de Serviços de Saúde, foi criada pela CIB e Conselho Estadual de Saúde-CESAU, a CIB Microrregional-CIB-MR, com uma composição paritária, representada por um lado pelos Gerentes Microrregional, Técnico e o Administrativo-Financeiro, por outro, três representantes do coletivo de Secretários Municipais de Saúde.

Costa (2001) afirma que as Comissões Intergestoras representaram um instrumento de efetiva indução ao processo de descentralização política. “Entretanto, a redefinição de responsabilidades alocativas entre estados e municípios não assegura, por si, a otimização de vantagens da decisão adaptada ao caso diante das perdas em fragmentação da política” (RIBEIRO; COSTA, 2001, p. 529).

A CIT e as CIB são fóruns de negociação permanente entre instâncias gestoras. Atualmente, percebe-se no cenário⁷⁶ político-sanitário nacional e estadual um esvaziamento do poder e do papel dos Conselhos de Saúde, e um crescimento acentuado da arena política das Comissões Intergestoras e de seu poder decisório, em que as discussões e deliberações acerca de novas políticas de saúde e o financiamento das mesmas se acirram. As comissões que eram para subsidiar os conselhos com o componente da gestão/financiamento, além das pactuações entre gestores, passam a assumir um controle político do sistema, em alguns casos, burlando o controle social. As CIB elaboram pacotes de necessidades de saúde voltadas para gestão, e encaminham ao CESAU, com intuito de aprová-las. Contudo, o CESAU, por meio do controle social, deveria priorizar e pactuar as necessidades do coletivo de sujeitos usuários do sistema, emanados das liberações das Conferências e Conselhos de Saúde, produzindo um consenso entre usuários, gestores e trabalhadores de saúde. A Atual estrutura institucional e decisória do SUS está cartografada na Figura 4.

⁷⁶ Para Mário Testa (1995, p. 67) o “cenário de uma ação social se define como um espaço social, que pode conter ou não um espaço físico, mas que não pode ser definido a partir deste último. Isso quer dizer que há uma mútua implicação entre as categorias ator social, ação social e espaço social que não podem ser entendidas de maneira autônoma, isolada uma das outras”.

Figura 4 Estrutura Institucional e Decisória do SUS.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde-SAS. **Estrutura institucional de decisória do SUS.** Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/RelaçõesNíveisGov_arquivos/frame.htm. Acessado em nov. 2003c.

Conforme Souza (2001, p. 453) o...

dispositivo – incluído nas disposições transitórias da NOB 1996 no processo de negociação da proposta para viabilizar sua aprovação –, que delega à CIB a competência para definir partilhas de gestão diferentes do propugnado comando único sobre os prestadores, possibilitou o estabelecimento de pactos de gestão entre estados e municípios pouco adequados, gerando situações de competição predatória, em detrimento da integração dos papéis desempenhados por cada gestor, fragilizando o comando efetivamente público sobre o sistema e a subordinação dos prestadores às necessidades de saúde identificadas pelos gestores.

No tocante à habilitação dos municípios em algum nível gestão – incipiente, parcial ou semiplena – da NOB 01/1993, era exigido que o mesmo cumprisse algumas responsabilidades e prerrogativas relacionadas condições técnico-operacionais e de gestão de ações e serviços de saúde.

O modelo de gestão semiplena trouxe o maior avanço na NOB que foi o repasse fundo a fundo do financiamento federal, conforme preconizado na LOS. Para que o município fosse habilitado nesse modelo de gestão tinha que cumprir as seguintes responsabilidades e prerrogativas:

A Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede

pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob a gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total de dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos (BRASIL, 1993, p. 8).

Os municípios habilitados pela gestão semiplena passaram a gerenciar o financiamento global da assistência ambulatorial e hospitalar, com autonomia plena para programar e executar o mesmo, desde que estivessem vinculados as ações e serviços ofertados (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 275).

A NOB - SUS 01/1993 regulamentou e incrementou o processo de descentralização, que em menos de três anos, mais da metade dos municípios brasileiros, já tinha sido habilitados em alguma categoria de gestão – incipiente, parcial ou semiplena -, conforme mostrado no Tabela 3, exposto a seguir:

Tabela 3 Municípios Habilitados segundo Nível de Gestão conforme a NOB 01/1993.

REGIÕES	NÚMERO DE MUNICÍPIOS HABILITADOS CONFORME A NOB 01/1993			NÚMERO DE MUNICÍPIOS HABILITADOS CONFORME A NOB 01/1993			NÚMERO DE MUNICÍPIOS HABILITADOS CONFORME A NOB 01/1993		
	Dezembro de 1994			Dezembro de 1995			Dezembro de 1996		
	Incipiente	Parcial	Semi-plena	Incipiente	Parcial	Semi-plena	Incipiente	Parcial	Semi-plena
NORTE	20	11	-	25	14	1	34	17	4
NORDESTE	595	26	7	733	34	17	852	39	32
SUDESTE	724	248	13	800	270	29	801	262	75
SUL	373	192	4	429	228	7	518	236	18
C. OESTE	124	60	-	144	66	2	164	65	8
BRASIL	1.836	573	24	2.131	612	56	2.369	619	137

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde *apud* YUNES, J. A construção do sistema de saúde na lógica da descentralização. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE-CONASEMS. **Relatório do XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde: descentralização- gestão local construindo municípios saudáveis.** Goiânia: CONASEMS, nov. 1998. p. 40.

Quanto aos requisitos de habilitação à NOB 01/1993 em relação à NOB 01/1991, “destacam-se ‘condições técnicas para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços’ e a omissão do valor da contrapartida orçamentária do Tesouro Municipal” (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 276).

Mais uma vez lembramos que, na história das políticas de saúde no Brasil, a descentralização como proposta de municipalização da saúde, surge na

década de 1950, por influência do “sanitarismo desenvolvimentista” (PESSOTO; NASCIMENTO; HEIMANN, 2001, p. 80), em que tais proposições foram aprovadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde-III CNS, em 1963. Segundo Fadul (1978, p. 67 *apud* SILVA, 2001, p. 56), a III CNS foi convocada com o intuito de discutir a “[...] situação sanitária da população brasileira; A distribuição e a coordenação das atividades médico-sanitárias em âmbito federal, estadual e municipal, a municipalização dos serviços de saúde; e a fixação de um Plano Nacional de Saúde”. A idéia se evadiu, por conta do Regime Militar que se instaurou no ano de 1964. Mas, para os sanitaristas, a idéia da municipalização da saúde, estava estabelecida (YUNES, 1998).

Mendes, em 1992 apresentava a municipalização da saúde sob dois aspectos: o primeiro, enquanto fenômeno de caráter político-administrativo, efetivado “num espaço de transformação institucional, ganha densidade, ao provocar uma mudança no paradigma assistencial hegemônico que migra de um modelo clínico para um modelo epidemiológico, viabilizando um sistema de atenção à saúde”; o segundo, a municipalização fica restrita ao espaço institucional, ou seja, “ao campo político-administrativo, sem que haja uma mudança do paradigma assistencial hegemônico que continua sendo modelo clínico da medicina flexneriana” (MENDES, 1992, p. 14). O Quadro 3 mostra o que espacialmente, afirma Mendes (1992, p. 14):

Quadro 3 Formas de Municipalização da Saúde no Brasil.

MODELO ASSISTENCIAL	GESTÃO	
	Sem Transferência ao Município	Com Transferência ao Município
Sem mudança do paradigma assistencial	Prestação de serviços	Inampização
Com mudança do paradigma assistencial	—	Distritalização

Fonte: MENDES, E.V. O consenso do discurso e o dissenso da prática social- notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. In: BRASIL. **9ª Conferência Nacional de Saúde - Cadernos da Nona:** descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. v. 1. p. 14.

A descentralização adotada no Brasil foi denominada de descentralização territorial, descentralização política ou político-administrativa, com transferência de poder entre diferentes níveis de governo, delegando-se, em tese, a ação e a decisão. Este tipo de descentralização, chamada por Mendes (1998, p. 30) de

devolução, “consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico que adquire, assim, autonomia política e administrativa. [...] No caso, há o repasse de poder decisório e, portanto, o deslocamento de poder político”.

De acordo com Silva (2001, p. 56), “a devolução estimula a ampliação da autonomia local, em especial do chamado poder local. É mais compatível com Estados onde predomina o federalismo, como é o caso do Brasil [...]”.

O processo de descentralização dos municípios tem sido denominado de “municipalização”, “prefeiturização” e “municipalização autárquica”. Conseqüentemente, inicia-se uma ampla criação de secretarias municipais de saúde e organização dos Sistemas Municipais de Saúde, com a instituição da figura do gestor, responsável direto pela gestão municipal do SUS. Conforme Mendes (2001b), ao final do ano de 1996, no Brasil existiam 3.078 municípios habilitados para a municipalização em saúde.

Devido a pouca ou nenhuma capacidade administrativa dos Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde em gerenciar o processo de descentralização administrativo-financeiro, ocorreu uma ingerência nos recursos financeiros do SUS. Os municípios começavam a experimentar um novo jeito de fazer saúde. Alguns não tinham controle dos gastos com o financiamento do setor saúde, por isso foi comum neste período presenciar a construção de praças públicas, prédios da administração pública, compra de material escolar com recursos do SUS, por isto a denominação de “prefeiturização”. A NOB - SUS 01/1993 não trazia uma normatização para os gastos com saúde, tanto que a avaliação de sua implantação remeteu a necessidade da edição da NOB - SUS 01/1996.

Segundo Brasil (1997c) afirma que o governo estadual do Ceará, devido à celebração de convênio com a União, por conta do SUDS, assume a responsabilidade pela definição e gestão da política de saúde, “presumindo-se a incorporação gradativa dos municípios na gestão das ações de saúde a serem prestadas às populações, atingindo-se desse modo à população”. A pactuação política ocorrida no Ceará, antecipando a municipalização da saúde, para a segunda metade da década de 1980, sendo incrementada com a NOB de 1993.

Quanto aos avanços, obstáculos e desafios da municipalização, Silva (2001), sugere quatro pressupostos:

1) Os processos políticos municipais interferem positivamente no controle social e na ampliação do atendimento aos direitos em saúde.

2) O poder local apresenta capacidade de interferência somente a determinados assuntos limitados.

3) A priorização de assuntos e a formulação de políticas podem gerar conflitos no sistema de decisões e na interação com os sujeitos sociais.

4) A municipalização convive com dilemas, como: o “que fazer” e ao “como fazer”.

Já Levcovitz, Lima e Machado (2001, p. 271) apontam como avanços e dificuldades da descentralização, o seguinte:

Transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios.

Estabelecimento das comissões intergestoras – tripartites e bipartites- CIT e CIB – como instâncias efetivas de negociação e decisão.

Imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, com riscos de fragmentação do sistema.

Conflitos acentuados e competitividade nas relações entre gestores nos diversos níveis – federal-estadual-municipal, estadual-estadual, estadual-municipal e municipal-municipal –.

Hanter, Vienonen e Wlodarczyk, 1998; Prud’homme, 1995 (*apud* MENDES, 2001b, p. 24) apontam as seguintes debilidades da descentralização dos sistemas de serviços de saúde:

Enfraquecimento das estruturas locais; Dificuldade de coordenação; Incremento dos custos de transação; Aumento das desigualdades; Ineficiência por perda da escala e do escopo; Fragmentação dos serviços;

Escassez de recursos gerenciais;

Clientelismo local;

Aumento do emprego estatal;

Desestruturação de programas verticais de saúde pública.

As fortalezas da descentralização dos sistemas de serviços de saúde, de acordo com Mills e col. (1990); Bosset (2000 *apud* MENDES, 2001b, p. 24) são:

Maior eficiência alocativa pela influência dos usuários locais;

Inovação e adaptação às condições locais;

Maior qualidade, transparência, responsabilidade e legitimidade derivadas da participação da população no processo tomada de decisão;

Maior integração entre agências governamentais e não-governamentais;

Melhoria das atividades intersetoriais.

Levcovitz, Lima e Machado (2001); Hanter, Vienonen e Wlodarczyk, (1998); Prud'homme (1995) analisam a descentralização no setor saúde na lógica do financiamento em que o mesmo apresenta uma escassez e há uma mudança na lógica estatal, no que concerne à responsabilização administrativa, considerando tais fatores como debilidades para esse processo. Já Mills e col. (1990) e Bosset (2000) entendem que a descentralizam proporciona um maior incremento nas ações governamentais nos diferentes níveis de gestão, com conseqüente melhoria na qualidade dos serviços.

Em pesquisa realizada por Ximenes Neto, Rodrigues e Nogueira (2000) com os delegados da **2ª Conferência Municipal de Saúde de Croatá-CE**, em relação às melhorias no município após a municipalização, foram definidas a implantação das equipes de saúde da família, a redução da mortalidade infantil, mais acesso às informações sobre saúde e conscientização da população, a melhoria da cobertura vacinal, atenção à saúde, resolução dos problemas e qualidade e quantidade de profissionais de saúde, além de um maior controle social.

Com relação à descentralização do SUS, percebemos que a mesma:

a) proporcionou a articulação institucional, gerencial e federada das três esferas de governo;

b) tem influenciado a reorganização institucional, a reformulação das práticas;

c) deu autonomia a gestão municipal.

d) estimulou uma atenção à saúde integral, universalizada, equânime, regionalizada e hierarquizada, com responsabilidade sanitária em todo o sistema nas três esferas de governo.

e) apresentou crises no âmbito do repasse dos recursos financeiros; ingerência por despreparo e pouco conhecimento por parte dos gestores públicos municipais, levando a descentralização a uma categoria administrativa denominada de “prefeiturização”.

f) expandiu e interiorizou o trabalho em saúde, com o aumento do número de empregos públicos.

g) contribuiu com a melhoria da qualidade de vida, e com os indicadores de morbidade e mortalidade.

h) cresceu nos municípios as ações e serviços desenvolvidos no âmbito da APS, principalmente, na prevenção de doenças e promoção da saúde.

i) há uma maior satisfação da comunidade em dispor no território de seu lar, de equipes e unidades de saúde, oportunizando a facilidade do acesso e um maior controle social.

j) as ações são planejadas mediante as reais necessidades de saúde da comunidade.

k) expansão das densidades tecnológicas e cognitivas nos municípios.

l) Estimulou em muitos município, o clientelismo e o assistencialismo político.

Para Mendes (2001b, p. 31), a descentralização do SUS vem proporcionando a “construção da cidadania na saúde e a acumulação de capital social no País”. Por outro lado, refere que são nítidas as debilidades no tocante “à equidade, eficiência e à qualidade dos serviços”.

Todavia, segundo Levcovitz, Lima e Machado (2001) a descentralização sozinha não garante a democracia do processo decisório. Pois, para que tal processo ocorra necessário se faz o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central que conduz o referido processo.

Entretanto, convém registrarmos que a NOB 01/1993 foi a que mais influenciou a descentralização e a reorganização da gestão no âmbito do SUS Municipal, inferindo no fortalecimento do poder gestor local e da capacidade de gestão pública do sistema. O processo de descentralização desencadeado pela NOB – SUS 01/1993 foi interrompido, pela NOB – SUS 01/1996 que “tem como horizonte estratégico ampliar a responsabilidade do gestor municipal e estadual e induzir um conjunto de mudanças no modelo assistencial pelo fortalecimento da atenção básica e primária e das ações de saúde coletiva” (COSTA, 2001, p. 313).

A NOB – SUS 01/1996 publicada no Diário Oficial da União-DOU de seis de novembro de 1996, teve seus desdobramentos no ano de 1997, como uma implementação na gestão da atenção. A referida NOB vem tentar corrigir as

incoerências administrativas derivadas da NOB – SUS 01/1993. Apresentava como principal finalidade a promoção e a consolidação do pleno exercício, do poder público, por parte dos Municípios e do Distrito Federal, da “função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes – Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal –, com a conseqüente redefinição das responsabilidades” dos entes federados, do Distrito Federal e da União, no intuito de avançar na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1997a, p. 6).

A denominação de campo de atenção à saúde, vem na NOB – SUS 01/1996 de maneira fortalecida (BRASIL, 1997a, p. 7), priorizando os seguintes:

- a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros);
- c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Ugá e col. (2003, p. 420) afirmam que o MS ao incluir a denominação de campo de atenção à saúde na NOB 1996, “buscou disciplinar o processo de *organização do cuidado à saúde*, com o objetivo de induzir um novo modelo de atenção no país”. Os autores afirmam ainda que novo modelo sustenta-se nos seguintes pressupostos:

Atuação centrada na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente, em uma perspectiva intersetorial, baseada na ética do coletivo;

Integralidade da atenção, incorporando o modelo epidemiológico ao clínico dominante;

Ênfase na relação das equipes de saúde com a comunidade, em especial com as famílias; e

Utilização de novas tecnologias e processos de informação, educação e comunicação social.

Esse novo modelo de atenção vem interferir diretamente no papel do gestor do sistema municipal de saúde, que pela NOB – SUS 01/1996 é responsável (BRASIL, 1997a, p. 10),

pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde – estatais ou privados – situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou

auditação de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

A NOB - SUS 01/1996 estabelece o Piso da Atenção Básica-PAB e o Incentivo ao PSF e ao PACS, definindo financiamento da APS. A NOB Estabelece ainda, os níveis de gestão – GPAB e a GPSM. A GPAB apresentava como responsabilidades (BRASIL, 1997a, p. 24):

- a) elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) reorganização das unidades sob gestão pública -estatais, conveniadas e contratadas-, introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- e) prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a Programação Pactuada Integrada-PPI⁷⁷, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- f) contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
- g) operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
- h) autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- i) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão [...].
- j) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente.
- k) execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.
- l) execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas [...].
- m) elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

⁷⁷ PPI - é um “processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada” (BRASIL, 2006c, p. 14).

Com a NOB 1996 o processo de habilitação dos municípios foi intenso – ao contrário NOB 1993, que foi tímido –, conforme mostrado no Tabela 4.

Tabela 4 Municípios habilitados segundo a condição de gestão por região brasileira, em 31 de dezembro de 1998.

Estados	Total de Municípios	Pleitos aprovados por condição de gestão			%
		GPAB	GPSM	Total	
Norte	449	341	46	387	86,2
Nordeste	1.787	1.548	97	1.645	92,1
Sudeste	1.666	1.304	267	1.571	94,3
Centro-Oeste	446	425	19	444	99,8
Sul	1.159	1.047	42	1.085	94,0
Brasil	5.506	4.665	471	5.136	93,3

Fonte: Ministério da Saúde, jan. 1999 *apud* COSTA, N.R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil: radiografia da saúde.** Campinas-SP: UNICAMP/Instituto de Economia, 2001. p. 308-321.

Silva (2001) cita que apenas no ano de 1998 foi dado início ao processo de habilitação em GPAB e GPSM, entrando em vigor a NOB 01/1996.

A NOB - SUS 01/1996 traz um avanço incremental à APS, quando estabelece uma tipologia de financiamento – o PAB e demais incentivos –, como também uma nova categoria de gestão – a plena da atenção básica –, para os municípios e estados que queiram priorizá-la como macropolítica de governo. O financiamento permitiu a expansão tanto PACS como do PSF. Outro avanço oriundo dessa NOB e a definição das categorias de gestão e gerência.

Levcovitz, Lima e Machado (2001) referem que o financiamento, os incentivos do PACS e PSF, não ocorreu como estava previsto na NOB, mas sim, através de um componente específico do PAB-variável, estabelecido por regulamentação posterior. Mendes (2001b) afirma que a criação do PAB e os incentivos para saúde da família são indiscutíveis, consolidando o paradigma da municipalização autárquica⁷⁸.

A implantação das NOB-SUS 1991, e em especial das NOB-SUS 1993 e 1996 -, de acordo com o MS (BRASIL, 2001c, p. 2), promoveram a integração de ações entre as três esferas de governo, e “desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os

⁷⁸ Mendes (2001b, p. 28) considera municipalização autárquica o “processo de descentralização do SUS, pela devolução municipalizada, com forte centralização do financiamento na União e sem a participação protagônica dos estados, em um país grande e desigual [...]”.

municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal”.

As Normas Operacionais dos anos 1990 foram publicadas em meio a uma leva de reformas políticas, econômicas e sociais, por pressão dos ideais neoliberais, que se expressaram no Brasil (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 270) na forma de

- a) [...] adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, nas medidas de estabilização da moeda;
- b) privatização de empresas estatais;
- c) adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a agenda de reforma da previdência e a reforma do aparelho do Estado;
- d) mudanças nas relações de trabalho, com aumento do segmento informal, do desemprego estrutural e “fragilização” do movimento sindical [...].

Esse processo de reforma sanitária brasileira nos anos 1980 com a Constituição Federal, e nos anos 1990 com as Normas Operacionais, segundo Cordeiro (2001a, p. 323) foi cercado de contradições, devido ao posicionamento macroeconômico das políticas de ajuste do governo, que envolvia as seguintes questões:

- modificações resultantes da não implementação da seguridade social tal como previsto na Constituição Federal de 1988;
- as contradições do federalismo brasileiro, explicitadas em distintos momentos da municipalização dos serviços de saúde;
- as medidas regulatórias relacionadas ao SUS no âmbito institucional da Secretaria de Assistência à Saúde-SAS e aos operadores de seguros e planos de saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- as políticas de reformas administrativas e seu impacto na força de trabalho em saúde; e
- as políticas para estruturação de novos modelos de cuidados básicos de saúde.

No ano de 2001 foi editada a NOAS – SUS 01/2001, que vem com o intuito de ampliar as responsabilidades dos municípios na APS; definir o processo de regionalização da assistência; e criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, com a precedente atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. A referida norma estabelece diretrizes para o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; propõe ferramentas para o fortalecimento da

capacidade de gestão no SUS; e estabelece novos critérios de habilitação e desabilitação de estados e municípios.

Na perspectiva de organização do território no componente da regionalização a NOAS estabelece os seguintes conceitos (BRASIL, 2001c, p. 5):

Região de Saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida [...] considerando as características demográficas, sócioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

Módulo Assistencial – módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência [...], constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica [...].

Município-Sede do Módulo Assistencial – município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços [...] correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

Município-Pólo – município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

Unidade Territorial de Qualificação na Assistência à Saúde – representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde - nas UF em que o modelo de regionalização adotado não admitir microrregiões de saúde -.

O Módulo Assistencial pode ser formado por um conjunto de municípios entre os quais há um Município-Sede habilitado em GPSM ou por um município em GPSM, com auto-suficiência ao primeiro nível de referência intermunicipal.

Quanto à regionalização, Barreto Júnior e Silva (2004, p. 53) a consideram como um novo princípio e diretriz à descentralização, com a expectativa de transformação do modelo de municipalização, ao “fortalecimento de uma perspectiva regional e intermunicipal para a assistência à saúde, levando as Secretarias Estaduais da Saúde a retomada do papel central em novas pactuações

intermunicipal e na distribuição do financiamento [...]”. A regionalização⁷⁹ conforme afirma o MS (BRASIL, 2006f, p. 15) é a “diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação dos gestores”. A regionalização, ainda segundo o Ministério, “objetiva garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio de identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde”.

A NOAS mantém o nível de GPSM, e amplia o nível de GPAB para a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada-GPABA, com a exigência de que o município desenvolva ações referentes às áreas de atuação estratégicas mínimas, necessárias à habilitação, como: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Com o desdobramento da GPABA fica instituído o PAB-Ampliado, que propõe um aumento nos valores do financiamento do PAB fixo, sendo que os municípios que recebiam o PAB fixo, em valor superior ao PAB-Ampliado não tiveram esse acréscimo no valor per capita.

A NOAS institui também, o Plano Diretor de Regionalização-PDR e o Plano Diretor de Investimentos-PDI. O PDR é a ferramenta utilizada no ordenamento da “regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde”. O PDI integra o PDR e “visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade” (BRASIL, 2003b, p. 33).

Por conta de desdobramentos políticos, administrativos e de financiamento a NOAS 2001 foi reeditada em 2002, a partir da pactuação firmada entre o CONASS e CONASEMS. As principais modificações na NOAS/SUS 01/01 segundo o CONASS (BRASIL, 2003b, p. 36), introduzidas pela NOAS/SUS 01/02 foram:

O município-sede de módulo assistencial pode estar habilitado em GPSM quando em situação de comando único municipal ou em GPABA quando em situação de comando único estadual;

Estabeleceu que o Limite Financeiro da Assistência de cada Estado, assim como do DF no que couber, independente de sua condição de gestão [...];

⁷⁹ O MS (BRASIL, 2006b) com o Pacto de Gestão, aponta os seguintes pressupostos à Regionalização Solidária e Cooperativa: territorialização, flexibilidade, cooperação, financiamento solidário, subsidiaridade, participação e controle social.

Estabeleceu que, cabe aos Estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/ hemocentros - públicos e privados - e laboratórios de saúde pública;

Foi estabelecida como prerrogativa dos Estados habilitados na NOAS/SUS 01/02 a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do conjunto mínimo de serviços de média complexidade em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município-sede do módulo assistencial estiver habilitado em GPABA.

A NOAS 2002 veio com o intuito de agregar as vontades dos diferentes atores da gestão, visando facilitar a descentralização do financiamento. No que concerne à regionalização da assistência à saúde apontada pela NOAS em 2001, o estado do Ceará a estabelece como política desde 1999, com a denominação de Sistema Microrregional de Serviços de Saúde, adotando o imaginário social convocante de “A saúde mais perto do povo, o povo mais perto da saúde”.

O processo de implantação da microrregionalização no Ceará passou pelos seguintes momentos (CEARÁ, 2002; 2000; FONSECA NETO; VILAR, 2002a; 2002b):

a) Redefinição político-administrativa das Microrregiões de Saúde, levando em consideração os critérios de contigüidade intermunicipal; escala adequada; potencial e recursos para estruturação de equipamentos de maior densidade tecnológica em atenção à saúde; sistemas de saúde pública e sistemas de apoio; disposição política para cooperação; malha viária entre os municípios; demanda espontânea da população por serviços de saúde dos municípios circunvizinho; identidade cultural; e existência de hospitais com no mínimo as quatro clínicas básicas, quais sejam: pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia e cirurgia geral.

b) Criação de 21 Microrregiões de Saúde.

c) Remodelagem da gestão da SESA.

d) Início de atividades-piloto na Microrregião de Baturité, devido sua facilidade de acesso com Fortaleza e sua capacidade técnica.

e) Processo seletivo para escolha de 21 Gerentes de Microrregiões de Saúde.

f) Realização do Curso de Gestão de Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde pela SESA, para o gerente microrregional e respectivo gerente técnico, com a participação das equipes gestoras dos municípios.

g) Definição de um modelo de atenção hierarquizado, a partir dos níveis de atenção primária, secundária e terciária. Como estratégia de desenvolvimento da APS, o Estado optou pela ESF; a atenção secundária a regionalização; e a terciária centrada nas Macrorregiões de Saúde de Fortaleza, Sobral e na região do Cariri.

Com a microrregionalização, a SESA/CE (CEARÁ, 2002) esperava os seguintes benefícios: “redução, no âmbito de cada município, da sobre-oferta de alguns serviços de saúde e a suboferta de outros; e diminuição dos custos sociais e econômicos dos deslocamentos dos cidadãos em busca da atenção à saúde”.

O Sistema Microrregional de Serviços de Saúde para funcionar, segundo Mendes (1998, p. 50) deveria ser um...

âmbito do SUS, reconhecido oficialmente e sustentado, gerencialmente, por uma CIB distrital, instituída como um espaço de encontro dialógico e de negociação permanente entre os governos estadual e municipais e outros atores sociais relevantes, em situação. Isso não significará instituir outro nível institucional-burocrático; apenas, se tratará de reconhecer o espaço o microrregional como âmbito obrigatório de negociação e programação do SUS.

O processo de regionalização trazido pelo MS, por meio da NOAS 2001, introduziu mudanças significativas, e negativas, em relação à experiência cearense. No estado do Ceará, já havia todo um processo de construção coletiva do Sistema Microrregional, envolvendo atores da gestão, da atenção, do controle social e das universidades, esta última com menos intensidade. O processo do Ceará agregava valores culturais, sociais e históricos, como também valorizava a competência sanitária de cada município individual e coletiva de cada microrregião.

Com a NOAS 2001, o estado do Ceará teve que se adequar as novas determinações, que fugiam a lógica do modelo estabelecido no Estado por pactuação na CIB Estadual e no CESAU. No Ceará, o município que apresentasse auto-suficiência em pelo menos uma das clínicas básicas, passava a ser referência microrregional. Com a NOAS isto não ocorria (CEARÁ, 2000).

A categorização pela NOAS de Município-Sede do Módulo Assistencial e Município Pólo, levou os municípios que somente possuíam em seu sistema de serviços de saúde uma das clínicas básicas a correrem para implantação das

demais, com o intuito de serem classificados pela referida categorização, almejando ganhos financeiros e políticos. O processo levou a uma intensa fragmentação da atenção secundária e aumentou os gastos com assistência onde ainda sequer havia auto-suficiência em APS, perdendo a experiência local acumulada e se orientando apenas pela obtenção de recursos financeiros. Em outros Estados, a fragmentação derivada da implantação da NOAS 2001 reforçou a fragmentação histórica, mas constituiu momento, pelo menos, inovador.

É importante registrar que tanto a microrregionalização, que estava em processo de construção no Ceará, quanto a estabelecida pela NOAS – em seu pano de fundo – tinham a descentralização, via regionalização, como um processo regulado pelo nível estadual. Assim haveria reforço do papel estadual, esvaziado de funções e poderes pela ênfase anterior na municipalização, por meio das transferências financeiras fundo a fundo, do FNS ao Fundo Municipal de Saúde-FMS. A SESA, em síntese, assumiria seu papel de regulação e normatização, com consciência de seus limites, para não interferir no papel do gestor municipal e no processo de municipalização.

Quanto ao contexto político, de acordo com Mendes (1998, p. 51) a “compatibilização entre municipalização e microrregionalização é possível na medida em que os municípios não percam seu poder de gestão sobre os recursos municipais”. O autor complementa, referindo que os municípios não podem “prescindir da presença de uma SESA forte na regulação e co-participe no financiamento redistributivo”.

Como podemos observar, o processo de descentralização do SUS, ocorrido nos anos 1990. Com as Normas Operacionais, levou a um avanço na atenção e gestão de Estados e Municípios, apesar do engessamento ocorrido em alguns momentos, principalmente nos entes federados que apresentavam um nível de descentralização avançado. Quanto ao processo de implantação do SUS, nesse período, o CONASS (BRASIL, 2003b, p. 37) reconhece os seguintes avanços:

Ampla descentralização das ações e serviços de saúde para Estados e municípios, resultando no fato de que a quase totalidade dos municípios brasileiros tem responsabilidades definidas sobre a saúde de sua população, avanço considerável em relação à organização do Estado brasileiro – no que tange à saúde – impensável até o início da década de 1990. Os municípios tornaram-se novos e importantes atores, desenvolvendo modelos de gestão compatíveis com suas responsabilidades.

Estruturação do Conselho Nacional, e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, em todos os Estados da federação e em mais de cinco mil municípios, permitindo a interlocução com a sociedade e a inclusão de inúmeros novos atores no processo. Este salto da participação popular é inquestionável, independentemente da análise da qualidade do controle social ora exercido.

Fortalecimento da rede pública de saúde em todos os níveis de complexidade;

Comprovada extensão de cobertura, incluindo grupos populacionais que não eram as origens e o processo de implantação do SUS contemplados pelo antigo sistema previdenciário, com melhoria, inclusive, de importantes indicadores de saúde;

Ênfase na atenção básica, como porta de entrada preferencial do sistema, com desenvolvimento de novos modelos centrados na concepção da atenção familiar, concebida como estratégia reestruturante do modelo assistencial. Locais onde o PSF se apresenta desarticulado com os demais níveis de complexidade do sistema, não refletem a concepção do modelo, uma vez que este não foi concebido para uma atenção meramente focal.

Definição de fontes de financiamento público, mas com repetitivos contingenciamentos orçamentários e restrições financeiras. Recentemente conquistou-se a Emenda Constitucional 29 que assegura fontes estáveis e patamares mínimos para cada uma das três esferas de governo.

As Normas Operacionais têm exercido um papel fundamental no processo de descentralização no Brasil, com a adoção de seus dispositivos pelos entes federados. Portanto, segundo Souza (2001, p. 452), elas representam “um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios”, conforme mostra a Tabela 5:

Tabela 5 Indicadores de Evolução da Descentralização no SUS. 1997/2002*.

Indicador/Ano	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nº de municípios recebendo recursos fundo a fundo	144	5.049	5.350	5.450	5.535	5.540
Nº de estados recebendo recursos fundo a fundo	–	2	7	8	12	15
% da população residente nos municípios que recebem recursos fundo a fundo	17,3	89,9	99,26	99,72	99,90	99,91
% total de recursos assistenciais transferidos funda a fundo	24,1	52,5	58,1	63,2	66,90	72,95

Fonte: Ministério da Saúde – Dados de Habilitação SAS/SPS *apud* BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde-CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003b. p. 18.

*Posição em 31 de dezembro.

A Tabela 5 apresenta o incremento dos indicadores no processo de descentralização sanitária no Brasil de 1997 a 2002. É percebido na evolução dos indicadores mostrados, que no ano de 1997, 5.049 municípios estavam recebendo recursos financeiros, direto nas contas municipais. Tal fato deriva dos efeitos administrativo-financeiros da NOB-SUS 1996, que proporcionou a inclusão de um número elevado de município em algo nível de gestão.

Segundo o MS (BRASIL, 2006b, s/p.), no ano de 2006, o SUS apresentava...

uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às DST/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica.

Em fevereiro de 2006, após intensa negociação na CIT e no CNS, o MS publica o Pacto pela Saúde, com o intuito de intensificar a descentralização e incrementar a atenção à saúde, na tentativa de consolidação do SUS. O pacto deverá ser revisado a cada ano, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população.

O Pacto pela Saúde é composto por três componentes: o Pacto pela Vida – “constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais” –; o Pacto em Defesa do SUS, “envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal”; e o Pacto de Gestão, que “estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS” (BRASIL, 2006b, p. 2).

Destacamos a seguir as prioridades e objetivos do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006b, p. 2):

1) Saúde do Idoso - “implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral”.

2) Câncer de Colo de Útero e de Mama - “contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama”.

3) Mortalidade Infantil e Materna - “reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias”.

4) Doenças Emergentes e Endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza – “fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias”.

5) Promoção da Saúde – “elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular alimentação saudável e combate ao tabagismo”.

6) Atenção Básica à Saúde – “consolidar e qualificar a ESF como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS”.

Além do mais, o Pacto pela Vida traz objetivos e prioridade para a gestão voltada à atenção a saúde, numa lógica de definição epidemiológica e com caráter no modelo de atenção voltado ao biológico, até mesmo na promoção da saúde, quando a limita como um de suas prioridades o “combate ao tabagismo”, e não trabalhá-la na perspectiva da qualidade de vida. Um dos grandes avanços foi à priorização da atenção à saúde do idoso, na pauta das agendas das políticas de saúde.

Quanto ao Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006b, p. 3), o mesmo apresenta, como prioridades, a elaboração e divulgação da carta dos direitos dos usuários do SUS e a implementação de um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de

mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29, pelo Congresso Nacional; garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde. Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos

orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

Neste sentido, o Pacto em Defesa do SUS aponta como prioridade a necessidade de divulgar junto aos sujeitos usuários seus direitos e mostrar a importância do SUS como política pública, para que, conseqüentemente, tais sujeitos possam estar fortalecidos para um melhor controle social. Enquanto, as Normas Operacionais priorizaram a descentralização, com uma definição de financiamento, que muitas vezes, deixava dúvidas; o referido pacto traz um avanço, há muito esperado, que é a regulamentação da Emenda Constitucional Nº 29, responsável pela definição da necessidade de regulamentação pelo Congresso Nacional da proporção do financiamento do setor saúde pelas três esferas de governo.

Já o Pacto de Gestão sugere a radicalização da descentralização, com a desburocratização dos processos normativos. Ao compararmos com as Normas Operacionais que exigiam um processo cartorial para comprovar a capacidade de gestão, este pacto “reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional”; como também reforça a importância da participação e do controle social, e a necessidade de qualificação do mesmo. Tal pacto sugere ainda como diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: a busca de critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal – atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde assistência farmacêutica e gestão do SUS –, e estabelece relações contratuais entre os entes federativos. Esse pacto aponta como prioridades à definição de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, extinguindo o processo de habilitação a diferentes níveis de gestão, como vinha acontecendo com as Normas Operacionais, e estabelece ainda as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização; regionalização; financiamento; PPI; regulação; participação e controle social; planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006b, p. 3).

O Pacto de Gestão busca ainda o incremento da descentralização, e tenta arrojado o financiamento ao executá-lo em blocos e não em rubricas de repasse.

Outro aspecto importante é a extinção do processo de habilitação, que perdurava há mais 15 anos, desde que começaram a ser editadas as NOB. Reforça, também a regionalização da atenção, e prioriza o apoio aos trabalhadores em saúde, o cuidado dos cuidadores, sobretudo a gestão do trabalho e a educação permanente.

É notório, que por meio da edição das NOB e NOAS – e do Pacto de Gestão, quanto ao modelo de atenção à saúde, foi proposto um sistema de serviços de saúde, descentralizado, hierarquizado em níveis de atenção – primária, secundária e terciária –, com o intento de reverter à demora na lista de espera, reduzir as grandes filas, facilitar o acesso⁸⁰ com acessibilidade⁸¹ e minimizar a exclusão social em saúde e, principalmente, o modelo hegemônico medicalocêntrico, agregado ao hospitalocêntrico. Para Mendes (2002b, p. 17), os sistemas de serviços de saúde são “respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo”. No que concerne ao nível de APS, o MS vem utilizando como política a ESF.

A ESF, como reversão do modelo de atenção à saúde, prega uma concepção ampliada de saúde – saúde como qualidade de vida –, confrontando-se com o modelo hegemônico, que atua com a concepção biologicista de saúde como ausência de doença. No caso dos sistemas e serviços de saúde, ao utilizando-se do conceito ampliado de saúde, demandam a necessidade de agregar profissionais com saberes, práticas e formação em diversas áreas do conhecimento, desde as de uma linha mais curativista até a de educação popular. Tal realidade se exacerba no contexto da ESF, na qual os profissionais necessitam apresentar um perfil dimensionado para uma maior efetivação do modelo.

⁸⁰ Millman (1993 *apud* STARFIELD, 2004, p. 225) considera **acesso** o “uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar melhores resultados possíveis de saúde”.

⁸¹ Fekete (1997, p. 117) trabalha a **acessibilidade** para efeitos de avaliação de serviços de saúde em quatro dimensões: Acessibilidade Geográfica- “reflete a distância média entre a população e os recursos”, incluem-se também as “características físicas que impeçam ou dificultam o acesso da população”; Acessibilidade Organizacional- relaciona-se com os modos de organização do recursos de assistência à saúde. “Os obstáculos podem estar na entrada ou no interior da Unidade de Saúde”; Acessibilidade Sócio-Cultural- “refere-se à apreciação dos fenômenos que determinam a busca da assistência à saúde tais como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, tolerância à dor e credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros”; e, Acessibilidade Econômica- inclui o consumo de tempo, a energia e os recursos financeiros gastos para obtenção da assistência à saúde. A autora refere que o Sistema de Saúde que tem como pressuposto o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, “não deveriam existir barreiras de ordem econômica à utilização dos serviços”.

Conseqüentemente, no âmbito da ESF, todo o processo de organização, democratização e efetivação vem dinamizando/intensificando a interiorização do trabalho em saúde, levando os membros da Equipe de Saúde da Família a desenvolverem ações de promoção da saúde na atenção e gestão do território, seja na UBS, na comunidade, nas escolas, nas ruas, praças, igrejas, associações, órgãos públicos, instituições/empresas, organizações não-governamentais, grupos de convivência e nos lares. O território enfim, apresenta-se como palco, arena, cenário das ações e dos modos biológicos, sociais e políticos de agir e viver das famílias, sujeitos e comunidades, e o gerente da ESF atua neste contexto como protagonista e catalisador de processos sociais, culturais e de saúde, influenciando no desenvolvimento local.

Contudo, para Milton Santos (2004, p. 233), esse “[...] território é imutável em seus limites, uma linha traçada de comum acordo ou pela força. Esse território não tem forçosamente a mesma extensão através da história. Mas em dado momento ele representa um dado fixo [...]”.

1.3.3 Processo de Trabalho em Saúde

A construção do SUS tem levado em consideração quatro blocos de necessidades: a primeira, refere-se às necessidades do mercado econômico, que influenciam o setor, tanto no financiamento, quanto na construção das políticas, sob predomínio da revolução tecnológica do capital. O segundo bloco está relacionado às necessidades de gestão, em que os gestores impregnam seus ideais sanitários e políticos, corporativamente. O terceiro bloco refere-se ao poder hegemônico dos trabalhadores de saúde, que têm influenciado na organização dos cuidados, de modo a privilegiar seus interesses e não os dos usuários, influenciando diretamente a construção dos modelos tecnoassistenciais. O quarto e último bloco compreende os usuários em sua individualidade e coletividade, que somente conseguem colocar suas necessidades na mesa/arena de negociação quando em pleno exercício do controle social, sendo que suas necessidades, no sistema de saúde, têm sido priorizada de modo, ainda, muito secundário.

No que concerne ao trabalho em saúde, é fato que em suas nuances, o mesmo sofre influências do mercado econômico, dos poderes hegemônicos instituídos no setor, das políticas setoriais e das subjetividades dos trabalhadores de

saúde. É certo também, que o trabalho em saúde, vem se constituído em trabalho vivo em ato, regido pela revolução tecnológica do capital.

Segundo Franco (2006a, s/p.), o trabalho vivo...

como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde.

Merhy (2005, p. 46), em suas teses acerca do trabalho em saúde, afirma que o mesmo:

Tese 7 – [...] é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente [...]. Além disso, atua distintamente de outros processos produtivos nos qual o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção;

Tese 8 – [...] não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias⁸² de ação mais estratégicas, configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção; [...]

Tese 14 – a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde expressa-se como processo de produção de relações intercessoras em uma de suas dimensões-chave, que é o seu encontro com o usuário final, que “representa”, em última instância, necessidades de saúde como sua intencionalidade, e, portanto, o que pode, com seu interesse particular, “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena, do trabalho em saúde; [...].

As teses de Merhy (2005) indicam que o trabalho em saúde, vivo em ato, para sua constituição, necessita de um saber tecnológico, de tecnologias de várias naturezas e de organização do processo. Segundo o autor, o processo produtivo exige dois momentos: o da organização e o do saber.

⁸²Segundo Merhy (2005, p. 44) “vale observar que a noção de tecnologia aqui utilizada tem definição mais ampla da que, pela qual corriqueiramente é traduzida, pois não a confundo de maneira específica com equipamentos e máquinas, já que também incluo como tecnologias certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, e mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana. Desse modo falo em tecnologias duras, leve-duras e leves”.

O processo de trabalho quando centrado no trabalho vivo, segundo Capozollo (*et al.*, 2005), o trabalhador passa a ter uma significativa liberdade para o exercício da criatividade, para o relacionamento com o usuário, para o experimentar de diversas soluções com o intuito de resolver os problemas, além de possibilitar a inserção do usuário no processo de produção de sua própria saúde.

O trabalho em saúde conforme Franco (2006a, s/p.) se dá...

a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo.

O trabalho em saúde, conforme afirmam Ribeiro, Pires e Blank (2004, p. 438), apresenta-se “[...] hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista⁸³ de organização e gestão do trabalho”.

O trabalho em saúde, segundo Peduzzi e Ciampone (2005, p. 112), pode ser...

caracterizado como um processo de transformação que ocorre porque as pessoas têm necessidades que precisam ser satisfeitas; no presente caso, necessidades de saúde. Essa transformação se dá mediante a atividade do trabalho, realizada com o consumo produtivo de força de trabalho e a intermediação de instrumentos que o agente insere entre ele próprio e o objeto, para dirigir sua atividade a uma dada finalidade.

Para Capozollo (*et al.*, 2005, p. 75) o trabalho em saúde refere-se a um...

mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores que ali estão, resolvê-los. O momento do trabalho é ao mesmo tempo de encontro entre esse trabalhador e o usuário. [...] Esse encontro é permeado pela dor, o sofrimento, os saberes da saúde, as experiências de vida, as práticas assistenciais, subjetividades que afetam os sujeitos, trabalhador e usuário [...].

⁸³ A “organização funcional de Taylor. Transição entre a organização de linha (line) e a de linha e assessoria (line-and-staff organization). Em forma pura, a organização funcional de Taylor leva ao extremo o uso de especialistas, porque não existe uma linha única de autoridade. Cada trabalhador é responsável perante alguém mais graduado, muitas vezes havendo superposição e conflito de autoridade. Na prática, as empresas encontram vantagem na organização de linha e assessoria, e o tipo funcional de Taylor raramente é encontrado nas empresas bem administradas” (SIMÕES, 200?, s/p.).

É importante ressaltarmos que a “fragmentação do trabalho leva ao desinteresse, à alienação e à desresponsabilização do profissional em relação aos resultados finais. Nessas circunstâncias, produzem-se trabalhadores alienados, insatisfeitos e descomprometidos” (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2005, p. 51).

Na área da saúde, a lógica da prática fragmentada, segundo Souto (2007, p. 76) dificulta

a análise e o conhecimento da realidade – a lógica da segmentação e da produção de serviços segundo a demanda caótica organizada por prestação de serviços geram um amontoado de dados sem ligação uns com os outros, obstruindo a gestão participativa, ao obscurecer e interditar a visualização, o conhecimento e a análise da realidade.

a cooperação – induz a competição e não a cooperação por estimular a ação isolada que ignora iniciativas que poderiam, se associadas, influir e transformar significativamente a realidade.

a responsabilidade sanitária – a lógica da fragmentação induz a um produtivismo cego e perdulário sem gerar impacto algum sobre os indicadores de melhoria da qualidade da população.

O trabalho em saúde, para Pires (2000, p. 85), é um...

trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Mattos (1999 *apud* RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 441) aponta “como um dos problemas do trabalho em saúde, as dificuldades na passagem do político para o assistencial, que se expressam na identidade dos atores sociais e nos seus projetos”. Segundo o autor, “[...] os agentes costumam identificar-se mais pelas suas inserções no processo de trabalho do que pelas suas inserções político-ideológicas. Esta situação impõe desafios para a gestão do trabalho cotidiano das equipes [...] enquanto (re) criação de projetos coletivamente sustentados [...]”.

De acordo com Ribeiro, Pires e Blank (2004, p. 438), o processo de deteriorização do trabalho em saúde no Brasil, passa a ocorrer com maior ênfase a partir da segunda metade da década de 1980, “[...] pela influência da política neoliberal e em virtude do aumento das demandas em saúde de uma grande parcela da população empobrecida e desprotegida socialmente, ao mesmo tempo em que o setor de saúde é submetido à rígida contenção de custos”.

Campos (1997a) aponta como instrumentos potencializadores do trabalho em saúde no cenário atual, a interface lógica entre autonomia e responsabilização dos trabalhadores, a Gestão Participativa e a mudança na Clínica.

Na organização dos processos de trabalho em saúde, Sousa, Ferreira Filha e Silva (2004, p.15) afirmam que os mesmos organizam-se...

em uma sucessão de momentos essenciais à sua efetivação, a partir da definição de seus elementos, quais sejam: o objeto, a finalidade e os instrumentos. Esses elementos, por sua vinculação histórica e ideológica nas sociedades capitalistas, são legitimados pelas práticas quando agregam novos significados [...].

Mendes e col. (1999) quanto à organização do trabalho em saúde, afirmam que historicamente na Saúde Coletiva, o mesmo “[...] tem seguido a evolução do conhecimento epidemiológico, clínico e administrativo subordinado aos processos de reorganização político-administrativa dos aparatos do Estado”. L’Abbate (2003 *apud* MERHY; FRANCO, abr. 2007, p. 4) afirma que o campo da Saúde Coletiva congrega “[...] saberes da área, como a Clínica, Epidemiologia, Planejamento, a Psicanálise, Filosofia, estando ainda aberta a incluir outros como o saber da análise institucional, que recentemente vem sendo incorporado ao campo de debate em torno da saúde”.

Nogueira (1997, p. 73) apresenta como características do processo de trabalho em saúde, o seguinte:

[...] esse processo é marcado por uma tecnicidade ou direcionalidade técnica inerente a qualquer processo de trabalho humano [...].

[...] apenas determinada categoria controla o processo de trabalho em saúde a partir da autoridade técnica e social: a dos médicos. Mesmo quando não são proprietários dos meios de produção [...].

[...] a integração entre seus aspectos intelectual manual. Ao contrário de outros processos de produção, na saúde quem detém a direcionalidade técnica também ‘põe a mão na massa’, ou seja, participa diretamente do ato técnico final [...].

Outra característica muito particular do processo de trabalho em saúde é a fragmentação dos atos [...].

É importante ressaltar, conforme afirma Merhy (2005, p. 59)...

Que no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas – conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral –, com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho; e [...] que no seu interior há uma busca de realização de um produto/finalidade.

Quanto ao afirmado por Merhy (2005), corroboramos com Cervo e Bervian (2002, p. 10) que o “homem não age diretamente sobre as coisas. Sempre há um intermediário, um instrumento entre ele e seus atos”.

O produtor de saúde, no caso da ESF, que com seus conhecimentos, tecnologias leves e leve-duras, se encontra com o consumidor dos atos de saúde, que são as famílias, os sujeitos e as comunidades – que nos momentos de autocuidado atuam como agente –, com o intuito de buscar a construção de um produto/finalidade, que nesse caso é a melhoria da qualidade de vida e a satisfação da clientela.

No caso de Sobral, o gerente de território da ESF, produtor de saúde, possui como consumidor de seus atos de saúde, a própria equipe de saúde da família, a clientela – as famílias, os sujeitos e as comunidades –, a gestão municipal de saúde, a rede de atenção à saúde e os movimentos sociais, políticos e culturais instituídos no território de agir; além do Conselho de Saúde, local e municipal.

A respeito da ESF, como prática de saúde e modelo tecnoassistencial, em seu desenvolvimento, o processo de trabalho tem sido condição *sine qua non* para sua organização e modificação de práticas hegemônicas de mercado. Quanto a esta lógica política, Merhy e Franco (abr. 2007, p. 2) afirmam que “há algum tempo se tem observado que a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais, e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho [...]”.

Ao analisarem os princípios da ESF, Barboza e Fracolli (2005, p. 1037) revelam que “[...] embora sua concepção teórica se baseie na tradição herdada da vigilância à saúde, a mudança do modelo assistencial somente ocorrerá a partir da reorganização do processo de trabalho em saúde”.

No entanto, de acordo com Silva e Trad (2005, p. 27), pode-se “considerar que, apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegie o trabalho em equipe, também no PSF é possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho [...]”. Quanto a esses aspectos, Campos (1997a, p. 229; 230) refere que o “[...] trabalho em saúde está sempre sujeito a imprevistos. Há regularidades, padrões que se repetem, tendências que podem ser identificadas”. Pois, segundo o autor, o “[...]”

trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública”, e que a “[...] organização parcelar do trabalho em saúde e a conseqüente fixação do profissional a determinada etapa de [um] certo projeto terapêutico produzem alienação”. Quanto a essa lógica de organização do trabalho em saúde, para Castro e col. (2007, p. 18) o “[...] processo de reestruturação produtiva, conseqüência de um movimento mais amplo de incorporação de novos arranjos nos planos econômicos e políticos, tem desenhado a nova face das relações capital/trabalho [...]”.

Sobre esse contexto, Bezerra (2007, p. 202) afirma que as...

configurações no sistema ocupacional decorrentes da reorganização do sistema produtivo/econômico são verificadas nas novas relações de trabalho, nos novos formatos, regimes e modalidades de contratação que têm sido adotadas no âmbito da gestão dos recursos humanos, para se adaptar ao contexto recente.

Marx (1980, p. 423) define processo de trabalho como a...

transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio da intervenção do ser humano que faz, para fazê-lo, emprega instrumentos. Ou seja, o trabalho é algo que o ser humano faz intencionalmente e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano.

No que concerne ao processo de trabalho, enquanto consumo da força de trabalho pelo capitalista, Marx (1982, p. 35) apresenta dois fenômenos peculiares:

O operário trabalha sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho. O capitalista zela para que o trabalho se processe como é preciso e para que todos os meios de produção sejam empregados racionalmente, para que não haja desperdício de matéria-prima e para que o instrumento de trabalho seja utilizado e desgastado somente na proporção exigida pelo seu emprego no trabalho. [...] Em outras palavras, o produto é propriedade do capitalista e não do proprietário. O capitalista paga, por exemplo, o valor diário da força de trabalho; logo, o seu uso lhe pertence.

A concepção de processo de trabalho de Marx é criticada por Littler (1990 *apud* VIANA, 1995), pois segundo o autor, Marx limitou-se a uma concepção de processo de trabalho relacionada ao desempenho de tarefas, aos objetos do trabalho e, às ferramentas ou tecnologias, não esclarecendo, porém, o papel do controle, e sendo um instrumento insatisfatório para realização de estudos empíricos e históricos. No entanto, o autor sugere a necessidade de uma nova categorização para processo de trabalho e que o mesmo poderia ser analisado a partir de três

elementos: a divisão técnica do trabalho e o planejamento do trabalho; a estrutura de controle; e a relação de emprego.

Quanto à idéia de processo de trabalho em saúde, segundo Nogueira (1997, p. 73)...

é algo extremamente abstrato, porque existem inúmeras formas tecnicamente particularizadas de realizar atos de saúde. considere-se, por exemplo, como são diferentes as ações de saneamento e as de atendimento médico. Por isso, é preferível tratar das formas mais homogêneas e falar apenas dos serviços de saúde propriamente ditos.

O autor completa afirmando que a “[...] assistência à saúde não é um processo de trabalho igual ao da indústria, ela tem uma especificidade por ser um serviço [...]” (NOGUEIRA, 1997, p. 72). Quanto a essa lógica da produção de serviços, Sousa (*et al.*, 1993 *apud* RODRIGUES; ARAÚJO, 2007, p. 2) destacam que a mesma tem que ser incluída na categoria de serviços, por expressar a “[...] necessidade de cumprir uma finalidade útil, entretanto os resultados do trabalho não constituem mercadorias⁸⁴ passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos”. Segundo os autores, na produção de serviços de saúde há um encontro de quem os produz – os trabalhadores de saúde – e de quem os recebe/consome – a clientela do sistema de saúde –.

Rodrigues e Araújo (2007, p. 2) ao se referirem ao trabalho em saúde, afirmam que o mesmo é um serviço...

que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se, ao contrário, sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo. Ele fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho, não apenas a informação acerca do que ocorreu consigo, qual a história de sua queixa ou doença; é solicitada dele uma participação ativa, para que sejam corretamente aplicadas as normas e prescrições [...]. Enquanto fornecedor de valores de uso substantivos, o usuário torna-se um co-partícipe do processo de trabalho e, quase sempre, um co-responsável pelo êxito ou o insucesso da ação terapêutica.

É evidente que no setor de saúde estatal, as regras para sua organização, não são as mesmas do mercado econômico geral, que é regido pela Teoria Geral da

⁸⁴ A mercadoria conforme Marx (maio 2007, p. 2) é, “[...] antes de tudo, um objeto exterior, uma coisa que, pelas suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. Que essas necessidades tenham a sua origem no estômago ou na fantasia, a sua natureza em nada altera a questão”.

Administração e se baseia em regras claras de estratégias de crescimento do capital, de competição e de racionalidade na autonomia de seus trabalhadores⁸⁵.

No caso da micropolítica⁸⁶ do processo de trabalho, de acordo com Merhy (2005, p. 60; 61)...

deve ser entendido como um cenário de disputa de distintas forças instituintes: desde forças presentes claramente nos modos de produção – fixadas, por exemplo, como trabalho morto, e mesmo operando como trabalho vivo em ato –, até as que se apresentam nos processos imaginários e desejantes, e no campo do conhecimento que os distintos ‘homens em ação’ constituem. [...] Na micropolítica do processo de trabalho, não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre ‘atravessado’ por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser ‘explorada’ para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas”.

Na perspectiva da concepção de vínculo e na lógica organizativa do território, com a adscrição da clientela e a responsabilização da equipe de saúde da família, Malta e Merhy (2003, p. 65) afirmam que o processo de trabalho, enquanto micropolítica...

pode ser o lugar estratégico da mudança, pautando-se não pelo modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida, com uma postura acolhedora, estabelecendo vínculos, buscando a [resolutividade] e a criação de autonomia dos usuários.

No caso do processo de trabalho dos profissionais de saúde, segundo Pires (1999, p. 32), o mesmo...

tem **como finalidade** – a ação terapêutica de saúde; **como objeto** – o indivíduo ou grupo de doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; **como instrumental de trabalho** – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o **produto final** é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida.

A autora completa, afirmando que o trabalho em saúde é, “[...] hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde

⁸⁵ Marx (1982, p. 30) afirma que o “[...] trabalhador deve dispor como pessoa livre, de sua força de trabalho como mercadoria; ele deve por outro lado não ter outra mercadoria para vender, estar desprovido e livre em todos os sentidos da palavra, isto é, não possuir nada do que é preciso para a realização de sua força de trabalho”.

⁸⁶ Micropolítica é o “protagonismo dos trabalhadores e usuários da saúde, nos seus espaços de trabalho e relações guiados por diversos interesses, os quais organizam suas práticas e ações na saúde [...]. A micropolítica é o lugar onde se manifesta e se produz a subjetividade” (CAPOZOLLO *et al.*, 2005, p. 75).

e diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional” (PIRES, 1999, p. 32). Motta (2001, p. 48) concebe o processo de trabalho de maneira reducionista, referindo-se ao mesmo, como “[...] qualquer método, técnica ou procedimento que usualmente serve de meio a um fim útil. Normalmente, o processo se compõe de um grande número de eventos e atividades, ou seja, ações ou movimentos que requerem uma energia física ou mental [...]”. Já para Teixeira (*et al.*, 1996) o processo de trabalho em saúde é específico e singular.

Segundo Franco (2006a, s/p.) o “[...] processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando esta funciona sob certa hegemonia do trabalho vivo, vai nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva”. Para o autor, “[...] todo processo de trabalho em saúde opera em redes, mesmo que este venha a sofrer interdições e capturas de modelos tayloristas, tragicamente normativos na organização do trabalho [...]”.

O processo de trabalho em saúde, conforme Franco (2003), dependendo do modelo produtivo em curso, poderá ser um trabalho partilhado ou integrado, centrado na equipe ou na corporação profissional.

Conforme Gonçalves (1994, p. 268) o processo de trabalho⁸⁷...

não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma mais especialmente humana de sociedade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidas, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda a construção viva do futuro.

No caso do trabalho em saúde, segundo este último autor, as tecnologias estão dispostas em duas categorias: tecnologias materiais – máquinas e instrumentos – e as tecnologias não materiais – conhecimento técnico –. O autor aponta, como principais características do trabalho humano, a sociabilidade e a historicidade. Essa categorização de Gonçalves (1994) permitiu a definição e o reconhecimento do conhecimento técnico como tecnologia. Para o autor, o trabalho humano seria produzido segundo as necessidades sociais; quanto ao trabalho em saúde, o mesmo se organizou nas sociedades capitalistas a partir de dois modelos principais: o primeiro, baseado no controle das doenças na sociedade – modelo

⁸⁷ No que concerne aos estudos sobre processo de trabalho em saúde, Viana (1995) afirma que há uma priorização aos de abordagem histórica, com referência aos seus elementos constituintes, que são: o objeto, os instrumentos e a atividade proposta.

epidemiológico, de caráter coletivo –, e o segundo, baseado na recuperação da força de trabalho – modelo clínico, de caráter individual.

Azambuja (*et al.*, 2007, p. 73) afirmam que o trabalho, “[...] como processo de produção, faz parte de nossa existência, do nosso mundo real, ele não é algo à parte do mesmo. Ele emerge e se estabelece através das relações [...]”.

Para Franco (2003), a organização do trabalho em saúde é um elemento na formulação das políticas de saúde e definição do modelo de atenção. Segundo o autor, é a partir do trabalho que...

gradualmente, vão sendo encontradas saídas para uma profunda mudança no modo de produção da saúde. O processo de trabalho passa a ser, então, categoria analítica fundamental sobre a qual esses estudos se debruçaram e desvendaram tecnologias articuladas pela atividade humana, subjetividades e processos de subjetivação como um elemento que compõe o complexo cenário de produção da saúde, com suas determinações culturais, sociais, econômicas e políticas. Um mundo complexo e disputado, rico em saberes e fazeres com alto grau de produção/criação no processo produtivo do cuidado (FRANCO, 2003, p. 158).

Conforme Rodrigues e Araújo (2007, p. 2), a divisão social e técnica do trabalho resulta de três dimensões:

[...] a primeira, de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços, operando ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população. O foco da nossa reflexão está direcionado para a última dimensão, ou seja, a produção dos serviços.

Paim (1999), sobre as relações de trabalho vinculadas às práticas de saúde⁸⁸, afirma que elas se apresentam sob duas categorias: a técnica e a social. A categoria social desmembra-se em três subcategorias: a econômica – que utiliza relação como troca de dinheiro por salários, honorários dentre outros. –, a política – que envolve as relações de poder ou subordinação entre a equipe e esta com os usuários – e a ideológica – que possibilita o exercício de poderes hegemônicos do saber sobre outros ou sobre os valores culturais historicamente instituídos. Quanto à produção social do trabalho, Marx (1982, p. 26) afirma que o “[...] tempo de trabalho

⁸⁸ O termo práticas de saúde conforme Gonçalves (1994, p. 70) “[...] tem sido usado geralmente para referir-se ao conjunto das práticas profissionalizadas e semi-profissionalizadas (ou para-profissionalizadas) que detêm diretamente, ou por delegação, o monopólio legítimo de legislar e atuar na prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação, na promoção da saúde. Tem a vantagem de ser mais amplo do que ‘prática médica’ e as desvantagens óbvias de mascarar a quase total identificação dessas práticas com a doença – e não com a saúde –, por um lado, e de excluir outros conjuntos de práticas às vezes mais diretamente relacionadas com a produção de [um] certo ‘estado de saúde’ do que as nele incluídas, por outro lado”.

socialmente necessário não é senão o tempo de trabalho exigido para produzir um valor qualquer de uso nas condições normais dessa produção, sendo o trabalho feito numa média social de habilidade e de intensidades [...]”.

O processo de trabalho em saúde, segundo Malta e Merhy (2003) difere do consumo de serviços em geral, devido o seu consumidor – o usuário – não se portar, como um consumidor comum frente a uma mercadoria. Pois, o consumidor usuário do serviço de saúde não possui conhecimento técnico e científico para uma tomada de decisão na hora de consumir o mesmo. Por outro lado, conforme os autores, o trabalho em saúde, com a produção de serviços de saúde se assemelha a diversos setores da economia, por agregar o uso de instrumentos e a força de trabalho⁸⁹. Os autores apontam ainda, como outra particularidade do trabalho em saúde, o fato de a natureza da direcionalidade técnica ser coletiva.

De acordo com Franco e Merhy (2006, p. 115), interpretar “a essência dos processos de trabalho em saúde é a condição para decifrar seus enigmas e impedir a ação destruidora da [...] dinâmica do capital posta no caso da saúde”. Para os autores é “preciso uma ação que organize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando em seus processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção de saúde”.

O processo de trabalho em saúde, independente de sua composição, segundo Sousa (*et al.*, 1993 *apud* RODRIGUES; ARAÚJO, 2007, p. 3) é possuidor de uma “[...] **dimensão cooperativa**, que integraliza a ação e complementa o processo de produção de serviço, orientado a este fim, e uma **direcionalidade técnica**, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias que influenciam a produção específica do serviço de saúde”.

Quanto aos instrumentos de trabalho utilizados pelos trabalhadores de saúde, Paim (1999, p. 204) os categoriza em materiais e não materiais...

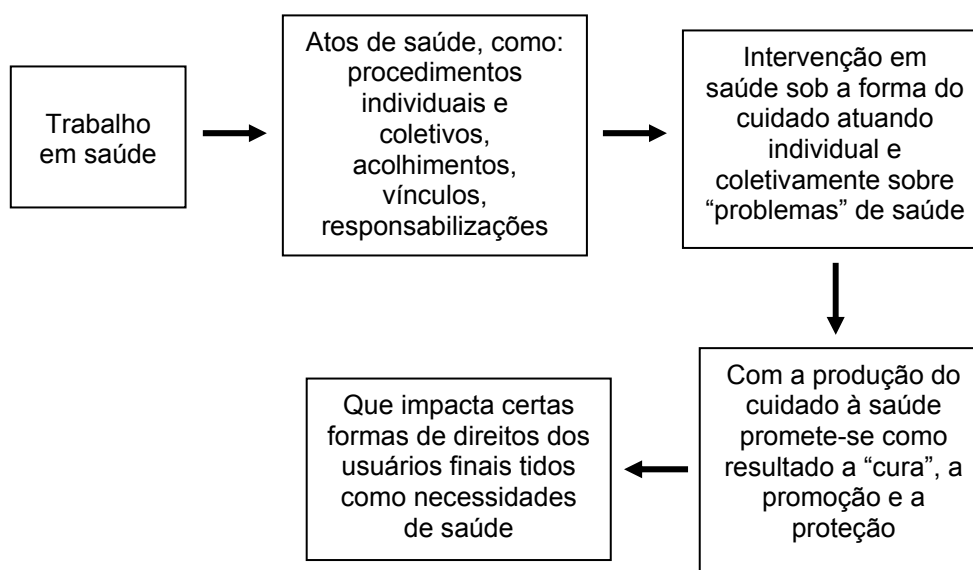
que auxiliam a apreensão e/ou transformação do objeto mediante trabalho humano. No caso das práticas de saúde, equivalem à tecnologia – material ou não – empregada no processo de trabalho em saúde. compreende saberes específicos – clínica, epidemiologia –, técnicas de ação – medidas preventivas e de profilaxia, educação sanitária, campanhas, vigilância

⁸⁹ Marx (1982, p. 30; 31; 34) afirma que a “força de trabalho só pode figurar no mercado a título de mercadoria quando é colocada à venda por seu próprio possuidor. [...] O valor da força de trabalho, como de qualquer mercadoria, é determinado pelo tempo de trabalho necessário à sua produção e, conseqüentemente, também para sua reprodução. [...] Ou melhor, o valor da força de trabalho é o valor dos meios de subsistência necessários para a conservação de seu possuidor. [...] A utilização da força de trabalho é o trabalho. O comprador da força de trabalho consome fazendo o vendedor do trabalho”.

epidemiológica e sanitária, programação, controle, avaliação etc. –, instrumentos e equipamentos – estetoscópios, laboratórios, ultra-som, tomógrafo, centro de saúde, hospital etc. –. Através desses meios de trabalho, o cuidado é prestado ao tempo em que o capital se realiza mediante o consumo de mercadorias produzidas no aparelho industrial e de saberes e técnicas que contribuem direta ou indiretamente para sua reprodução.

Quanto à lógica da produção social em saúde, Merhy (1995) afirma que o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. Além do mais todo processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, “[...] tem que primeiro produzir atos de saúde, e que esta relação em si é tensa. Produzir um procedimento é produzir um ato de saúde, mas isto pode ser feito dentro de [um] certo modo de cuidar, que não é necessariamente ‘cuidador’” (MERHY, 2007a, p. 5). O lugar do trabalhador de saúde ao produzir um ato de saúde está exposto na Figura 18.

Figura 6 Lugar do trabalhador no campo do agir em saúde.



Fonte: MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. *et al.* O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. Capítulo 1. p. 24.

1.3.4 Objeto de Estudo

No território sanitário, o agir dos gerentes da ESF caminha entre as práticas assistenciais, de organização comunitária, não convencionais em saúde, como também as gerenciais, no ensino e na pesquisa, em busca da qualidade de vida, com ênfase na promoção da saúde; que em muitas das vezes, não seguem um referencial teórico na construção de saberes e práticas de como gerir o território.

Quanto a este contexto, Vanderlei (2005, p. 21) afirma que a gerência, quanto à organização do trabalho, passa a um novo padrão de qualidade, devido às transformações oriundas das experiências de integração, tanto por suas “implicações organizacionais, em relação à necessidade de inter-relação entre diferentes serviços, como em relação às modificações introduzidas no conteúdo técnicos do trabalho”. De acordo com a autora, essas alterações vêm dar respostas às “necessidades originadas no interior do processo de trabalho que, ao modificar-se, ‘exigem’ novos modelos gerenciais que possam instrumentalizar sua operação”.

No desenvolvimento da ESF vemos que a produção social em saúde⁹⁰ dos gerentes necessita de qualificações incisivas e um processo de educação permanente, que busque a melhoria da qualidade das práticas e do processo de trabalho. Entretanto, essa educação permanente deverá basear-se no pressuposto da aprendizagem significativa, promoção e produção de sentidos, sugerindo a transformação das práticas profissionais de formação, atenção, formulação de políticas e controle social no setor saúde, através da reflexão crítica das práticas reais (BRASIL, 2004d).

Ao levarmos em consideração que a prática do gerenciamento de território na ESF é algo novo, recente, não sendo ainda uma definição administrativa em sua totalidade para as Equipes no Ceará, mesmo sendo uma política emanada com a NOB - SUS 01/1996, gerenciar território, necessita de profissionais que tenham a sensibilidade de compreender os processos sociais, políticos, culturais, epidemiológicos, ecológicos, enfim os históricos. Além do mais, a prática de gerenciamento deverá agregar saberes e práticas próprias das Ciências Sociais, da Saúde e Humanas. Gerenciar coletivamente é outra prerrogativa para tais gerentes.

⁹⁰“O homem não produz somente bens e serviços econômicos, mas também política, organização, conhecimentos, mediante relações sociais traduzidas em incorporação de tecnologia específica a cada contexto, apesar da forte condição econômica geral. Neste sentido a produção social em saúde busca a construção de cuidado em saúde, distinta da produção voltada para o mercado” (SILVA JÚNIOR et al., 2005, p. 14).

Segundo Campos (1994a, p. 108), a implantação de um novo modelo de saúde é praticamente impossível efetivá-lo “sem que a maioria dos gerentes e dos trabalhadores de saúde não só estejam de acordo com a nova proposta como também se empenhem em consolidá-la”.

Vanderlei (2005, p. 17) afirma que para a construção do SUS, e conseqüente descentralização dos serviços de saúde, a gestão e a gerência entra na pauta das discussões, como prioridade da agenda política, “[...] tendo em vista que para consolidação desse sistema único é necessária uma outra lógica, isto é, uma outra organização dos serviços de saúde que implique na articulação entre o modelo de gestão e o modelo da atenção”.

A questão da gerência dos serviços de saúde, conforme Campos (1994b, p. 10), exige uma urgência de ser repensada criticamente. Neste sentido, o autor reforça que,

de início, definindo com maior precisão seu peso e seu lugar na escala de determinantes do processo de produção de serviços de saúde. De fator principal necessário à consecução do objetivo único, mais correto seria redefini-la como estando subordinada à política predominante em um determinado período. Ou seja, o processo de gestão parece estar mais bem conceituado quando definido como instrumento necessário, mas não suficiente, à implementação de políticas elaboradas, por sua vez, a partir dos interesses diversos ou até mesmo contraditórios de forças sociais ou vinculadas à produção de serviços e insumos para o setor saúde, ou às interessadas na manutenção e reprodução do modelo econômico e político vigente, ou aos usuários dos sistemas de saúde.

No entanto, no tocante à gerência de território, a ESF vive dilemas administrativos que envolvem um quadrilátero contextual:

Política - o partidarismo local com suas nuances circundadas pela política eleitoral, a fisiologia política e o clientelismo, que interfere no desenho administrativo do gerenciamento do território. Tem-se ainda a política de saúde concebida nas três esferas de governo e formalizada por meio de normas operacionais, pactos e portarias, cuja regulação sempre apresenta o risco do engessamento gerencial, podando a criatividade, interferindo nas culturas e nas características locais regionais.

Economia - a identificação do modelo econômico com o liberalismo de mercado, que inclui a redução de tamanho do Estado e interfere na prática gerencial, no modelo administrativo e no desenvolvimento de novas tecnologias no

território, por conta da limitação do financiamento. entretanto ressaltamos que, nos territórios da ESF, devido a uma cultura centralizadora administrativo-financeira de prefeitos e secretários municipais de saúde, o gerente não é ordenador de despesas, portanto não possui autonomia para prover financeiramente as necessidades administrativas do território.

Cultura histórica - inscrita no território, construída e traduzida por gerações, seja em área urbana ou rural, e que, durante a inovação gerencial de uma Equipe Saúde da Família, pode vir conflitar-se com a cultura administrativa, interferindo inclusive no processo de trabalho. Por incompreensão dos atores - comunidade e equipe – esta interferência pode caracterizar um verdadeiro choque cultural.

Ideologia da produção social – componente relacionado intrinsecamente aos três anteriores, quando, no gerenciamento do território, o gerente agrega apenas o conceito de produção histórico-coletiva em saúde, esquecendo a produção micro-histórica das famílias, sujeitos e comunidades.

Enfim, o gerenciamento da ESF vive um conflito ideológico de ambigüidades entre as práticas a que se destina a política, com o desenvolvimento político-econômico. Tais aspectos situam os gerentes numa delicada posição administrativa, tendo o mesmo que agir de forma sobressaltada, para prover uma estrutura mínima e um processo de trabalho adequado às necessidades de saúde e às diferentes realidades.

A partir de então, surgiram os seguintes **questionamentos** a ser investigados neste estudo:

Como é desenvolvido o processo de trabalho dos gerentes da ESF na perspectiva do conceito de território como espaço de poder e de produção de sujeitos na ESF em Sobral-CE?

Como se dá a organização do processo de trabalho para operacionalização do gerenciamento no território da ESF em Sobral-CE?

Que perfil possuem os gerentes dos territórios da ESF de Sobral-CE?

Que tipo de desenvolvimento científico-cultural, qualificação ou processo de educação permanente tem ou estão inseridos os gerentes?

Qual a compreensão⁹¹ dos gerentes sobre território, territorialização, ESF e gestão participativa?

Quais as facilidades e/ou limites encontradas pelos gerentes no seu trabalho, enquanto gerente no território da ESF?

1.4 Objetivos

1.4.1 Geral

Analisar o processo de trabalho dos gerentes da ESF, na perspectiva do conceito de território como espaço de relações de poder⁹² e de produção de sujeitos.

1.4.2 Específicos

Elaborar o perfil sociodemográfico e educacional dos gerentes de território da ESF.

Caracterizar o processo pelo quais os gerentes ascenderam ao cargo e os limites e/ou facilidades encontradas pelos gerentes no seu processo de trabalho.

Identificar os tipos de qualificação ou processo de educação permanente que tem ou estão inseridos os gerentes, o desenvolvimento científico-cultural dos mesmos e os conceitos fundamentais para o processo: território, territorialização, ESF e gestão participativa.

Apontar as práticas dos gerentes de território na ESF de um município sede de macrorregião de saúde.

⁹¹ **Compreensão** - Conjunto das características gerais que formam um conceito e que são os atributos dos objetos designados por um termo. **Concepção** - ato de conceber ou criar mentalmente, de formar idéias, especialmente abstrações. [...] Maneira de conceber ou formular uma idéia original, um projeto, um plano, para posterior realização [...]. Noção, idéia, conceito, compreensão (FERREIRA, 2004, s/p.).

⁹² Para Foucault (2005) o **Poder** é uma “[...] coisa enigmática, ao mesmo tempo visível e invisível, presente e oculta, investida em toda parte [...]” (p. 75). “O poder é o poder concreto que cada indivíduo detém e que cederia, total ou parcialmente, para constituir um poder político, uma soberania política” (p. 174). “[...] O poder é um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado” (p. 248). Ainda segundo o autor, o poder é uma prática social construída historicamente, que sofre transformações constantes.

2 TRATAMENTO METODOLÓGICO

2.1 Pressupostos Teóricos:

a) Os territórios da ESF seriam melhor gerenciados se seus gerentes tivessem formação específica em gestão.

b) O gerenciamento dos territórios na ESF é baseado em opiniões espontâneas e não em construção crítica e planejamento participativo.

c) A representação fundamental sobre território é restrita às dimensões geográficas, aos limites geográficos, ao número de famílias, à população, ou aos limites físicos do Centro de Saúde da Família-CSF.

d) A política local interfere negativamente no gerenciamento dos territórios na ESF.

2.2 Desenho Geral da Pesquisa.

A pesquisa é do tipo exploratório-descritiva, analítica, com abordagem qualitativa, e se baseia em estudo de caso e recuperação histórica.

Segundo Leopardi (2001, p. 138), a pesquisa exploratória permite ao pesquisador “aumentar sua experiência em torno de um determinado problema, consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno”. Para Tobar e Yalour (2001), a pesquisa exploratória pela natureza de sondagem, não parte de hipóteses, podendo estas surgir como produto final da pesquisa.

Gil (1996) refere que os estudos exploratórios proporcionam uma maior familiaridade com o problema, tornando-o mais visível. Já Deslandes (2003), considera a fase exploratória como um dos momentos mais importantes de uma pesquisa. Para Handem, Matioli e Pereira (2004), as pesquisas exploratórias permitirão maior aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições.

Como o gerenciamento do território na ESF é uma área de produção de saberes e práticas recentes, e a produção científica ainda se apresenta restrita, utilizamos o método exploratório com o intento de se ter uma maior familiaridade

com o tema em estudo, para em seguida, buscar uma maior aproximação ao problema, e posteriormente, analisá-lo criticamente, através da pesquisa qualitativa.

A Pesquisa descritiva apresenta como objetivo primário segundo Figueiredo (2004, p. 104) a “descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática”.

Para Vergara (2000), a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza.

Gil (1991, p. 45) acrescenta que algumas pesquisas descritivas vão além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação. Cita ainda a existência de pesquisas que, "embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias".

A pesquisa descritiva conforme Figueiredo (2004, p. 116O) é...

amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Seus resultados são apresentados na condição de hipóteses e não de conclusões.

A pesquisa descritiva foi utilizada para melhor compreender o fenômeno estudado e melhor correlacionar as variáveis.

No que concerne à pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2003, p. 21), aquela oferece respostas a perguntas muito particulares, preocupando-se, nas Ciências Sociais com uma realidade que não pode ser quantificada ao trabalhar com um “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”, correspondendo a um “espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Para Mercado-Martinez e Bosi (2004, p. 28), as pesquisas qualitativas vêm cada vez mais sendo utilizada nas Ciências Humanas, Sociais e da Saúde. Nas Ciências da Saúde essa modalidade de pesquisa se dá pela vertente mais tradicionalista do modelo hegemônico de ciência, e que os quantitativistas

positivistas foram aos poucos forçados a “incorporar novas direções teóricas e metodológicas ante a crescente insatisfação com os resultados encontrados no âmbito sanitário e, em especial, nos serviços de saúde oferecidos à população”.

Já Deslandes e Gomes (2004, p. 103) referem que, ao se discutir atualmente as “abordagens qualitativas”, o pesquisador é remetido a uma ampla diversidade de filiações e vertentes com origem na Sociologia, Antropologia, História, Psicologia e outras disciplinas afins. Para tanto citam as leituras “etnometodológicas, interacionistas, semióticas, fenomenológicas, feministas, da teoria crítica e culturalistas” como possibilidades de interpretação as quais constituem o vastíssimo campo de opções para a análise qualitativa. Completam dizendo que esta abordagem também não “possui um conjunto de métodos específicos, lançando mão de narrativas, de conteúdos, de discursos, da semiótica, de etnografias e, de forma recorrente, dialogando com métodos quantitativos”. Os instrumentos quantitativos utilizados nessa pesquisa, para fins de análise qualitativa, devem-se à necessidade de, na fase exploratório-descritiva, obter uma saturação de informações sobre o empírico.

A investigação qualitativa para Pereira e col. (2004, p. 27) exige atitudes fundamentais, tais como “abertura, flexibilidade, capacidade de observação e interação do investigador com os atores sociais envolvidos, tem como premissa que outras relações podem ser apreendidas no transcurso do processo de investigação, dada a própria dinamicidade da realidade”. Tobar e Yalour (2001, p. 92) afirmam que a pesquisa com métodos qualitativos leva o pesquisador a:

utilizar com frequência múltiplas fontes de dados [...];

empregar a observação de primeira mão, as entrevistas com perguntas abertas, os relatos [...];

interessar-se pelo cotidiano, e não tanto por fatos extraordinários, em um espaço e um tempo concretos;

situar-se no contexto de descobrimento e não no de justificação e/ou aplicação. o descobrimento e a exposição são objetivos da pesquisa, mais importante do que a explicação e o vaticínio;

ocupar-se mais dos significados do que da frequência dos fatos;

supõe operar com símbolos lingüísticos como, por exemplo, metáforas e conceitos, narrativas e descrições [...]; e

reduzir a distância entre indicado e indicador, entre teoria e dados, entre contexto e ação.

Segundo Marcus e Liehr (2001) os métodos de pesquisa qualitativa envolvem cinco elementos básicos: a identificação do fenômeno, a estruturação do estudo, a organização dos dados, análise dos dados e a descrição das descobertas.

Para Turato (2003 *apud* NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p. 48) o estudo de natureza qualitativa refere-se a “significados, significações, resignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias”.

Neste estudo, trabalhamos com o método qualitativo, por o mesmo requerer “atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos” (MINAYO, 1994, p. 101), e por utilizar-se de uma variedade de fontes de dados e métodos de pesquisa para identificação do fenômeno.

Após a exploração e a qualificação do estudo, o produto foi remetido a uma análise.

No tocante ao método de estudo analítico, segundo o pensamento cartesiano, o mesmo consiste em desmontar fenômenos complexos em pedaços, a fim de compreender o comportamento do todo a partir das propriedades de suas partes. Segundo Becker (1992, p. 24) a “metodologia analítica surge a partir da insatisfação [...]”, e procura “descobrir a lógica inerente à prática convencional, a fim de reduzir aquela prática a um conjunto defensável de regras de procedimento”.

Pequeno (2003, p. 22) ao realizar abordagem sobre os estudos de George Moore acerca da pesquisa analítica, afirma que o referido filósofo enfatiza a “[...] capacidade de analisar sem descanso, e a necessidade de observar as diferentes perspectivas constitui o exercício essencial do filosofar”. Complementa ainda que a atitude inicial do ato de pensar consiste em analisar, para que se possa, então, reproduzir uma representação adequada da realidade. No entanto, refere que somente após o refinamento da análise é possível adentrar-se com mais segurança ao universo dos fatos.

Segundo Nogueira (2002, p. 119) a...

escolha de um caminho analítico para interpretação dos fatos e fenômenos sociais é, de certa maneira, arbitrária. Ou seja, reconhecendo-se que a interpretação da realidade social não é unívoca e sim condicionada por diferentes visões de ser humano e de mundo, a escolha é prerrogativa do pesquisador. Essa afirmativa supõe que a ação teórico-metodológica deriva da compreensão do que é, e de como se constrói o conhecimento da

realidade social, sendo permeada por um conjunto de questões que devem ser refletidas e que condicionam a escolha.

A opção pela natureza analítica⁹³ para o presente estudo deve-se à busca de uma explicação da complexidade do problema, e à construção de uma totalidade melhor elaborada, não completa nem definitiva, evidentemente capaz de articular fluxos explicativos segundo os atores sociais.

Nesta pesquisa buscamos entender o fenômeno social a partir da mobilidade dos sujeitos, que encontram-se inseridos no cenário do território municipal de Sobral-CE (Anexo A), fato que nos remete a um estudo de caso.

O estudo de caso, segundo Tobar e Yalour (2001), é utilizado para análise de poucas unidades, tais como pessoas, famílias, comunidades, regiões e países. Leopardi (2001) complementa dizendo que o estudo de caso pode ser utilizado com instituições ou qualquer unidade social.

Yin (2003, p. 32) afirma que o estudo de caso é uma investigação empírica que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando [...] os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. O autor ainda refere que, o estudo de caso como estratégia de pesquisa é utilizado numa variedade de situações, nas quais se incluem

Política, Ciência Política e pesquisa em Administração Pública;
Sociologia e Psicologia comunitária;
estudos organizacionais e gerenciais;
pesquisa de planejamento regional e municipal, como estudos de plantas, bairros ou instituições públicas (YIN, 2003, p. 19).

Gil (1996) considera uma das características positivas do estudo de caso, a grande flexibilidade do mesmo. Tobar e Yalour (2001) relatam que o estudo de caso objetiva descrever uma unidade em profundidade, detalhadamente, de forma contextual e holística.

Os principais objetivos dos estudos de caso segundo Handem, Matioli e Pereira (2004, p. 117) são:

- a) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos;

⁹³ No caso de estudos analíticos que tenha como base os serviços de saúde, Merhy (1998) sugere análise a partir de três dimensões: a política, a organizativa e a produção de cuidado.

- b) preservar o caráter unitário do objeto estudado;
- c) descrever a situação no contexto em que está sendo feita determinada investigação;
- d) formular hipóteses ou desenvolver teorias;
- e) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos.

Para Marcus e Liehr (2001, p. 133) o estudo de caso em pesquisa qualitativa, “concentra-se num fenômeno contemporâneo selecionado com o passar do tempo para proporcionar uma descrição aprofundada de suas dimensões e processos essenciais”. Segundo Becker (1999, p. 131), o estudo de caso numa modalidade observacional proporciona “[...] orientação para administradores e outros que possam desejar intervir na organização ou comunidade, a fim de mudar alguma condição considerada como ineficiente, desagradável ou prejudicial ao bem-estar do grupo”.

Segundo Pessoto, Nascimento e Heimann (2001, p. 91), o estudo de caso como método permite a organização dos dados sociais, com a preservação do caráter unitário do objeto social em estudo.

O estudo trabalhou com diversos métodos, com o intento de dar conta do todo de seu objeto. Nogueira-Martins e Bógus (2004, p. 47) afirmam que a “referência a múltiplos métodos implica pensar em enfoques complementares para dar conta do todo”. Quanto à utilização de vários métodos para triangulação, Triviños (1987, p. 138) cita que essa prática em pesquisa,

[...] tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que sustentam que é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma macrorrealidade social.

2.3 Campo de Estudo.

O estudo foi realizado no território municipal de Sobral (Anexo A), Estado do Ceará, localizado há Zona Norte. Sobral hoje representa para o Sistema Estadual e Nacional de Saúde, uma referência em ESF, devido a sua cultura organizacional, que apresenta solidez, pois utiliza como método administrativo, a gestão de coletivos, de modo democrático e participativo. A atenção mostra-se voltada aos cuidados sócio-sanitários das famílias, sujeitos e comunidades.

2.4 Sujeitos do Estudo.

Consideram-se sujeitos aqueles que “se investiga em qualquer empreendimento em que o ser humano é o objeto de estudo” (TURATO, 2003, p. 353).

Os sujeitos desta pesquisa foram constituídos pelos 28 gerentes de território na ESF do município de Sobral - Ceará, estando os mesmos, assim distribuídos geograficamente: 14 na área urbana – Dom Expedito, UVA, Estação, Terrenos Novos, Sumaré, Junco, Pedrinhas, Tamarindo, Sinhá Sabóia, Padre Palhano, COELCE, Expectativa, Vila União e CAIC; e 14 na área rural – Jaibaras, Bilheira, Bonfim, Aprazível, Aracatiaçu, Patos, Caioca, Baracho, Jordão, Patriarca, Rafael Arruda, Taperuaba, São José do Torto e Caracará (Anexos B e C).

2.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados.

Segundo Beck, Gonzales e Leopardi (2001), a coleta de dados pode ser realizada nas fontes existentes e conhecidas, primárias ou secundárias; como também, o investigador pode identificar, no decorrer da pesquisa, fontes até então desconhecidas.

Para a coleta de dados referente às variáveis⁹⁴ sobre o perfil, a formação profissional, os tipos de qualificação estão inseridos os gerentes e o desenvolvimento científico-cultural dos mesmos, além de variáveis relacionadas à gestão do trabalho, foi utilizado como instrumento, um questionário (Apêndice A) composto por perguntas abertas e fechadas.

Os questionários foram aplicados, durante a roda de gestão dos gerentes com a Coordenação Municipal da ESF, no mês de novembro de 2006. Os questionários foram entregues aos sujeitos, em seguida, apresentados os objetivos da pesquisa e os seus direitos, com o intento de promover os princípios éticos e legais da mesma.

Após os devidos esclarecimentos, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Para Contadriopoulos (1999), o princípio do consentimento está no cerne das questões éticas da pesquisa. Segundo Marcus e Liehr (2001 p. 133) a “exigência de proteção dos sujeitos da pesquisa é inerente a todas as pesquisas”.

⁹⁴ Haber (2001) considera variáveis as propriedades estudadas durante a pesquisa.

No momento da coleta dos dados, por meio dos questionários, estavam ausentes 11 gerentes, sendo que o referido instrumento foi entregue aos seus representantes na roda, para que os mesmos preenchessem e enviassem à Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia. Foi orientado que os questionários fossem enviados em envelope lacrado, para manter o sigilo das informações.

Segundo Pádua (1997, p. 66), o questionário é um tipo de instrumento que é preenchido pelo sujeito da pesquisa. Gil (1996, p. 91) informa que a elaboração do “questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos específicos da pesquisa em itens bem rígidos”.

Antes da aplicação do questionário foi realizado um pré-teste, no início do mês de novembro de 2006, com três gerentes, para validação do mesmo. Gil (1996) salienta que o pré-teste objetiva avaliar os instrumentos, para saber se os mesmos irão medir exatamente aquilo que foi proposto. Sendo que, as debilidades identificadas no instrumento no momento do pré-teste foram solucionadas.

Os dados acerca do processo pelos quais os gerentes ascenderam aos cargos, seu conhecimento sobre território, territorialização, gestão participativa, participação sócio-política e ESF foram coletados a partir de uma entrevista semi-estruturada (Apêndice C).

As entrevistas foram realizadas através do agendamento prévio, com hora marcada, nos Centros de Saúde da Família, como também nos espaços da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, de modo que preservasse a privacidade dos gerentes. As cinco primeiras entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos sujeitos. Porém, nove dos entrevistados não aceitaram a gravação das entrevistas; por conta disso, optamos por não gravar as demais, por perceber que estes estavam ficando inibidos.

No que concerne à entrevista, para Trentini e Paim (1999, p. 84) apesar da mesma objetivar a obtenção de informações, esta constitui uma “condição social de interação humana, sem a qual não haverá ambiente favorável para produzir informações fidedignas”. Durante a entrevista, de acordo com Tobar e Yalour (2001, p. 96) a ação do pesquisador “pretende descobrir o que é significativo na vida dos entrevistados, suas percepções e interpretações, suas óticas e cosmovisões, ou seja, sua maneira de interpretar o mundo”.

A entrevista na pesquisa qualitativa conforme Beck, Gonzáles e Leopardi (2001) é um recurso de extrema importância, que pode ser construída de diferentes maneiras, e deve sempre ser vista como um encontro social.

No caso da entrevista semi-estruturada, de acordo com Tobar e Yalour (2001, p. 101) esta baseia-se em um guia de entrevistas, contendo listagem de perguntas ou temas a serem abordados em seu decurso. O ordenamento das perguntas e a redação podem variar para cada entrevistado. “O pesquisador pode encontrar e seguir pistas e novos temas, que surgem no curso da entrevista, mas o guia é um conjunto de instruções claras às principais perguntas a serem feitas ou aos temas a serem explorados”.

Nogueira-Martins e Bógus (2004, p. 50), quanto à entrevista semi-estruturada, referem que a mesma “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses” que surgem a partir das respostas recebidas do entrevistado.

Para Triviños (1987) a entrevista semi-estruturada é uma excelente técnica de coleta de dados em pesquisa social, pois, a mesma parte de determinados questionamentos básicos,

[...] apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

No tocante a coleta de dados referente ao processo de trabalho dos gerentes do território na ESF foi utilizado a observação sistemática (Apêndice D) e a técnica de grupo focal (Apêndice E), para um maior detalhamento e identificação das dinâmicas de consensos e dissensos.

Segundo Gonçalves (1994, p. 128) há duas maneiras de se “proceder o reconhecimento de um processo de trabalho em sua operação”. A primeira delas é a observação direta – participante ou não – em que se pode “acompanhar e registrar os movimentos, os discursos e as ações dos trabalhadores, suas relações recíprocas, os trajetos seguidos pelos objetos de trabalho, sua transformação em produto qualitativa e quantitativamente determinada”. A segunda maneira, conforme o autor é por meio de um “[...] conjunto de técnicas, menos ou mais ‘fechadas’, em

que o controle sobre a observação tem que ser efetuado já desde a elaboração dos instrumentos de pesquisa [...]”. Conforme o autor...

refina-se as hipóteses de trabalho, de forma a reduzi-las a um conjunto muito menor de evidências, que por sua descontextualização no momento mesmo de sua coleta não podem rigorosamente ser consideradas como em estado bruto, incorporando já, necessariamente, graus maiores ou menores de elaboração. Em vez de procurar ‘retratar’ sistematicamente todo o processo sob investigação, seleciona-se aspectos dele, particularmente relevantes por referência às questões que se construíram (GONÇALVES, 1994, p. 129).

A semelhança de Gonçalves utilizou-se a observação – no caso, a sistemática – e o grupo focal.

Quanto a observação, Cervo e Bervian (2002, p. 27) afirmam que a mesma consiste em “[...] aplicar atentamente os sentidos a um objeto, para dele adquirir um conhecimento claro e preciso”. Os autores completam ainda, que a “observação é de importância capital nas ciências. É dela que depende o valor de todos os outros processos. Sem a observação, o estudo da realidade e de suas leis seria reduzido à simples conjectura e adivinhação”.

A observação sistemática para Gil (1999, p. 114) é utilizada com frequência “em pesquisas que têm como objetivo a descrição precisa dos fenômenos ou teste de hipóteses. Nas pesquisas deste tipo, o pesquisador sabe quais os aspectos da comunidade ou grupos que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos”. De acordo com Rudio (2004) a observação sistemática, também pode ser denominada de planejada, estruturada ou controlada.

Para Marconi e Lakatos (2005, p. 195) a observação sistemática deve ser realizada em “condições controladas, para responder a propósitos preestabelecidos. Todavia, as normas não devem ser padronizadas nem rígidas demais, pois tanto as situações quanto aos objetos e objetivos da investigação podem ser muito diferentes”.

A observação levou em consideração um sistema de categorias relacionadas ao processo de trabalho, no contexto do planejamento, sendo a mesma desenvolvida na Roda de Gerentes com a Coordenação Municipal da ESF, realizada todas as quartas-feiras de 16h as 18h, e na Roda dos Territórios, que ocorre com toda equipe da ESF, as quintas-feiras de 14h as 17h. Para observação do processo de trabalho dos gerentes nas rodas, foram escolhidos quatro territórios, sendo dois na zona urbana e dois na zona rural. O critério de escolha dos territórios levou em

consideração o nível de organização do Centro de Saúde da Família e a estrutura deste. Tanto na zona urbana como na zona rural, foi escolhido um centro de saúde que apresentasse os critérios de forma arrojada e outro não.

A identificação dos territórios com base nos critérios se deu a partir da vivência do pesquisador, como preceptor de enfermagem, durante a educação permanente dos enfermeiros, que acabou por abarcar praticamente toda a equipe de saúde da família, quando na discussão do tema “Organização do Serviço – o Centro de Saúde da Família”. A vivência no território como preceptor, oportunizou o pesquisador conhecer parte do processo de trabalho dos gerentes e demais trabalhadores de saúde, como também a organização do espaço físico e a resignificação dos mesmos. Assim, foram escolhidos na zona urbana, os territórios do Sumaré e das Pedrinhas, e, na zona rural, Taperuaba e Bilheira. Para preservar os sujeitos e o cumprimento dos princípios éticos e legais da pesquisa, o nome dos territórios foram substituídos por nomes de árvores da flora do semi-árido nordestino, sendo que, os da zona urbana apresentam a denominação de Jucá e Catingueira e os da zona rural de Aroeira e Mufumbo.

Eixos, categorias e análise durante a observação:

Eixo 1 - Trato do Coordenador da Estratégia Saúde da Família com os Gerentes e desses com suas equipes: relação entre sujeitos - autonomia, diálogo, negociação e participação.

Eixo 2 – Operacionalização: o que é feito/realizado; a forma de condução da reunião pelo Coordenador e pelo Gerente; demandas; articulação (inter) institucional.

As categorias utilizadas foram:

Finalidades;

Objetivos;

Concepção do processo saúde-doença;

Instrumentos; e

Agentes.

Durante a observação nas rodas dos territórios o Termo de Consentimento Livre, Esclarecido e Consciente (Apêndice F) utilizado, foi de forma coletiva, para evitar o excesso de burocracia.

Quanto ao grupo focal, Beck, Gonzáles e Leopardi (2001) o consideram como uma das técnicas apropriadas à pesquisa qualitativa. Completam referindo que o grupo focal é uma técnica direta de coleta de dados a partir das falas dos sujeitos, em interação micro-coletiva, dos relatos de suas experiências e percepções acerca de um tema de interesse público, reformulados e criticados dentro do grupo de pares. O grupo pode ser organizado/formado para fins da investigação ou já ser preexistente.

O grupo focal pode ser utilizado conforme Nogueira-Martins e Bógus (2004, p. 51) para “gerar ou formular teorias a serem posteriormente testadas por estudos quantitativos, identificar conceitos, crenças, percepções, expectativas, motivações e necessidades de um grupo específico de interesse do pesquisador”.

De acordo com Pereira e col. (2004, p. 28) os grupos focais permitem a “forma de pensar coletiva de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas”.

No tocante aos aspectos organizacionais do grupo focal, o estudo seguiu o sugerido por Cubas (2006):

Encontros - os sujeitos foram divididos em dois grupos, sendo um grupo com o coletivo de gerentes da zona rural e outro da zona urbana. Foi realizado um encontro com cada um dos grupos.

Roteiro de temas - foi estabelecido como referência, às práticas dos gerentes do território na ESF (Apêndice E).

Duração - o tempo utilizado foi de uma hora e meia.

Dimensão – o grupo da zona urbana foi composto por sete gerentes e o da zona rural por oito gerentes. É importante registrarmos que todos os gerentes foram convidados a participar do grupo focal.

Recrutamento dos participantes - ocorreu durante a Roda de Gerentes, com a sugestão das datas dos dois grupos.

Apresentação do moderador/animador e do observador/assistente – ocorreu ao início do grupo.

Recurso de gravação - foi utilizado gravador de áudio e fita cassete, com a devida autorização dos sujeitos.

Local - o espaço escolhido levou em consideração a acessibilidade, privacidade, neutralidade e conforto dos gerentes. Para tanto, o grupo focal ocorreu na Escola de Saúde da Família

Contrato do grupo - foi desenvolvido com base em regras de convivência, além do estabelecimento do horário de duração; o não uso de celulares; sigilo compartilhado; respeito à fala do outro e a dinâmica do debate; e o limite de dez minutos para incorporação de eventuais atrasados.

A coleta de dados do estudo ocorreu no período de 22 de novembro de 2006 a 20 de janeiro de 2007. A coleta ocorreu por mais de um mês, devido o período ser coincidente com o período de férias dos gerentes.

2.6 Método de Análise dos Dados.

Deslandes e Assis (2002, p. 207) discorrem que, na pesquisa qualitativa, a interpretação é reconhecida como a base da própria pesquisa. Nesta pesquisa a interpretação esteve “[...] presente durante todo o seu processo - no trabalho de campo para construir hipóteses, na interação do pesquisador com os sujeitos pesquisados - e constitui o exercício essencial para análise”.

Os dados referentes às variáveis sobre o perfil, os tipos de qualificação ou processos de educação permanente nos quais estavam inseridos os gerentes, o desenvolvimento científico-cultural, a formação profissional e gestão do trabalho foram sistematizados com o auxílio de um Estatístico, e analisados mediante o grupamento em tabelas, com a discussão de pontos relevantes, com base na literatura pertinente. Os dados referentes às facilidades e dificuldades no gerenciamento foram categorizados por aproximação em tabelas.

Os dados que discorrem sobre o processo pelos quais os gerentes ascenderam aos cargos, seu conhecimento sobre território, territorialização, gestão participativa, ESF e a participação sócio-política no território, estão analisados a partir de um processo de categorização. Quanto às categorias, Minayo (2003, p. 70) sugere sua utilização para o estabelecimento de classificações. A autora completa afirmando, que trabalhar com categorias significa “agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Esse tipo de procedimento, de um modo geral, pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa”. Minayo encerra referindo que as categorias “podem ser

estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados”. As categorias “estabelecidas antes são conceitos mais gerais e mais abstratos. Esse tipo requer uma fundamentação teórica sólida por parte do pesquisador. Já as formuladas a partir da coleta de dados são mais específicas e mais concretas”.

Os dados que encerram às práticas dos gerentes do território na ESF, coletados durante o grupo focal, foram analisados a partir do Discurso do Sujeito Coletivo-DSC, proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 10), em que o “pensamento coletivo precisa sempre ser pesquisado qualitativamente”. O Sujeito Coletivo é expresso por meio de um discurso que poderia ser chamado de primeira pessoa (coletiva) do singular [...]. “Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade”. Segundo os autores esse “discurso coletivo expressa um sujeito coletivo e viabiliza um pensamento social” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003, p. 16).

Para a confecção dos DSC, Lefèvre e Lefèvre (2003, p. 17), sugerem as seguintes figuras metodológicas:

Expressões-chave-ECH - são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador, e que revelam a essência do depoimento ou, mais preciosamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento - que, em geral, correspondem às questões de pesquisa -. [...] Busca-se, aqui, o resgate da literalidade do depoimento.

Idéias centrais-IC - é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC. [...] É importante assinalar que a IC *não é uma interpretação, mas uma descrição* do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos.

Ancoragem-AC - Algumas ECH remetem não a uma IC correspondente, mas a uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social, denomina-se ancoragem, que é a manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica.

Os dados da observação sistemática estão analisados a partir do sistema de categorias próprias do método.

Para preservação ética dos gerentes, o nome dos mesmos foi substituído por nome marianos, no caso das mulheres e o dos homens por nomes bíblicos.

2.7 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa.

Para a realização do estudo foi buscada, inicialmente, a permissão da Secretaria da Saúde e Ação Social do Município de Sobral-CE, por meio do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde-NEPS, quando foi encaminhado o Protocolo de Pesquisa, sendo este analisado e, em seguida, deliberado em favor da realização da pesquisa; por conseguinte, o Protocolo de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE, sendo o mesmo aprovado.

O campo da pesquisa foi regido pela Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde-CNS (BRASIL, 1996b), que se refere aos aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos. Segundo o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002b, p. 85) a eticidade da pesquisa implica em:

- a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes – autonomia -. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;
- b) ponderação de riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos – beneficência -, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- c) garantia de que danos previsíveis serão evitados - não maleficência -;
- d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sociohumanitária - justiça e equidade -.

Segundo Marcus e Liehr (2001) toda pesquisa tem como uma de suas exigências a proteção dos sujeitos. Durante todas as fases desta pesquisa foram respeitados os princípios éticos e legais, pautados nos princípios da bioética.

3 SOBRAL - UM CENÁRIO DO TERRITÓRIO GLOBALIZADO

3.1 Construção Histórica do Território de Sobral.

A construção histórica do território de Sobral entrelaça-se com a do Estado do Ceará e com importantes fatos históricos-políticos do Brasil. Para tanto, foi utilizado a classificação histórico-temporal, sugerida por Sampaio, Santos e Silva (2006), em que trabalha a historicidade do Ceará, em três grandes blocos históricos, conforme apresentado no Quadro 4:

Quadro 4 Periodização da História do Ceará, Específica para a Saúde Pública, de 1500 a 2002, Segundo Eras e Períodos.

ERA	PERÍODO	DATA
COLONIAL	-	1500/1822
IMPERIAL	-	1822/1889
REPUBLICANA	Fundação e Turbulência Republicana	1889/1930
	Ceará Getulista	1930/1945
	Ceará Populista	1945/1964
	Ceará dos Coronéis	1964/1987
	Ceará dos Empresários	1987/2002

Fonte: SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.N.; SILVA, A.O. **Periodização da história do Ceará:** instrumento de apoio à análise de políticas de saúde. Fortaleza: UECE, 2006. (mimeo). p. 1-4.

Sobral surge em meados do século XVIII, enraizado no sertão nordestino, mais precisamente, no noroeste cearense, como área de transição entre os litorais do nordeste e as matas úmidas do meio-norte, tendo a *cuesta* da Ibiapaba como acidente natural demarcatório do eixo desta transição. Originalmente apresentou vasto território, de 15.810km², que se estendia em serras, vales, sertões, pequenos enclaves de mangues e praias atlânticas arenosas, expostas a ventos secos. Ao

longo de quase trezentos anos de desenvolvimento, divisões e subdivisões deste território deram origem a 18 municípios, que se unem pelo enlace dos rios Acaraú e Coreaú – por suas águas e vales. No que diz respeito à sede do município de Sobral, o rio Acaraú foi sua grande referência de desenvolvimento histórico, econômico, político e cultural (FROTA, 1995; ROCHA, 2003; SABOYA; CARACRISTI, 2004).

3.1.1 O Rio Acaraú, a Nação Indígena e a Colonização Portuguesa.

Quanto ao rio Acaraú muitas são as resenhas históricas, que se confundem na história do Ceará. No que concerne à origem da palavra Acaraú⁹⁵ segundo Tomaz Pompeu Sobrinho (*apud* FROTA, 1995, p. 11), a mesma vem de mutações lingüísticas derivadas das palavras Acaracú ou Acaraqus. Outra denominação usual no século XVII era de origem indígena tapuia, que era Conoribo, provavelmente, de origem Tremembé. Uma outra denominação indígena era Curujune. No ano de 1879, por meio de disposição legislativa da Província, devido à questão de eufonia, assume a forma atual, Acaraú. O nome Acaraú, no decorrer da história foi dado ao rio e a um povoado de pescadores que se formou no estuário a uma légua do oceano, à margem direita. O povoado evoluiu a vila, e por fim ao município de Acaraú. A palavra Acaraú etimologicamente significa rio das garças: Acará- garça e hú- água, rio. Saboya e Caracristi (2004, p. 81) utilizam as derivações de comedouro de acarás – peixes – ou comedouro de garças, como significados para a palavra Acaraú.

O rio passa a ocupar papel importante, por sua localização estratégica, para povoamento do Ceará, interiorização da pecuária e o desenvolvimento do ciclo

⁹⁵ “O mais antigo registro do nome encontra-se na Jornada do Maranhão”, quando seu autor, Diogo de Campos Moreno, referindo-se a costa, frente da qual velejava a armada de Jerônimo de Albuquerque, no dia 29 de setembro de 1614, diz ter reconhecido a ‘terra do Acaraú e seus parais que a uma légua do mar não davam mais que duas braças e meia de légua. Estes emparcelados e a barra do rio eram desde muitos anos antes bem conhecidos dos nautas que freqüentavam as nossas costas. No mapa de Pedro Reinel, em 1516 figura a foz do rio Acaraú com o nome de ‘b. dos Parces’ (barra dos parais). Anteriormente, embora sem designação, aparece esta barra bem evidente nos mapas de Cantino (1502) e de Canerio (1505). Ela também parece ter sido observada por Pinzon ou Lepe, em 1500, pois podemos identificá-la, a leste da saliente ponta de Jeriquaquára, no célebre mapa de Juam de la Cosa, o mapa pioneiro do continente americano. Na carta de Gaspar Viegas (1534), o melhor confeccionado no século XVI, está a costa do Acaraú, com a denominação de ‘tra de pescaria’ (terra de pescaria), no meio da qual se abre a foz de um rio. Em 1574, no conhecido ‘mapa das capitancias’, o rio Acaraú tem denominação de ‘r. Grande’ [...] (TOMAZ POMPEU SOBRINHO *apud* FROTA, 1995, p. 13). No ano de 1706, o desembargador da capitania da Paraíba, Cristóvão S. de Reimão foi designado a fazer a demarcação das terras da Ribeira do Jaguaribe e do Acaraú (PINHEIRO, 2004, p. 35).

do gado na capitania; tanto que, os primeiros registros da história de colonização e ocupação do território de Sobral por homens de cor branca se dão às margens, no vale do rio Acaraú.

O rio Acaraú, atualmente, é perenizado com as águas do açude Araras, localizado no município de Varjota-CE (Anexo D), construído pelo Departamento Nacional de Obras Contra as Secas-DNOCS durante o governo do Presidente Juscelino Kubitschek, que teve sua construção concluída em 31 de julho de 1958, com uma capacidade de 1.000.000.000 m³; volume de barragem - 3.758.000 m³; altura máxima 38 m; e, extensão da parede 2.700 m. O território marginal do rio Acaraú, atualmente, passa por um processo de degradação, com devastação das matas ciliares e subutilização de sua capacidade produtiva. Suas águas abastecem cidades e pequenos territórios de cultura irrigada de frutas e verduras. O cultivo de mandioca para produção de farinha, ainda é uma realidade, principalmente, no baixo Acaraú (Anexo D).

Antes da dominação do território do rio Acaraú, o vale era habitado por indígenas de diversas etnias. As tribos existentes, segundo Saboya e Caracristi (2004, p. 68), eram as Arariús – habitantes da serra da Meruoca e da bacia do rio Acaraú –, Tapuias⁹⁶, Tremembés, Tabajaras, Potiguaras e Reriús, que habitavam, principalmente, as serras da Meruoca, Rosário e Ibiapaba. Segundo Frota (1995), os Arariús foram aldeados, principalmente, no Riacho-do-Guimarães, e os Tremembés, em Almofala. Conforme Tristão de Alencar Araripe (*apud* FROTA, 1995, p. 7) os indígenas que habitavam ambas as margens do rio eram da etnia dos Areriús, da raça dos Tapuios, e os mesmos eram “assaz bravios e indóceis”. Os Areriús eram nativos da ribeira do Acaraú e foram resistentes a entregar suas terras aos homens brancos.

Quanto ao número total de índios e aldeias, Martim Soares Moreno estimou que existissem cerca de 150 mil índios e 22 aldeias no “Siará”. Quanto a este quantitativo populacional, Farias (1997), assevera que ele, o “fundador do Ceará”, pouco explorou o interior do Ceará, não sendo tão confiáveis seus números.

Os índios sobreviviam da caça por todo vale, da pesca nas águas do rio, de frutos silvestres e da plantação de milho, mandioca e batata doce (FROTA, 1995; SABOYA; CARACRISTI, 2004). Suas habitações eram denominadas de tabas

⁹⁶ Tapuias eram índios considerados de língua travada, ou seja, que não falavam tupi-guarani. Eram indígenas que não aceitavam a sujeição aos homens brancos.

construídas de estacas e revestidas por folhas de palmeiras, como a carnaubeira. No interior das tabas havia apenas redes e vasos de cerâmicas, utilizados para acondicionar bebidas produzidas a partir da mandioca – o cauim – e do caju – o mocororó. Durante as festividades, os indígenas enfeitavam-se todos – com penas de ema na cintura e cabeça, colares, braceletes de caroços duros –, dançavam e cantavam, ao som da gaita, maracá e toré. Os indígenas, normalmente, realizavam um “festejo noturno a que denominavam de *paressé*; e diziam que então aparecia certo gênio chamado Arároara, o qual ia de casa em casa acordando os moradores para não faltarem ao regozijo geral” (FROTA, 1995, p. 8).

Os índios viviam em equilíbrio, demográfico e de disputas, nestes territórios, até a interiorização do homem branco, que veio para tomar suas terras, com direito de posse emanado pelo governo português, a sesmaria. A lógica da propriedade privada da terra, estranha aos indígenas, as tecnologias de cultivo e povoamento, além da estratégia, para dominar, de colocar grupos indígenas nativos em competição, além das doenças virais e bacterianas, introduziram uma nova realidade, bastante destrutiva, na vida destes grupos (PINHEIRO, 2004).

A sujeição dos indígenas ocorreu por meio das missões religiosas e das armas militares.

Os missionários catequizavam e alfabetizavam os indígenas na língua oficial, violentando suas culturas e “amestrando” estes. A religião dos indígenas era considerada supersticiosa pelos missionários jesuítas. O padre Ascenso Gago (1695 *apud* LEITE, 1943, p. 42), que implantou aldeia tabajara na Serra da Ibiapaba, afirma na *Carta Anua*, que os indígenas eram “[...] supersticiosíssimos e crêem cegamente nas mentiras dos seus pajés ou advindos [...]” A carta expressa a violação da cultura histórica indígena e do território. Pinheiro (2004, p. 20) confirma o posicionamento dos missionários jesuítas, citando que a “religião dos povos indígenas era tratada como superstição; o pajé, que exercia a função religiosa e curativa, era considerado charlatão e embusteiro. Para os missionários era essencial desmoralizar os pajés”.

A sujeição armada teve início no século XVII, em que colonizadores buscavam o reconhecimento do território e o debando ou cativo dos Tapuias, gerando grandes conflitos (ROCHA, 2003). Muitas foram às expedições que afrontaram os indígenas. Pero Coelho, durante visita a serra da Ibiapaba cativou

inúmeros índios. Oficialmente, em 1708, ocorreu uma primeira expedição, por ordem do governador da província, o Capitão Bernardo Coelho com suas tropas caminharam a diversos territórios das confederações indígenas com o intuito de destruí-las, ou mesmo dizimá-las. No ano de 1713, uma segunda expedição, que dentre outros objetivos buscavam a destruição dos Aleriús fez com que estes se levantassem contra os colonizadores habitantes da ribeira do Acaraú. Ocorreram ainda, duas outras expedições em 1721 e 1727 (FROTA, 1995).

Frota (1995, p. 10) afirma que as expedições mataram, aprisionaram e cativaram os índios. Na expedição ocorrida em 1727, quando estes já não eram encontrados “reunidos em bandos para acometer povoações e fazendas de gados; raros eram os assaltos, que os moradores das localidades repeliam”.

A Igreja Católica e colonizadores discordavam sobre as formas de “escravidão” dos indígenas aldeados, mesmo assim, associaram-se “elaborando argumentos que justificavam a expropriação das terras indígenas e a submissão desses povos aos seus interesses” (PINHEIRO, 2004, p. 18). A respeito desse cenário, Rocha (2003, p. 39) refere que “ao mesmo tempo em que os colonizadores se embrenhavam no interior, na busca de conquistas de terra e de concessão de datas de sesmarias, os clérigos metiam-se sertão adentro, buscando aumentar suas terras” e catequizar os índios.

Na ribeira do Acaraú as expedições contra os indígenas, ocorreram para que os colonos se apoderassem das terras, implantassem suas fazendas de gado e buscassem riqueza. Os índios, por sua vez, lutaram para defender seu território, manter sua sobrevivência e preservar sua cultura e a vida.

Para Carvalho (1984 *apud* PINHEIRO, 2004, p. 18) o...

território tinha significado diferenciado para os povos indígenas e para os colonos. Para estes últimos, a terra era, sobretudo um meio de produção, enquanto que para os povos indígenas, além de ser um dos meios que lhes garantia a sobrevivência, o território constituía-se em um valor simbólico, através do qual se definia a própria identidade.

Conforme Haesbaert (2006, p. 66), o território para o índio...

é ao mesmo tempo um espaço de reprodução física, de subsistência material, e um espaço carregado de referências simbólicas, veículo de manutenção de sua identidade cultural. Aqui, nestas ‘sociedades holistas’, [...] parece caber melhor a expressão do território como ‘experiência total do espaço’. Na verdade, cada grupo cultural e cada período histórico funda sua própria forma de ‘vivenciar’ integralmente o espaço.

De acordo com Pinheiro (2004, p. 25) “[...] para o índio, o território era fator considerado indispensável para a sua integridade física e sociocultural [...]”.

Conforme Falcão (1999a) o processo de demarcação territorial é próprio do ser humano desde as primeiras civilizações. O território...

que pertencia às famílias ou tribos, foi se consolidando com a evolução do pastoreio e da agricultura. A evolução da posse do território pelas tribos foi o embrião do território dos estados da Antigüidade, processo posteriormente ampliado pelos povos, sendo constantemente alterado pelas guerras de conquistas, com reflexos na definição de suas divisas (FALCÃO, 1999a, p. 102).

No que concerne ao território de Sobral, as expedições e a resistência dos povos indígenas, representam a primeira luta histórica que se tem registro da defesa, expropriação e apropriação do mesmo. Naquele momento, ocorria um confronto de culturas e de visões de mundo. O território que deveria ser o espaço de acolher vidas e culturas passou a ser um espaço de torturas, terrorismo e de dizimação. O território de Sobral em sua gênese na história do povo branco foi palco do extermínio do povo que durante milênios cuidou e tratou de sua ecologia, a sua maneira (FROTA, 1995; SABOYA; CARACRISTI, 2004).

Ressaltamos que, apesar de existir uma disputa pela dominação dos povos indígenas entre jesuítas e colonos, os missionários é que de certa forma os preparavam para o trabalho escravo na pecuária e lavoura, além de levá-los a assumir os modos de vida européia.

A violência durante o processo de ocupação dos territórios marginais do rio Acaraú, foi comum na história da capitania do Ceará, com a distribuição das sesmarias, e a apropriação pelos colonos para o avanço da pecuária; sendo inclusive, exacerbado no vale do rio Jaguaribe, onde o processo de ocupação foi mais expressivo. Com a colonização, conforme Farias (1997, p. 28) somente restaram poucas opções para os índios, dentre elas: “a escravidão, a morte, a expulsão de suas terras ou ainda uma heróica e infrutífera resistência⁹⁷”. Registra-se ainda, que a violência sexual contra as índias era comum, fato que deu origem aos caboclos cearenses.

⁹⁷ O principal movimento de resistência dos povos indígenas foi denominado de “Guerra dos Bárbaros” e de “Confederação dos Cariris”. Na Confederação todos os povos – Baiacus, Icós, Anacés, Quixelôs, Jaguaribaras, Acriús, Arariús, Canindés, Jenipapos, Tremembés, Crateús dentre outros, acompanharam os Janduins – deixaram de lado suas diferenças e uniram-se contra o homem branco colonizador. A Confederação dos Cariris reuniu os índios do Piauí, Parnaíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Ceará, durando do final do século XVII – 1686 – até meados de 1720. O nome Cariris é utilizado como referência aos Tapuias.

Com a excessiva perseguição aos índios, os mesmos procuraram a Serra da Ibiapaba para refugiar-se, devido à mesma ser geograficamente estratégica e ficar próxima à divisa do Ceará, como também, apresentar fácil acesso ao oceano, às praias de Camocim. Com isso, na Ibiapaba foi implantada uma Missão Jesuítica, denominada de aldeamento de Nossa Senhora da Assunção da Ibiapaba, depois com a expulsão dos jesuítas, passou a vila Viçosa Real da América. A missão apresentou um nível de organização considerável, tanto que dominou toda a serra, e acabou por fundar a cidade de Viçosa do Ceará – uma das poucas cidades da região que não foram originadas à época pela pecuária –. Nessa missão, os “jesuítas possuíam muitas cabeças de gado em algumas de suas fazendas” (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 73).

Uma outra aldeia que prosperou na região, coordenada pela missão jesuítica, foi a Missão de Nossa Senhora da Conceição de Almofala, na atualidade o município de Itarema, que pertenceu a Acaraú. A aldeia era de índios Tremembés. Os Tremembés habitavam do Maranhão ao Vale do Curu. Vale ressaltar, que muitas missões de homens brancos foram enviadas para exterminar os Tremembés. Ainda hoje, existem aldeias dos índios Tremembés nos municípios de Acaraú, Itarema e Caucaia – antiga Soure.

Quanto aos aldeamentos, para Farias (1997, p. 29) escreve que os mesmos eram “espécies de aldeias artificiais, militarizadas, tendo como chefe um missionário que usava de todas as maneiras para catequizar e ‘domesticar’ os índios. Logo, pode-se verificar que catequização e colonização estavam estreitamente ligadas”. O autor continua afirmando que o *gentio* – como o índio era chamado pejorativamente – ao ser convertido ao catolicismo, passava a ser um índio “aculturado, desnorteado, confuso, muitas vezes, expulso da própria terra e estrutura social, e, por tal razão, menos incapaz de resistir ao branco conquistador, mais fácil de ser escravizado ou de ser usado como verdadeiro semi-servo nos latifúndios que surgiram [...]” (FARIAS, 1997, p. 29). O sistema de aldeamento, na realidade, foi uma estratégia do governo português para desmobilizar os indígenas, e permitir o avanço do povoamento pelo branco.

O avanço das Missões levou a coroa portuguesa a doar uma légua em quadros às aldeias. A doação objetivava “apaziguar os povos indígenas, que nesse período já estavam em luta aberta na defesa de seus territórios” (PINHEIRO, 2004,

p. 28). Com a doação de terras para os aldeamentos, os missionários jesuítas, aos poucos foram se tornando grandes latifundiários às margens de muitos rios, dentre eles o Acaraú e o Coreaú.

As missões aos poucos foram avançando e acumulando poder político e econômico, devido aos grandes latifúndios na capitania, levando os jesuítas ao enfrentamento com os colonos, por terra e poder. Em decorrência, no ano de 1759, o Ministro português, Marquês de Pombal, determinou a expulsão dos jesuítas.

Com a expulsão dos jesuítas, a partir do ano de 1758, as aldeias indígenas foram transformadas em vilas (PINHEIRO, 2004, p. 46). Para que uma aldeia passasse a vila, era necessário um mínimo de 150 casais de habitantes. Os colonos, em período posterior, sem autorização da Coroa Portuguesa, passaram a invadir e tomar as terras – vilas – dos povos indígenas⁹⁸, para ampliar seus latifúndios e, conseqüentemente, o rebanho bovino.

Com o avanço da destruição das vilas no vale do rio Acaraú e regiões próximas, os indígenas buscaram as serras da Meruoca e da Ibiapaba para esconder-se. A Serra da Ibiapaba parecia o “porto seguro” para os indígenas fugirem do massacre dos colonizadores, e acabou por aglutinar índios de diversas etnias (FROTA, 1995; SABOYA; CARACRISTI, 2004).

A organização dos povos indígenas, na serra da Ibiapaba, permitiu o contato deste com os navegadores, no litoral do oceano Atlântico. Segundo Pinheiro (2004, p. 38) “eram freqüentes as notícias sobre o comércio entre os povos indígenas e os franceses no rio Camocim, o que fazia da Serra da Ibiapaba local estratégico, quando Pero Coelho veio, em 1603, com o objetivo de estabelecer o domínio português sobre a região”. Com a expulsão dos holandeses, em 1654, de Pernambuco, os indígenas aliados a estes fugiram para a Serra da Ibiapaba.

Apesar dos indígenas refugiarem-se na Ibiapaba, os conflitos não deixaram de existir, pelo contrário, aumentaram. Quanto a esse cenário, Pinheiro (2004, p. 27) cita que “[...] o conflito entre os indígenas e os conquistadores, no sertão do Nordeste, foi-se agonizando à medida que as terras foram sendo ocupadas pela pecuária”.

⁹⁸ A excessiva perseguição aos povos indígenas resultou na restrição dos territórios, a um genocídio e etnocídio – destruição física e cultural –, o que quase culminou com o extermínio de muitas nações e culturas.

A suposta “ressurreição” ocorrida na Ibiapaba sugeriu que a capitania do Ceará fosse povoada com certa urgência. Assim, foi feito! Os colonos passaram a instalar suas fazendas nas sesmarias.

3.1.2 A Construção das Fazendas e o Ciclo do Gado.

As fazendas que eram estruturadas no vale do Acaraú como em outras áreas do Ceará, apresentavam algumas características comuns à época: tinham uma grande extensão territorial; um contingente elevado de cabeças de gado criadas soltas no pasto eram identificados com marcas a ferro, com as insígnias do proprietário e da fazenda a que pertencia; a casa do proprietário era grande e construída de tijolos, coberta com telhas e ladeada por alpendres; já a casa dos agregados da fazenda, normalmente, eram de taipa – barro vermelho e madeira – e cobertas com palha de carnaúba. Era comum nas fazendas a existência de uma pequena capela para a celebração de missas, casamentos, batizados e outros. Os agregados eram pessoas, que contribuía com a labuta diária da fazenda, no cuidado ao gado e cultivo das culturas – roça – de milho, feijão, algodão, mandioca dentre outros. Aos poucos, muitos dos agregados eram índios, que foram “domesticados”. “Os produtos utilizados nas fazendas vinham geralmente do gado como: a carne, o leite e o couro que era utilizado na fabricação de utensílios e objetos de uso pessoal, doméstico e de trabalho” (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 74).

A administração das fazendas era entregue por seus donatários aos vaqueiros. Saboya e Caracristi (2004, p. 77) afirmam que os vaqueiros no tanger do gado nos pastos, foram os verdadeiros desbravadores do sertão cearense. As autoras completam dizendo que os mesmo “abriram caminhos, ocuparam áreas despovoadas, criaram e amansaram bois e dirigiram os serviços fazendários”.

Aos poucos as fazendas foram mudando a paisagem e a vida no sertão, devido a sua expansão e a chegada das famílias de seus donatários. Conforme assevera Barbosa (2004, p. 69), o “estabelecimento das fazendas e a presença dos proprietários modificou a vida no sertão e novas condições tiveram que ser criadas, na medida em que os ranchos que os vaqueiros erguiam para se abrigarem do sol e da chuva deram lugar” as grandiosas e imponentes casas.

De acordo com Raimundo Girão (1947 *apud* FROTA, 1995, p. 30) as casas dos proprietários das fazendas eram sólidas,

[...] espaçosas, de alpendres hospitaleiros, currais de mourões, por cima dos quais se podia passear, bolandeira para o preparo de farinha, teares modestos para o fabrico de redes ou pano grosseiro, açudes, engenhocas para preparar a rapadura, capela e até capelões, cavalos de estimação, negros africanos não como fator econômico, mas como elemento de magnificência e fausto.

D. José Tupinambá da Frota, em sua obra **História de Sobral** (1995, p. 29), expõe que as exuberantes casas demonstravam o “sintoma duma situação de maior fartura, inclinada para um luxo e requinte *sui generis* que, no século imediato, caracterizará a aristocracia matuta, forcejando, sem o conseguir, por nivelar-se, igualar-se, à nobreza dos engenhos, vaidosa e ademanada”.

Essa cultura que se disseminou no Ceará e no território de Sobral, nas fazendas, passa a refletir até hoje no território contemporâneo, ocorrendo uma cisão de culturas sociais e econômicas, em que cada micro-território é povoada e cultivada por um tipo de gente, que se agrupa entre si por suas características de posse e exclusão social. Os mais abastados vivem em suas exuberantes mansões, carros do ano e último modelo, muitas vezes importados, uma espécie de charrete de luxo da época do ciclo do gado. Já os habitantes do cinturão da pobreza, dos bairros periféricos, vivem em casas modestas, à semelhança dos agregados das fazendas do ciclo do gado. A riqueza na época das fazendas era medida pela quantidade de cabeças de gado e terras que os fazendeiros possuíam; fato ainda percebido nos ventos do vale do Acaraú em Sobral, que as pessoas por satisfação própria, necessitam exuberar suas posses e seus dotes, mesmo que sejam subjetivos.

Rocha (2003, p. 37) resgata que o referencial de poder dos fazendeiros era o “gado nos currais”. Vale ressaltar que ainda hoje, nos arredores e no próprio território de Sobral predomina, na cultura sertaneja, que o fazendeiro “rico” é aquele que possui uma “maloca de gado” no curral, que produza leite, queijo, manteiga e sirva para o corte. Outro aspecto de poder emanado do ciclo do gado, que ainda perdura, é a prioridade dos sertanejos, filhos de fazendeiros, em se casar com pessoas que também sejam possuidoras de razoável número de cabeças de gado, assim juntando rebanhos para formar uma boa “maloca”.

Com a estruturação das fazendas efetiva-se o ciclo do gado no Ceará, e conseqüentemente, no vale do Acaraú. A interiorização da pecuária levou ao desenvolvimento econômico primeiramente no interior – no sertão – depois no litoral, fato incomum nas demais capitanias do litoral brasileiro. Rocha (2003, p. 24) resgata

que fato semelhante ocorreu também no Piauí. O autor complementa afirmando que no Ceará ocorreu duas correntes de povoamento, sendo que a primeira delas era a litorânea, vinda de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande, na qual se buscava alcançar as fozes dos rios da costa cearense; a segunda, vinha da Bahia, caminhava pelas cabeceiras dos rios Jaguaribe, Acaraú e pelo cimo da serra da Ibiapaba.

A pecuária extensiva se desenvolveu, no Nordeste, ao longo do rio São Francisco, e ao Norte, inicialmente no Maranhão e Piauí. Tempos depois é que atingiu o Ceará.

A introdução do ciclo do gado no Ceará, após a expansão em outras capitanias, ocorreu devido à necessidade de povoação e de economia suplementar de alimentos ao Nordeste da cana-de-açúcar e do braço escravo. A capitania cearense não apresentava boas condições de acesso pela costa, por conta das correntes de água e de ar, e o clima árido dificultava o cultivo da cana-de-açúcar, a grande mercadoria colonial, mais adequada à mata atlântica, portanto não apresentava grandes atrativos econômicos diretos. Mas, a constante presença de potências estrangeiras, circulando pelo litoral e realizando ocupações específicas - franceses, holandeses, ingleses - levou o governo a incentivar o povoamento da capitania.

No entanto, a pecuária se expandiu no Ceará, não como necessidade precípua de desenvolvimento da capitania, mas, segundo Farias (1997, p. 20), devido à crise político-econômica lusa, agravada com a União Ibérica, o que levou “diversos portugueses emigrarem para o Brasil, em direção ao interior nordestino, uma vez que não existiam terras no litoral para todos, e o aumento do número de reses e a necessidade de mais áreas na zona da mata para o cultivo de cana”.

De acordo com Rocha (2003, p. 24),

os cursos de água foram fundamentais no povoamento europeu do sertão brasileiro. A Capitania do Ceará Grande era dividida em três distritos: Ceará, Jaguaribe e Acaracu – mais tarde Acaraú. Esses rios orientavam a penetração dos colonizadores pelo interior, que lá instalaram suas fazendas para dar posse às suas Datas de Sesmarias.

No caso do vale do rio Acaraú, a maioria de seus colonos vinha de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte, e um punhado era oriundo de Portugal, e, de maneira progressiva, instalaram suas fazendas para criação de gado. Os imigrantes portugueses que vieram para o vale do Acaraú, segundo Rocha

(2003, p. 32) eram pessoas extremamente simples e não carregavam “sobrenomes nobiliárquicos nem brasões”.

3.1.3 O Charque e o Couro.

Com o avanço do “ciclo do gado”, as fazendas tiveram que se estruturar para a comercialização do rebanho e de seus produtos.

Do boi se aproveitava tudo, a carne, usada fresca e salgada na região e manufaturada para o transporte a outras regiões; o leite, do qual se manufaturava queijo, coalhada, nata, manteiga; o chifre, para confecção de pentes e botões; e o couro, do qual eram produzidos assentos para cadeiras e tamboretas, o forro das portas, o piso dos quartos, a cama para o repouso e os partos, as malas e as coberturas de baús, as roupas para os vaqueiros campearem o próprio gado, botas e sandálias, chapéus, bainha para facas, mocó ou alforjes para guarda de mantimentos durante as retiradas, depósito para guardar água nas grandes viagens, arreios para animais, mochila para dar milho aos cavalos, peia para prender os animais, surrões, portas moedas, cordas para o laço de animais e máscaras para animais arredios.

Os colonos passaram a comercializar seu rebanho de duas maneiras. A primeira é o abate de rezes de gado para alimentar o povoado e manufaturar seus produtos para suprir as necessidades fisiológicas. A outra era o envio do rebanho para os grandes centros consumidores da Província do Ceará e de outras.

A comercialização do gado teve dois momentos, que segundo Rocha (2003, p. 38), ocorreu da seguinte maneira:

[...] em um primeiro momento, o gado era enviado a pé, ele mesmo transporte e mercadoria. O percurso da boiada cearense até os centros consumidores da zona da mata fazia com que o gado perdesse peso e conseqüente valor de venda. Visando diminuir os prejuízos causados pela longa viagem, instalou-se o binômio fazenda-oficina de salga, que se constituía da formação de uma grande boiada de vários proprietários em uma fazenda central de determinado vale, de lá partindo em direção à foz do rio, onde o gado era abatido e sua carne salgada como medida de conserva.

Quanto ao transporte de gado até o litoral, Frota (1995, p. 29), apresenta que

[...] as dificuldades e prejuízos nascidos das compridas travessias e ônus decorrente do subsídio de sangue, que se cobrava à taxa de 400 réis por boi e 320 réis por vaca, minguando o lucro das boiadas, forçaram-nos a preferir a venda da sua matéria prima já industrialmente preparada,

reduzida a carne, a mantas conservadas pelo sal e capazes de resistir, sem deteriorização, a longas viagens.

O processamento da carne pelas oficinas foi uma estratégia que propiciou uma economia de mercado para o sertanejo pecuarista. Rocha (2003, p. 38) cita que a indústria da carne “impediu a decadência da pecuária frente ao desastre canavieiro”. Conseqüentemente, conforme Farias (1997, p. 23), a salga da carne “contribuiu para modificar um pouco a face econômica e social do Ceará”. Com ela, continua o autor, “ocorreu uma divisão de trabalho na capitania entre fazendas de criação, oficinas de salga e pontos de comercialização”. As boiadas que anteriormente eram conduzidas para comercialização nas feiras de Pernambuco e da Bahia, “passaram a ser deslocadas, então, para o litoral, fazendo com que esta porção territorial e o Sertão interpenetrassem-se comercialmente, e possibilitando o surgimento de um mercado interno” (p. 23).

As oficinas eram encontradas em Sobral, Granja, Camocim, Acaraú e Aracati. Do porto de Acaraú eram exportadas para outras Capitânicas do Brasil grandes quantidades de carne e couro. Em Aracati foram instaladas as primeiras e maiores oficinas do Ceará, antes mesmo de 1740.

Por conta da exportação do charque pelo porto de Acaraú, era intenso o tráfego entre Sobral e Acaraú. O principal meio de transporte eram carros de bois, que circulavam em torno de 500, constantemente.

Nas oficinas, também denominadas de charqueadas, a carne era salgada e colocada ao sol para secar. Ao produto deste processo foi dado o nome de carne de charque, carne-de-sol ou carne seca. Após o processamento da carne, a mesma poderia ser transportada e embarcada nos portos para o mercado consumidor canavieiro, evitando as perdas causadas pelas longas viagens com as malocas de gado. Junto às charqueadas surgiram também, as couramas – utilização e tratamento do couro.

O charque do Ceará segundo Rocha (2003, p. 38) “passou a ser competitivo com a carne bovina da Paraíba, que estava mais próxima dos centros consumidores e enriqueceu os fazendeiros do interior e os donos das oficinas de salga nos portos da Capitania do Ceará”. A salga da carne ocorreu também no Rio Grande do Norte e no Piauí.

3.1.4 A Fazenda Caiçara.

Em Sobral, a primeira fazenda que deu origem à cidade era localizada às margens do rio Acaraú, chamada de Caiçara⁹⁹. A sesmaria da fazenda Caiçara foi doada pelo governo de Portugal ao português Antonio da Costa Peixoto, que chegou em 1702 (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 79).

Apesar da doação da sesmaria realizada a Antônio da Costa Peixoto, não se sabe de certo quem foi o primeiro dono da fazenda Caiçara. Para Frota (1995, p. 25) tudo leva a crer que o possuidor da fazenda Caiçara tenha sido o Capitão Antônio Rodrigues Magalhães. O nome do Capitão está relacionado à história de Sobral pela doação feita ao Patrimônio da Matriz.

A fazenda Caiçara media uma “légua de terra com meia de cada lado do rio Acaraú e limitava-se ao norte com a fazenda Macaco [...], e a sul com as terras da fazenda Sobrado, de Manoel Nogueira Cardoso, casado com D. Francisca Ferreira Diniz” (FROTA, 1995, p. 25). A casa principal da fazenda já existia no ano de 1750.

O Capitão Antônio Rodrigues Magalhães, potiguar, era casado com uma neta de Antônio da Costa Peixoto, D. Quitéria Marques de Jesus. Rocha (2003, p. 30) cita que o Capitão Antônio Rodrigues Magalhães na realidade não morava na fazenda Caiçara, mas sim, na fazenda Macaco, mais próxima às suas terras; somente tempos depois, segundo Cavalcante (2003) é que o casal passou a morar definitivamente na Fazenda Caiçara.

Quanto à extensão final da fazenda Caiçara, registrada nos autos do inventário de D. Quitéria Marques de Jesus (*apud* FROTA, 1995, p. 25), cita o seguinte:

[...] legoa e meia pouco mais ou pouco menos de terras chamadas do pé da serra, que confronta da parte de cima e entesta com o Geybara de baixo e parte de baixo com a fazenda da Pedra Branca, cujo sitio foi do coerdeiro Vivente Lopes Freire que o havia trocado com a defuncta sua sogra (Quitéria Marques) por outro chamado ‘Corgo da Onça’ avaliado em duzentos mil rés.

A imensidão de terras à disposição da fazenda Caiçara resultou na expropriação de milhares de índios. No entanto, na história da fazenda, registra-se que em suas proximidades, onde hoje está localizada a antiga Fábrica de Tecidos

⁹⁹ Caiçara é uma “palavra de origem indígena que significa cerca de pau-a-pique ou cerca de pau queimado” (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 73).

de Sobral, foi palco de uma batalha entre portugueses e os indígenas habitantes da região. O local ficava num serrote de pedra, que era denominado de Fortaleza, onde havia pedras com pinturas rupestres (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 71).

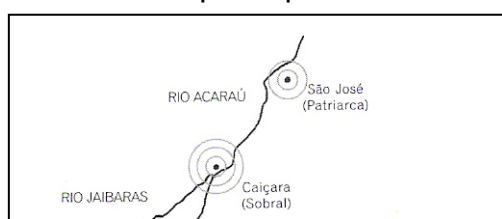
A fazenda Caiçara nas dobraduras de suas edificações, quando se estabeleceu, guardava o sangue de toda uma etnia, fato que toda a historicidade nostálgica e parcial não registrou.

Aos poucos, nas redondezas da fazenda Caiçara, foram sendo erguidas várias fazendas, o que levou a existência do Povoado da Caiçara. Esse fato histórico, segundo Rocha (2003, p. 32) foi registrado na escritura de doação de terras da fazenda Caiçara datado de 1753, aos amigos e parentes do Capitão Antônio Rodrigues Magalhães.

No desenvolvimento da fazenda Caiçara o rio Acaraú teve um papel de grande importância, tanto no acesso à água e às suas riquezas – peixes, pastagem e agricultura -, como na inclusão da localidade nos “caminhos do gado”. Conforme Saboya e Caracristi (2004, p. 87) os “caminhos do gado”, normalmente seguiam as margens dos rios, “por onde eram levadas as boiadas para serem vendidas em outros locais. A estrada que passava por Sobral chamava-se Estrada da Caiçara, ligava-se à Estrada das Boiadas e seguia em direção ao Piauí”. A fazenda Caiçara era um entroncamento dos “caminhos do gado”, tanto para o Piauí e Maranhão, como para os portos de Camocim e Acaraú. A proximidade com os portos contribuiu com o desenvolvimento do povoado da Caiçara.

Por volta de 1746, foi construída na fazenda Caiçara a capela de Nossa Senhora da Conceição, que teve início em 1742 e foi demolida em 1762, para construção da atual catedral (Anexo E), concluída em 1778. Quanto à arquitetura da capela, Rocha (2003) cita que a mesma era bastante rústica e acanhada, característica comum a toda a arquitetura sertaneja na região do Acaraú. Quando a capela de Nossa Senhora da Conceição foi construída, já existiam as capelas de São José do Patriarca (Anexo F), onde foi erguida a Capela de Nossa Senhora da Conceição em 1718; e a capela de Nossa Senhora do Rosário, em 1712, no povoado de Riacho Guimarães, atual cidade de Groaíras (Anexo G), como mostrado na Figura 5.

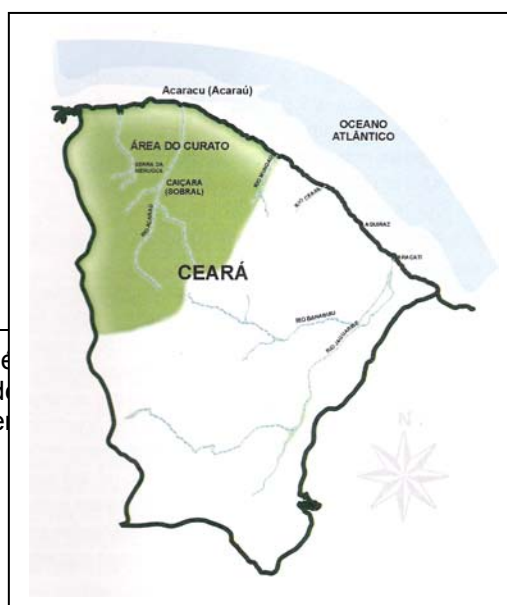
Figura 6 Povoados com Capelas próximos à Fazenda Caiçara.



Fonte: ROCHA, H. O lado esquerdo do rio. São Paulo: HUCITEC/Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2003. p. 44

Na época em que a capela Nossa Senhora da Conceição foi construída, o Padre Lino Gomes Correia celebrava missas, batizados – eram celebrados como uma grande solenidade nas fazendas e sítios, com ou sem os santos óleos – e casamentos na capela. O referido padre escolheu a capela da fazenda Caiçara para ser a sede do Curato do Acaraú. O Curato¹⁰⁰ se estendia da serra da Ibiapaba até a atual cidade de Acaraú, do rio Mundaú até a foz do rio Parnaíba e vinha funcionando provisoriamente na capela do Riacho Guimarães (ver Figura 6). A localização da sede do Curato conforme Rocha (2003, p. 41) “era um elevado à margem esquerda do rio, justamente onde seu leito é mais estreito, facilitando a travessia a vau”. O autor completa citando que além da função da catequese “era encarregada da contagem das almas, funcionado como templo, cemitério, cartório e órgão recenseador da época” (ROCHA, 2003, p. 40). No ano de 1746, assume o 1º Cura e Vigário, Padre Antônio de Carvalho e Albuquerque, que dá início a construção da capela de Nossa Senhora da Conceição.

Figura 7 Mapa da Área do Curato.



¹⁰⁰ O Cura, segundo D. José, no livro de registro dos batizados logo lançado o respectivo te

nas jornadas, levava consigo o sacramentos se efetuavam, era

Fonte: Desenho de Nelson Paiva *apud* ROCHA, H. O lado esquerdo do rio. São Paulo: HUCITEC/Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2003. p. 40.

Em 1759, Vicente Lopes Freire, genro do Capitão Antônio Rodrigues Magalhães, doa 30 braças de terra para a Irmandade de Nossa Senhora do Rosário dos Pretinhos, que em 1877, conclui a construção da capela em homenagem a santa, substituindo o nicho de taipa que existia. A irmandade era composta por homens negros, sendo comum há época, a discriminação, de que homens negros não podiam fazer seus cultos cristãos junto aos brancos (FROTA, 1995; ROCHA, 2003). Com a construção da Capela de Nossa Senhora do Rosário dos Pretinhos, dá início a um novo núcleo de povoamento da Fazenda Caiçara.

O território de Sobral que já representava ser importante para o desenvolvimento da pecuária extensiva no Ceará, agora também tinha uma simbologia especial, para o desenvolvimento religioso das famílias que habitavam as fazendas do vale do Acaraú e da serra da Ibiapaba. É importante ressaltar que o Curato do Acaraú, com seu trabalho de catequese, disseminava a religião católica e o projeto de colonização, expansão e dominação portuguesa na Capitania do Ceará.

Conforme afirma Frota (1995):

pelo meado do século XVIII, Caiçara já tinha um núcleo de habitantes, relativamente considerável. Famílias que fugiam às vexações da guerra holandesa ou corriam diante dos invasores, estabeleceram-se nos sertões da Bahia e de Pernambuco, e dali se disseminaram pelo Ceará. Continuando a sua marcha para o interior, os rios eram os caminhos que seguiam, pois que outros não havia. O baixo Jaguaribe, o litoral do Ceará, e o vale do Acaraú receberam dos sertões de Pernambuco, de Paraíba e do Rio Grande do Norte os seus povoadores!

O primeiro núcleo de povoamento da Fazenda Caiçara distribuiu-se no entorno da Praça da Matriz, com uma malha urbana distribuindo-se mais para oeste do que ao longo da margem do rio (ROCHA, 2003). A Fazenda Caiçara prosperou rapidamente, que em 17 de junho de 1748, a Câmara de Aquiraz propôs a

transferência da Vila de Fortaleza para Caiçara. Sugestão esta que não prosperou por razões expostas pelo Capitão-General da Capitania de Pernambuco ao Rei Dom José de Portugal (CAVALCANTE, 2003).

3.1.5 A Fazenda Caiçara Ascende a Vila.

O ano de 1773 apresenta um marco importante para o povoado de Caiçara: o mesmo ascende à condição de vila, com o nome pomposo, segundo Sadoc (1991 *apud* Rocha, 2003, p. 45), de Vila Distinta e Real de Sobral, no dia cinco de julho. De acordo com Rocha (2003) a palavra 'Distinta' era para designar que a vila era colonizada por brancos portugueses ou seus descendentes sem miscigenação; já a denominação 'Real' vem da condição de a mesma ter sido criada por ordem direta do Rei. Quanto à 'Sobral' deve-se ao fato de José Rodrigues Leitão compadre do Capitão Antônio Rodrigues Magalhães ter falecido no ano da ascensão a vila, e o mesmo ser natural de Sobral da Lagoa, Concelho de Óbidos, Portugal. Outra hipótese para o nome de Sobral, seria a de que o ouvidor-mor João da Costa Carneiro e Sá havia nascido na localidade chamada Sobral, distrito de Viseu ao norte de Portugal (FROTA, 2003; SABOYA; CARACRISTI, 2004).

Segundo Frota (1995), o então governador de Pernambuco, Manuel da Cunha Menezes, autorizou em cinco de julho de um mil setecentos e setenta e três, o ouvidor Carneiro e Sá que instituísse em vila a povoação de Caiçara (Figura 7).

Além de Sobral, a Capitania do Ceará – Siará –, já possuía as seguintes vilas: Aquiraz, Icó, Fortaleza, Aracati, Viçosa do Ceará, Caucaia, Granja, Crato, Crato, Baturité, Quixeramobim e Guaraciaba do Norte (Anexo H).

Saboya e Caracristi (2004, p. 93) registram que, com a criação da vila “[...] erguia-se o pelourinho, coluna de pedra ou madeira, símbolo da autonomia municipal, também utilizada como local de açoites de escravos”. Segundo Tristão de Araripe (*apud* FROTA, 1995, p. 275),

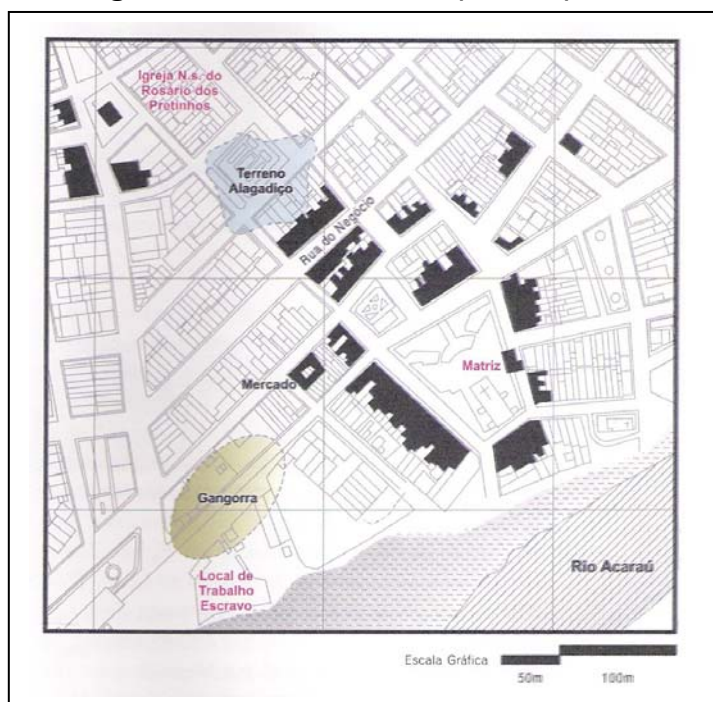
o pelourinho era uma coluna de pedras colocada em lugar público da cidade ou vila, tendo no cimo ganchos ou pontas onde se espetavam as cabeças dos criminosos ou onde os mesmos se atavam para serem expostos à vergonha, ou para serem açoitados. Tinha também argolas onde se podia enforçar, e dar tratos de polé¹⁰¹ e onde se costumavam fixar editos.

¹⁰¹ Polé – “tormento que consistia em pendurar o torturado, com uma corda grossa de cânhamo, pelos pulsos e pelas mãos, com pesos de ferro presos nos pés” (FERREIRA, 2004).

Segundo Frota (1995), o pelourinho de Sobral foi erguido na praça da Matriz, atual catedral, junto ao prédio da Prefeitura Municipal, e nunca foi utilizado para execução de pena capital.

No dia cinco de julho do ano de 1773, foi dado posse aos cargos de juízes ordinários e orphãos, vereadores e procurador do Conselho pelo escrivão João da Costa Carneiro Sá, efetivando assim, a primeira Reunião da Câmara da Vila de Sobral. As câmaras eras corporações eletivas e tinham por circunscrição o município, com eleição trienal (FROTA, 1995).

Figura 8 Sobral em 1773 quando passou a Vila.



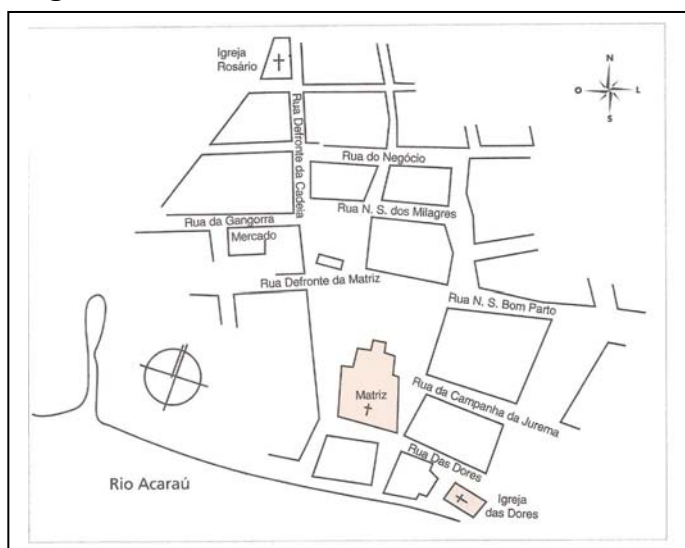
Fonte: Desenho de Nelson Paiva *apud* ROCHA, H. O lado esquerdo do rio. São Paulo: HUCITEC/Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2003. p. 46.

No ano de 1777, o Capitão Magalhães e D. Quitéria “mandaram erguer uma igreja em honra de Nossa Senhora da Conceição no local onde já existia uma antiga capela” (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 79). A Igreja foi inaugurada em 1783, pelo padre João Ribeiro Pessoa.

Com a construção da Igreja o povoado começou a crescer, sendo o primeiro núcleo de povoamento, e junto com ele o comércio (ver Figura 8). No

comércio eram vendidos “couros curtidos de vacas, carneiros e cabras, chamados de pelicas e vaquetas; queijos, milho, feijão, algodão, carne-de-sol – charque – dentre outros produtos” oriundos das manufaturas e/ou beneficiamento das fazendas dos territórios aos redores do Povoado da Caiçara (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 80).

Figura 9 Vila Distinta e Real de Sobral, 1773.



Fonte: ROCHA, H. Plano urbanístico para zona central de Sobral. Fortaleza: UFC, 1990. p. 38.

3.1.6 Sedição de Sobral.

O excesso de controle exercido pelo império, na administração local de vilas e cidades, levou diversos revoltosos habitantes da Vila Distinta de Sobral a revoltarem contra o poder hegemônico de Dom Pedro I. Uma das revoltas foi a Confederação do Equador datada de 1824.

As causas que motivaram a instauração da Confederação do Equador foram: a situação econômica do Norte e Nordeste, devido à crise na lavoura de cana-de-açúcar, algodão e fumo; a insatisfação com a dissolução da Assembléia Nacional Constituinte, sendo parte dos representantes do Nordeste; aumento dos impostos, submetendo as províncias ao Rio de Janeiro; e a outorga da Constituição

Federal de 1824 (SILVA; BASTOS, 1983). Junto a estas causas, no Nordeste povoava o sentimento republicano, principalmente, na província de Pernambuco, desde a Revolução de 1817. Com isso, Pais de Andrade se rebelou e proclamou a República da Confederação do Equador, em julho de 1824.

Após a proclamação da República, foi convocada uma Assembléia Constituinte, enquanto se utilizava provisoriamente a Constituição liberal da Colômbia (SCHNNEBERGER, 2003). Como represália, D. Pedro I mandou bombardear Recife, sendo fuzilados muitos revoltosos, entre eles Frei Caneca.

A República da Confederação do Equador foi composta pelos estados de Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí. No caso do Ceará, os revoltosos cearenses, foram fuzilados, a exemplo de Gonçalo de Loyola e Albuquerque – Padre Mororó –, João de Andrade Pessoa – Pessoa Anta – e Francisco Miguel Pereira Ibiapina, pai do Padre Ibiapina.

No ano de 1840, o presidente da Província do Ceará, José Martiniano de Alencar, pai de José de Alencar, veio a Sobral, hospedando-se no sobrado do senador Francisco de Paula Pessoa, com o intuito de conter os rebelados. Os rebelados de Sobral foram coordenados pelos coronéis Francisco Xavier Torres, Francisco Sousa Campelo, Joaquim Ribeiro e Joaquim de Sousa Jacarandá. Essa revolta foi denominada localmente Sedição de Sobral. A sedição tinha o intuito de derrubar o presidente da província e empossar Dr. Miguel Fernandes Vieira, coordenador da oposição cearense (SABOYA; CARACRISTI, 2004).

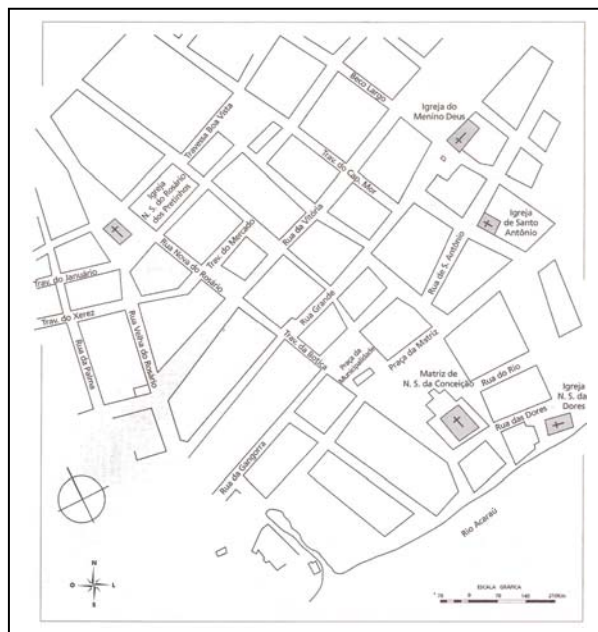
Os sediciosos segundo Frota (1995) estavam sediados no sobrado de Domingos José Pinto Braga, de onde atiravam contra a residência do senador. O combate em Sobral se deu por várias horas do dia 11 de dezembro, resultando em seis mortos, treze feridos e na vitória do presidente da província. No ano seguinte, dias depois, Sobral passou a vila (SABOYA; CARACRISTI, 2004).

3.1.7 Elevação à Cidade.

O ano de 1841 foi um dos grandes marcos para Vila Distinta e Real de Sobral, que por meio da Lei Nº 229 de 12 de janeiro de 1841, passa a cidade com a denominação de Cidade Januária do Acaraú. A terminologia Januária, deve-se ao posicionamento do Senador Martiniano de Alencar, então Presidente da Província, em homenagear a irmã de D. Pedro II, Princesa Januária. No ano seguinte, o

brigadeiro Martiniano de Alencar, então Presidente da Província, por meio do sancionamento da Lei Nº 244 de 25 de outubro de 1842, retorna o nome da cidade para Sobral (CAVALCANTE, 2003; FROTA, 1995; ROCHA, 2003; SABOYA; CARACRISTI, 2004).

Figura 10 Mapa da Fidelíssima Cidade Januária do Acaraú, 1842.



Fonte: Fonte: ROCHA, H. Plano urbanístico para zona central de Sobral. Fortaleza: UFC, 1990. p. 65.

A Figura 10 mostra o brasão de Sobral, que retrata bem a construção do território nesse período em que passa de fazenda para vila, e de vila para cidade. A faixa vermelha na parte de baixa registra os anos de elevação à vila – 1773 – e a cidade – 1841 –. Na parte superior encontram-se as torres de um castelo e uma flor de lis, que pela tradição cristã, simbolizava pureza e inocência. Possui ainda uma coroa, símbolo de poder; o sol retratando a luz e o calor; o verde representa a cerca

que ladeia parte da cidade; e duas linhas brancas em forma de “t” que simbolizam os dois principais rios que banham o território do município de Sobral, Rio Acaraú e seu afluente Jaibaras (SABOYA; CARACRISTI, 2004).

Figura 10 Brasão de Sobral.



Fonte: desenho de Expedito Mistral *apud* SABOYA, G.; CARACRISTI, I. Descobrindo e construindo Sobral: conhecimentos de geografia e história. 2. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2004. p. 94.

3.1.8 Escravidão Negra.

A escravatura negra em Sobral teve destaque na história do Ceará, por se apresentar como o local da Província de maior número de escravos em cativeiro. No ano de 1850, Sobral tinha uma população geral de 17.286 habitantes e uma população de escravos negros de 2.793 (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 83). Nessa época, o aumento da riqueza dos fazendeiros era proporcional ao número de escravos, quanto mais aumentava a riqueza, mais aumentava o número de escravos. Os escravos de Sobral segundo Frota (1995) eram oriundos de Pernambuco, Maranhão e Bahia.

Os negros do sexo masculino trabalhavam na pecuária, agricultura, serviços domésticos, ou como “escravos de aluguel” ou “de ganho”. “Os escravos de aluguel eram emprestados a outros senhores em troca de dinheiro e os escravos de

ganho procuravam serviços por conta própria com a obrigação de dividir com os seus proprietários a renda que conseguiam” (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 83). Já as negras labutavam como amas – tanto cuidavam de crianças, quanto amamentavam –, lavadeiras, costureiras, cozinheiras dentre outros serviços domésticos.

Por todo século XIX, o movimento pró-libertação dos escravos foi crescendo. “Em Sobral fundou-se a Sociedade Manumissora em 1870, com objetivo de libertar os escravos, sob a presidência do Dr. Thomas de Paula Pessoa” (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 83).

Estudo realizado por Souza (2001, p. 107) em 142 inventários do século XVIII, identificou que foram registrados como descrição de bens 602 escravos, sendo que destes 76 apresentavam doenças, como: “[...] estar quebrado, abertos do peito, aleijados, com fístula, asma, gota, corrimento, com as chamadas de doenças interiores, doentes do fígado”. Grande número das doenças era de origem dos grandes esforços do trabalho escravo.

“No ano de 1871, fundava-se a Sociedade Abolicionista que prestou serviços à causa da libertação dos escravos. Já em 1883, fundou-se o Clube Abolicionista Sobralense por iniciativa do Prof. Vivente Ferreira de Arruda, conseguindo alforriar, no final do mesmo ano, 117 escravos” (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 84).

No movimento pela libertação dos escravos, “destaca-se Maria Thomázia Figueira de Melo, sobralense que muito lutou contra a escravidão, fundando a Sociedade das Senhoras Libertadoras. Por isso, Maria Thomázia foi chamada de ‘A Libertadora’” (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 84).

Sobral declarou abolição de seus escravos negros no dia dois de fevereiro de 1884. Os negros de Sobral foram responsáveis pela fundação da primeira escola particular no ano de 1793, da capela de Nossa Senhora do Rosário – inaugurada em 1760 –, a Irmandade de Nossa Senhora do Rosário dos Pretinhos – manifesto da devoção aos santos, com a realização de novenas e procissões (SABOYA; CARACRISTI, 2004, p. 85).

3.1.9 Guerra do Paraguai.

O Paraguai desde que se tornou independente teve em seu comando governamental ditadores, isolando-se dos conflitos platinos, até o momento em que o ditador Francisco Solano López assumiu o poder, sucedendo seu pai, Carlos Antonio López. Solano Lopes deu continuidade a política econômica nacionalista, caracterizada por não admitir submissões ao capital estrangeiro, principalmente, ao inglês, fato que levou o país a ter uma moeda forte, construir siderurgia e fábrica de armamentos e munições. A Inglaterra com receio de perder sua hegemonia no domínio dos países sul-americanos, pois tinha interesse de explorá-los (SILVA; BASTOS, 1983) e o Brasil ao invadir o Uruguai, provocou imediata reação de Solano López, em que o mesmo declara guerra ao Brasil, ao aprisionar o navio brasileiro Marquês de Olinda e, por conseguinte, atacou Dourados no Mato Grosso (SCHNNEBERGER, 2003). A Inglaterra aproveitou o momento, e estimulou o Brasil e a Argentina a entrarem em guerra contra o Paraguai.

Solano López tinha como objetivo tomar o Rio Grande do Sul e o Uruguai para ter acesso ao Oceano Atlântico, fato que levou em primeiro de maio de 1865, o Brasil, Argentina e Uruguai a firmarem tratado, criando a Tríplice Aliança (SCHNNEBERGER, 2003; SILVA; BASTOS, 1983).

A Guerra do Paraguai foi extremamente longa e sangrenta, 1864-1870, levando milhares de brasileiros a combaterem, defendendo a Pátria. Um desses combatentes foi o General Tibúrcio Ferreira de Sousa, que saíra de Sobral anônimo e retorna como herói.

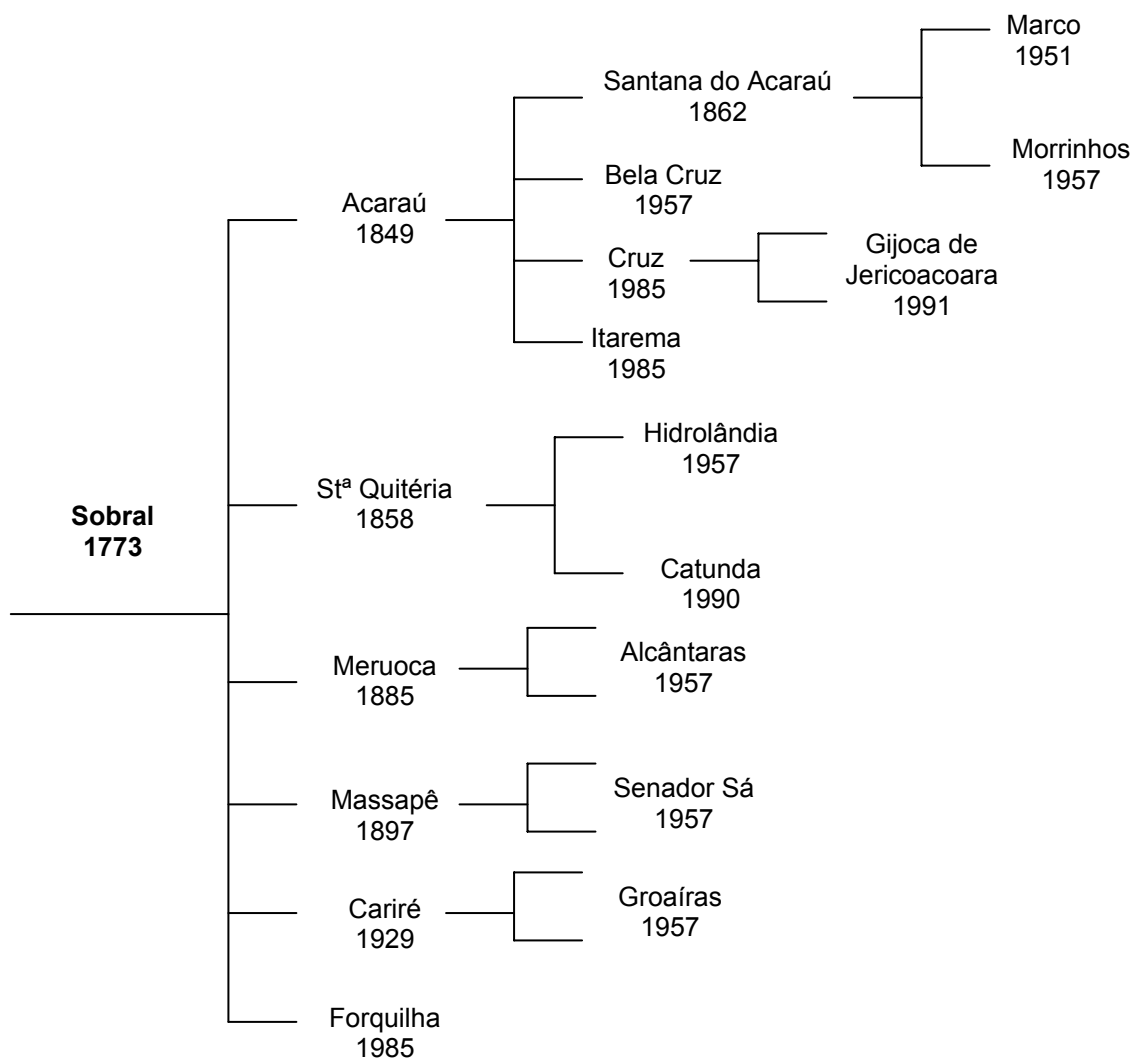
O General Tibúrcio fora recebido como todas as pompas possíveis à época. Inicialmente, foi recebido na estrada por inúmeros cavaleiros, que o acompanharam até a cidade. Ao chegar foi recebido, ou melhor, aclamado na praça que alcunhava seu nome. Em seguida, foi encaminhada ao som do Hino Nacional a inauguração do Arco do Triunfo em sua homenagem, local em que sobrevoam bandeiras com a insígnia “O Brasil e a França ao General Tibúrcio” (FROTA, 1995).

3.1.10 Divisão Político-Administrativo do Território.

Sobral por sua vastíssima extensão territorial deu origem há seis municípios tais como, Acaraú – 1849, Santa Quitéria – 1858, Meruoca – 1885, Massapé – 1897, Cariré – 1929, e Forquilha – 1985 e destes já foram emancipados mais 12 municípios, conforme apresentado na Figura 12.

Os mapas da divisão do território de Sobral podem ser melhor visualizados nos mapas do Ceará de 1872, 1900, 1920, 1940, 1950, 1960, 1985 e 1991, nos Anexos I, J, L, M, N, O, P e Q.

Figura 12 Fluxograma da Divisão Político-Administrativa de Sobral.



Fonte: FALCÃO, M.F. Ciará terra do sol: genealogia e toponímia dos municípios cearenses. Fortaleza: [S.n.], 1999b. p. 37.

3.1.11 Divisão territorial do município de Sobral por Distritos.

O Quadro 5 mostra a evolução da criação dos distritos de Sobral.

Quadro 5 Divisão territorial do município de Sobral por distritos, ano e lei de criação, 1997.

DISTRITO	ANO DE CRIAÇÃO	LEI DE CRIAÇÃO
Aprazível	1998	-
Aracatiaçu	1843	Ato
Bonfim	1963	6.482
Caioca	1964	7.150
Caracará	1933	Dec. 1.156
Jaibaras	1951	1.153
Jordão	1935	158
Patriarca	1938	Dec. 448
Rafael Arruda	1957	3.958
São José do Torto	1989	111
Taparuaba	1943	1.114

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Diretoria de Geociências, Departamento de Cartografia; Fundação Instituto de Pesquisa e Informação do Ceará-IPLANCE, Departamento de Estudos e Pesquisa, Divisão de Geografia e Cartografia *apud* Ceará, IPLANCE, 1999.

Sobral possui atualmente uma divisão territorial que compreende a sede do município mais 12 distritos oficiais. Em 2003, Patos passa a distrito. A história de criação de cada distrito está demarcada pelo desenvolvimento agropecuário e fundiário com base em um rio.

A seguir a súmula da construção histórica de parte dos distritos de Sobral:

Aracatiaçu

Criado por Ato Provincial de 18 de março de 1843, pertencente ao termo de Imperatriz (Itapipoca), do qual foi desmembrado. Incorporado ao de Uruberetama (ex-Arraial) pelo Art. 2 da Lei nº 534, de 10 de dezembro de 1850, voltando à situação anterior, em face da Lei nº 857, de agosto de 1858. Passou, de novo, a pertencer ao de Imperatriz, pela Lei nº 1112, de 27 de outubro de 1864, e ao município de Sobral, pela Lei nº 1341, de 25 de outubro de 1870. Com a Lei nº 1661, de 03 de agosto de 1875, tornou-se Município, tendo por sede o núcleo de Santo Antônio de Aracatiaçu, então elevado à vila, incorporando nesta última categoria a comarca de São Francisco (Itapajé) pela Lei nº 1672, de 19 de agosto de 1875. Com o decreto-lei nº 448 de 20 de dezembro de 1938, passou a chamar-se somente Santo Antônio, mas o Decreto Lei nº 1114, de 30 de dezembro de 1943, deu-lhe a denominação de Aracatiaçu, que é a atual. Recebeu a categoria de Município pela Lei nº 4072, de 7 de maio de 1958, compreendendo os Distritos de Aracatiaçu, Taparuaba e Caracará, desmembrados de Sobral. Porém, não teve efeito legal o citado diploma. O distrito acha-se situada à margem esquerda do Rio Aracatiaçu, perto do açude público do mesmo nome (Santo Antônio do Aracatiaçu), com capacidade de 24.185.000 m³, construído em 1924 e reconstruído em 1954. O topônimo vem do começo do século 17 e é formado de Aracati, nome do rio, e açu-grande, em contra posição ao rio Aracatimirim, que lhe corre paralelo. Neste Distrito encontra-se a conhecida fonte termal Olho d'Água do Pajé, à margem da estrada Sobral-Santa Quitéria. Área: 363.939 m² (SOBRAL, 2007a, p. 2).

Bonfim

Com sede no povoado de Várzea do Pinto, foi criado pela Lei nº 6482, de 28 de agosto de 1963, publicado no D.O do Governo do estado, edição de 11 de setembro seguinte, a qual lhe deu o nome atual em homenagem a Francisco Bonfim, grande benfeitor do núcleo populacional e considerado seu fundador. [...] A capela local tem a invocação de São José e foi levantada em terreno doado por Trajano Rodrigues de Sousa, tendo sido construída por Monsenhor Domingos Araújo Alves Bonfim, em 1950. Porém, a benção litúrgica somente se deu em 19 de março de 1959, por D. José Bezerra Coutinho. Área: 108.358 m² (SOBRAL, 2007a, p. 3).

Caioca

O nome é do rio afluente do madeira que deságua no Acaraú e nasce no serrote do Barriga, antigo Caió ou Caioca. Tem a sua origem na fazenda de criar, pertencente a Edna Pereira da Cunha, em 1776, e começou a formar-se em torno da estação da Estrada de Ferro Fortaleza – Sobral. Em documentos antigos figurava o topônimo com a forma “Cajoqua”. [...] O Distrito dispõe de um templo católico, um espírita e um da Assembléia de Deus. Segundo Pompeu Sobrinho, poderá o nome Caioca vir de caa = mato e oca = casa (casa do mato), ou de cai oca - casa queimada; cai-oca - casa do macaco prego (cai). Área: 113.158 m² (SOBRAL, 2007a, p. 4).

Caracará

A capela existente na vila tem a invocação de São Francisco. O nome, que usualmente apresenta a forma carcará, parece onomatopaica, a lembrar o canto da ave de rapina (Milvago Chimachina) de família dos Folconídeos, abundante na região. O distrito encontra-se a poucos quilômetros da BR-222 e está à margem do rio Aracatiaçu. Tem a sua origem na capela de São Francisco, construída em 1860, pertencente ao Bispado de Sobral. Área: 224.036 m² (SOBRAL, 2007a, p. 4).

Jaibaras

Localiza-se a 22 Km da cidade de Sobral, à margem esquerda do rio Jaibaras, afluente do Acaraú, barrado a alguns quilômetros acima pelo açude Aires de Sousa, ex- Jaibaras, inaugurado em 06 de maio de 1936, tendo sido encarregado da construção o Engenheiro Abel Ribeiro Filho. A capacidade é de 104.430.000 m³, tendo a bacia hidráulica 12.880 Km². A extensão da barragem é de 358m e sua altura 28,80 m. A capela local tem a invocação de São Francisco, do Bispado de Sobral. Área: 192.554 m² (SOBRAL, 2007a, p. 5).

Jordão

O distrito chamou-se Boa Vista e situa-se a 18 Km da cidade de Sobral, na serra do Rosário, à margem esquerda do riacho Jordão. Este é barrado pelo açude, construído em 1980, pelo Dr. João Tomé de Sabóia e Silva. A capela local, do Bispado de Sobral, tem como padroeira Nossa Senhora da Saúde e foi construída, em 1896, por Antônio Nicolau Ferreira Cavalcante, que conseguiu a licença respectiva a 06 de agosto do ano anterior, assinada pelo Bispo, D. Joaquim José Vieira. Área: 121.040 m² (SOBRAL, 2007a, p. 6).

Patriarca

A capela local tem a invocação de Nossa Senhora da Conceição, do Bispado de Sobral. Foi fundada por Félix da Cunha Linhares, em 1718. O primitivo templo ruiu e foi reconstruído, em 1736, pelo Capitão Domingos da Cunha Linhares, sobrinho do seu fundador. Patriarca é a povoação mais antiga da ribeira do Acaraú. Documento de 23 de outubro de 1739 chama-lhe “a capela do sítio São José, lugar mais público desta ribeira”. Durante a primeira metade do século 18 era na porta dessa capela que se afixavam os editais da justiça de toda a região. Com a morte de Félix da Cunha Linhares, em dezembro de 1723, a fazenda passou a ser administrada pelo sobrinho, Domingos da Cunha Linhares, casado com Dionísia Alves Linhares. O topônimo é o do riacho, afluente do rio Jaibaras. Área: 60.670 m² (SOBRAL, 2007a, p. 7).

Taparuaba

Localiza-se à margem direita do riacho Bom Jesus, afluente do Aracatiaçu. No distrito existem quatro açudes, sendo um público – o Santa Maria, construído em 1919 e reconstruído em 1954, com 10.000.000 m³, e os particulares Bom Jesus, Valentim e Taparuaba. João de Mesquita Pinto é considerado o fundador do núcleo populacional, chamado Santa Maria, sítio que vem de 1778 e media meia légua de comprimento no riacho Bom Jesus, de 55 Km de extensão, na ribeira de Aracatiaçu, limitando-se com terras dos herdeiros de Bento Pereira Viana e fixando-se nas extremas dos herdeiros do falecido José Abreu França. Dito riacho nasceu no ângulo formado pelas serras Caminhadeira e do Feijão, atravessa o açude Santa Maria e deságua no açude Santo Antônio do Aracatiaçu. Área: 366.112 m² (SOBRAL, 2007a, p. 7).

3.1.12 Estrada de Ferro, Ascensão Econômica e Política de Sobral e o Algodão.

Durante o século XIX, aos poucos Sobral foi se conformando como a cidade pólo no que concerne aos aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais da Zona Norte do Estado do Ceará.

Saboya e Caracristi (2004) afirmam que nesse período Sobral era um grande centro produtor de algodão, mamona, oiticica e carnaúba. Ao mesmo tempo em que Sobral vivia seu apogeu, a população era acometida por epidemias como a de febre amarela, que matou 124 pessoas no ano de 1852.

No entremeio da segunda metade do século XIX, inicia a construção da ferrovia, que veria ser o ícone de consolidação econômica e política de Sobral.

A construção da estrada de ferro foi um requisito político da Câmara Municipal de Sobral ao Governador da Província, por meio de ofício datado de sete de outubro de um mil oitocentos e setenta e três, em que era descrito uma exposição de motivos da necessidade de uma via férrea, que permitisse o acesso e comunicação direta com o porto de Granja ou de Acaraú. Anos depois, após intensa discussão na Câmara dos Deputados e no Senado Federal é que o Imperador Pedro

II, ao primeiro dia do mês de junho de um mil oitocentos de setenta e oito, autorizou a construção da Estrada de Ferro Camocim¹⁰² a Sobral (Figura 12). No dia 14 de setembro de 1878 dá início a construção da via férrea em Camocim, sendo inaugurada a estação Ferroviária no dia 15 de janeiro de 1881 (FROTA, 1995).

O ramal de Camocim originalmente foi o trecho inicial da E. F. do Sobral (Camocim-Sobral), aberto nos anos 1881 e 1882. Em 1909, toda a E. F. de Sobral foi juntada com a E. F. de Baturité para se criar a Rede de Viação Cearense, imediatamente arrendada à South American Railway. Em 1915, a RVC passa à administração federal. A linha da antiga E. F. de Sobral chega a seu ponto máximo em Oiticica, na divisa com o Piauí, em 1932, mas, em 1950, com a ligação de Sobral a Fortaleza pelo ramal de Itapipoca, o trecho Sobral-Camocim passou a ser um ramal apenas, saindo da linha Norte, formada a partir de então. Trens de passageiros percorreram o ramal até 1976. A linha foi então desativada e, embora oficialmente tenha sido erradicada em 1994 [...] (ESTAÇÕES FERROVIÁRIAS DO BRASIL, 2007, s/p.).

Figura 13 Mapa da Estrada de Ferro de Sobral.



Fonte: ESTAÇÕES FERROVIÁRIAS DO BRASIL. Estrada de ferro de Sobral. Disponível em: http://www.estacoesferroviarias.com.br/ce_sobral/fotos/ramcamoc_mapa.jpg. Acessado em: 17 jun. 2007. s/p.

Segundo dados da Companhia Ferroviária do Nordeste-CFN (2007, s/p.)

[...] devido à situação financeira deficitária, a EFS foi arrendada, por um período de 60 anos, para a firma Sabóia, Albuquerque & Cia. Tendo início a sua administração em 1o de novembro de 1897. Tal contrato perdurou até 1o de maio de 1910, data em que foi firmado um novo contrato com a firma The South American Railway Construction Company Limited, que também deveria administrar a EFB. Em 25 de agosto de 1915 foi rescindido o contrato com esta firma, tal contrato teve a sua rescisão devido à situação financeira em que se encontrava, além de terem sido apurados excessos no trato com os usuários, voltando para a administração do

¹⁰² Camocim passou a Vila no ano de 1879, desmembrando-se do município de Granja. E no ano dia 17 de agosto e 1889 passou a cidade, por meio da Lei Nº 2.162. Nessa época Camocim possuía uma população de aproximadamente 5.000 habitantes (UVA, 2000).

Governo Federal tanto a EFS como EFB, nesta mesma data foi criada a Rede de Viação Cearense-RVC, a qual estas duas ferrovias faziam parte. [...] Ainda sob a administração da Companhia inglesa foram iniciados os estudos para a ligação das EFS e EFB, através de uma nova ferrovia, tal construção teve suas obras concluídas em 1950. Após a conclusão desta ligação o trecho entre Sobral e Camocim passou a ser considerado ramal ferroviário. Em 15 de março de 1977, a diretoria da RFFSA determinou a paralisação dos trens que faziam o transporte dos passageiros no ramal Sobral – Camocim.

Segundo Saboya e Caracristi (2004) o final do século XIX, com a chegada do trem, ocorreu o incremento da riqueza de determinados grupos sociais, pois por intermédio do porto de Camocim, chegavam a Sobral mercadorias a serem comercializadas no mercado local, oriundas da Europa, principalmente de Paris. As mercadorias importadas eram utilitários domésticos, de moda feminina dentre outros. Sobral passava, então, a seguir as tendências da moda de Paris e de outras capitais brasileiras, em concorrência a Fortaleza. Até mesmo vocábulos do francês foram incorporados à linguagem local.

O binário econômico formado por Sobral e Camocim, conforme Rocha (2003) era um modelo exemplar da implantação das estradas de ferro no Brasil, para dá suporte ao comércio, a partir da navegação de cabotagem e o mercado exterior, que dava sustentação aos interesses da indústria inglesa.

A expansão da estrada de ferro no Norte do Ceará foi importantíssima para o desenvolvimento local. Em cada paragem, como eram denominados os locais em que o trem pousava, onde tinham sido construídas as estações ferroviárias, foram aos poucos se formando comunidades, que deram origem a muitos municípios, a exemplo de: Martinópole – antiga Angica, 1881 –; Uruoca – antigo Riachão, 1894 –; Senador Sá – antiga Pitombeiras, 1881 –; Massapê, 1881; Cariré, 1893; Reriutaba – antiga Santa Cruz, 1893 –; Ipu, 1894; Ipueiras, 1910; Nova Russas, 1910; Crateús, 1912; Ibiapaba, 1918; e Pires Ferreira, 1925 (FROTA, 1995; SABOYA; CARACRISTI, 2004). A construção da rodovia Fortaleza-Sobral para o transporte de passageiros, somente foi inaugurada em 1950.

Com o desenvolvimento das relações Sobral-Camocim, Sobral se consolidou como pólo comercial do Norte do Ceará, principalmente, no comércio de algodão, dando a idéia de cidade “ponta de linha” (FROTA, 1995; ROCHA, 2003; SABOYA; CARACRISTI, 2004). A cidade passava a ter essa denominação de “ponta de linha”, quando coletasse a produção e exportasse para um porto mais próximo,

fato que ocorreu entre Sobral e Camocim. Estas cidades que outrora se estabeleceram em função do charque, reestruturaram-se produtivamente por conta do algodão (ROCHA, 2003).

A estrada de ferro com a comercialização do algodão, fez com que a cidade de Sobral se expandisse, as riquezas locais aumentassem, levando a um extensivo êxodo de cidades vizinha e rural. A população crescia constantemente, e os novos aparelhos sociais foram sendo incorporados ao cenário sobralense, tanto que ainda, ao final do século XIX foram construídos os teatros Apolo e São João, praças, escolas, clubes, gabinetes de leituras, inúmeros casarões e o primeiro hipódromo do Ceará (SABOYA; CARACRISTI, 2004).

A consolidação de Sobral como pólo da produção de algodão, levou a construção da primeira grande, a Fábrica de Tecidos (1887), depois denominada de Companhia de Fiação e Tecidos Ernesto Deocleciano (SABOYA; CARACRISTI, 2004).

A cultura do algodão foi introduzida no Ceará a partir da Guerra da Independência Americana, no século XVIII, mas não possuía grande importância, pois sua cultura e exportação eram insignificantes. Um segundo grande momento da produção de algodão no Ceará se deu com a Guerra da Secessão Americana (1860-1865), em que o Brasil, com uma grande produção do Ceará, passou a fornecer algodão a indústria inglesa. Mesmo após os conflitos, o algodão cearense continuou a ser exportado para a Inglaterra, por ser de qualidade superior ao americano, chegando a valer a mais 31% do que o do concorrente (ROCHA, 2003).

Fato marcante de Sobral desde a fazenda Caiçara, é o de seu desenvolvimento econômico está centrado na produção local para exportação, principalmente, para países da Europa, como foi na época das charqueadas e couramas, e também com a era do algodão.

3.1.13 Carnaúba.

A carnaúba teve suas utilidades, descritas ao rei de Portugal, inicialmente por Manoel de Arruda Câmara, botânico, que escrevera em 26 de novembro de 1809, ao governador Caetano Pinto de Miranda, que apontava dentre as diversas utilidades domésticas e químicas da palmeira nordestina, a sua cera. O botânico já alertava à época, para preservação dos vastíssimos carnaubais (FROTA, 1995).

Segundo Frota (1995), quem primeiro estudou as propriedades da carnaúba foi o Dr. Marcos Antonio de Macedo, antes de 1819, sendo posteriormente, recompensado pelo governo brasileiro.

O carnaubal para Andrade (1986) não é somente uma paisagem do semi-árido nordestino, ele está diretamente relacionado a estrutura fundiária do Vale do Acaraú.

A carnaúba na vida das famílias tinha um papel importantíssimo:

Cera – utilizada na produção de velas e polimento dos pisos das residências dentre outros. Seu pó, até recentemente, era utilizado nas residências em que ocorriam os forrós, para polimento do piso, permitindo um melhor bailar dos casais.

Palha – a palha utilizada na cobertura de casas, em jacás – grajaús – para transporte e guarda de alimentos e roupas, portas, janelas, enchimento de colchões e travesseiros, foro de cela e esteira para os cavalos, e seu mais famoso uso são os chapéus e demais artesanatos.

Tronco – construção de casas, mourões de cercas dentre outros.

Durante séculos, hoje menos, a cera e a palha de carnaúba representaram importância para a economia local, desde a sobrevivência de pequenos colonos, a riquezas de seus atravessadores e fabricantes.

Atualmente, os carnaubais apresentam uma redução significativa de suas áreas, causando um grande impacto ecológico, econômico e social.

3.1.14 Criação da Diocese de Sobral.

No ano de 1915 foi criada a Diocese de Sobral, possuindo como primeiro bispo Dom José Tupinambá da Frota – posse em 22 de julho de 1916 –, que já era vigário da paróquia de Sobral desde 10 de fevereiro de 1908. Tal fato representou para Sobral um desenvolvimento e crescimento acelerados, por conta das obras e fundações proporcionadas pela Igreja, tanto de caráter religioso, político, social, cultural e econômico.

A criação da Diocese de Sobral deveu-se segundo Araújo (2005a, p. 29) ao trabalho “[...] persistente de Dom Jerônimo Tomé da Silva. O ilustre prelado sobralense, então Arcebispo Primaz do Brasil, tudo fez para conseguir demonstrar à

Santa Fé a necessidade e conveniência da instalação do novo bispado”. Dom Jerônimo era tio de Dom José. Em 1915, o Papa Bento XV, por meio da Bula *Catholicae Religionis Bonum* de 10 de novembro de 1915, criava a Arquidiocese de Fortaleza e as dioceses de Sobral e Crato.

Dentre os feitos do bispado de Dom José tem-se:

Aquisição do casarão do senador Paula Pessoa para sediar o Palácio Episcopal em 1916.

A criação:

a. da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, iniciada em 1912 e inaugurada em 1925, com início de funcionamento em primeiro de março de 1925. A Santa Casa é e uma entidade filantrópica, credenciada ao SUS. É um hospital que realizam atendimentos em níveis secundários e terciários da atenção à saúde, sendo referência para os municípios do norte cearense, pertencentes Às Microrregiões de Saúde de Acaraú, Camocim, Crateús, Sobral e Tianguá. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral possui o Hospital do Coração; o Abrigo Sagrado Coração de Jesus; a Clínica de Fisioterapia Dom José; o Laboratório de Análises Clínicas Fernando Mendes; o Instituto Radiodiagnóstico de Sobral; a Clínica Odontológica Dr. Raimundo Lima Neto; além dos albergues para os usuários dos hospitais com doenças crônicas (ARAGÃO; MARCELINO; XIMENES NETO, 2002).

b. do jornal diocesano, semanal, *Correio da Semana*, com primeira veiculação em 31 de março de 1918 (ARAÚJO, 2005a).

c. do Ginásio Diocesano, em dois de fevereiro de 1919, com funcionamento inicial nas dependências da Santa Casa. O ginásio foi desativado no mesmo ano por conta da seca. E para dar serviço aos flagelados Dom José, iniciou reforma na Catedral com recursos oriundos de Paris (ARAÚJO, 2005a; ROCHA, 2003).

d. do Seminário Diocesano, com inauguração em 25 de fevereiro de 1925.

e. do banco Popular de Sobral, inaugurado em 12 de novembro em 1927, com o intuito de facilitar o crédito.

f. do Colégio Sobralense, para rapazes, inaugurado em primeiro de fevereiro de um mil novecentos e trinta e quatro.

g. do Colégio Santana, para moças no antigo Palácio Episcopal, que foi transferido para o sobrado do Cel. Bandeira de Melo. O Colégio foi inaugurado em dois de fevereiro de um mil novecentos e trinta e quatro.

h. do Abrigo Sagrado Coração de Jesus, em 1953, para o amparo de idosos.

i. do Museu Diocesano no sobrado do Cel. Bandeira de Melo, que sediou o Palácio Episcopal.

3.1.15 Sobral Relativizando o Mundo: o eclipse de 1919.

Em 29 de maio de 1919, Sobral foi palco da ciência mundial por conta do eclipse total do sol, devido seu território, sua colina apresentar-se como o local ideal para visualização, com aproveitamento máximo. Cientistas dos mais importantes observatórios do mundo, como o de Greenwich, o Carnegie Instituto de Washington e do Rio de Janeiro vieram fazer seus estudos.

Para Gomes (1999, p. 14) a cidade foi escolhida

em virtude da limpidez da sua atmosfera, naquela época ressecada pelo longo estio, calamitoso do ponto de vista econômico, mas visto historicamente, cheio de um fato poderoso, extremamente atraente e capaz de colocar o nome de Sobral em todos os tratados da Astronomia e da Física.

Nesse período, em todo o Ceará, a população era assolada pela estiagem, a seca, onde ocorria uma grande migração das pessoas das áreas rurais para as cidades, e as regiões Norte e Sul do país. Momento da história retratado por Raquel de Queiroz em sua obra **O Quinze**.

O eclipse de Sobral permitiu comprovar com exatidão os cálculos matemáticos de Einstein, ou seja, a comprovação da teoria da relatividade¹⁰³. Segundo, Mourão (1999, p. 15-6) este “fenômeno astronômico de grande poder

¹⁰³ **Relatividade**- “Teoria física segundo a qual o tempo e o espaço são grandezas inter-relativas, não podendo, pois, ser consideradas independentemente uma da outra, e cuja idéia fundamental é estabelecer leis que sejam invariantes em relação ao sistema de referência, e, que assumam o mesmo aspecto em relação a qualquer referencial” (FERREIRA, 2006, s/p.).

místico - o eclipse - que tornou mais popular a imagem de Einstein até certo ponto carismática [...]”.

Por conta do eclipse, ou melhor, da comprovação da teoria da relatividade, autor como Mourão (1999) afirma que a “[...] história do mundo moderno começou em Sobral”.

3.1.16 “Estados Unidos de Sobral”.

“As elites sobralenses, reforçadas por ondas de sucessivos eventos internacionais e locais, prolongaram o legado eurocêntrico até renderem-se ao monoculturalismo norte-americano na metade do século XX” (ROCHA, 2003, p. 19).

Segundo Rocha (2003) a alcunha de “Estados Unidos de Sobral” deu-se a ascensão econômica e política de Sobral, tornando-se uma das hegemônicas cidades cearenses, que traduzia em seus espaços sociais, as convenções européias. O apelido a Sobral tem suas origens com o fim da II Guerra Mundial, em que a Europa destruída, os EUA passam a ser o referencial de civilização há época.

Tal modo sobralense foi fomentando também, pela ação do Padre Antonio da Silva Fialho, no final do século XIX, que batizou seus alunos com nomes de fidalguia própria sobralense, dos quais vieram a se constituir nos novos clãs aristocráticos de Sobral do século passado (COSTA, 2003).

Com o declínio econômico de Sobral a partir da segunda metade do século XX, levou sua classe dominante a admitir uma personalidade anacrônica, “[...] ostentando um poder sem lastro ou patrimônio sem liquidez, uma opulência alicerçada na virtualidade emanada dos importantes sobrenomes do passado” (ROCHA, 2003, p. 19).

O município de Sobral, segundo Parente (*et al*, 2006, p. 83)...

vem experimentando um forte processo de desenvolvimento em sua estrutura econômica, política, cultural e social. Há 50 anos, a cidade era o mais importante pólo comercial do norte do Estado. Na segunda metade do século XIX o crescimento do município chegou a superar o de Fortaleza. Este desenvolvimento se firmou a partir da instalação de indústrias e de um vigoroso sistema educacional e da saúde.

Os filhos das famílias ricas tradicionais, cujo capital migrara para novos donatários, não mais enviavam seus filhos para estudar no Rio de Janeiro e na Europa, mas sim em Fortaleza. A “[...] cena sobralense se descortinava mais dramaticamente devido à supervalorização do ego daquela sociedade fermentado

pela atuação *sui generis* da diocese na pessoa do bispo D. José” (ROCHA, 2003, p. 20). Ainda hoje, é comum essa supervalorização do ego pela/s sociedade/s sobralense/s, agora com nova denominação: “sobralidade”.

3.1.17 Arquitetura.

A arquitetura sobralense apresenta-se em cinco grandes grupos arquitetônicos. Sendo o primeiro, o da Praça São João, com seu complexo de prédios. O segundo “é o trecho que vai da Igreja das Dores até a Igreja do Rosário, pegando a Rua Ernesto Deocleciano”. O terceiro, é composto pelo conjunto de casas em estilo *Art. Noveau* da Praça João Pessoa. O quarto compreende “o trecho que vai do Arco de Nossa Senhora de Fátima até a Praça Dr. José Sabóia - antiga Coluna da Hora -”. E o quinto são as casas e monumentos isolados, como: o Patronato, chamado antigamente de Outão Enobrecido; a casa situada ao lado da loja Odésio Cunha; o Colégio Sant'ana, quando do proprietário Senador Francisco de Paula Pessoa antigo Palácio Episcopal; o sobrado da Casa Samuel, localizado à rua Ernesto Deocleciano; o prédio do Radier; e o Teatro São João. “Dentre as valiosas edificações contemporâneas da Instalação da Vila em 1773, podemos citar a que pertenceu ao Capitão-Mor José de Xerez da Furna Uchoa - introdutor da cultura do café no Ceará - localizada na Praça da Sé” (SOBRAL, 2005, p. 2).

Os sobrados históricos contemporâneos mais recentes em Sobral se encontram: o do Português Francisco Rodrigues dos Santos - o Chico Marinheiro- hoje conhecido popularmente como sobrado Radier; o atual Colégio Sant'ana, que pertencia ao Senador Francisco de Paula Pessoa e depois doado para abrigo o antigo Palácio Episcopal, reformado em 1925, e introduzido revestimentos decorativos inspirados na renascença veneziana. Em meados do Século XX, começam a ser construídos os sobrados com “três ou quatro águas, com motivos greco-romanos ou elementos decorativos à Bonaparte, como os de Domingos José Pinto Braga, do Major João Pedro Bandeira de Melo”. Desta época data-se a construção de um o pequeno e pomposo sobrado da esquina da Rua Menino Deus “com a antiga travessa do Botica, hoje Ernesto Deocleciano, construído pelo português Joaquim Lopes dos Santos”. Este sobrado foi construído, em 1858, pelo

Vigário Colado Padre Francisco Jorge de Souza, sendo posteriormente restaurado para abrigar a Casa da Cultura de Sobral. No ano de 1989 este sobrado, conhecido como Solar dos Figueiredos, “foi comprado por um comerciante que iniciou a sua demolição, interrompida por uma Ação popular ajuizada na Comarca de Sobral por um grupo de 20 sobralenses” (SOBRAL, 2005, p. 2).

As igrejas remanescentes do antigo conjunto arquitetônico de Sobral são: Igreja da Sé ou Catedral; Igreja Nossa Senhora do Patrocínio; Igreja dos Pretinhos de Nossa Senhora do Rosário - construída por escravos; a Igreja do Menino Deus - erguida por duas irmãs Carmelitas no começo do Século passado; Igreja de Nossa Senhora das Dores; Igreja de São José - do Sumaré; Igreja de São Francisco (SOBRAL, 2005, p. 2).

O patrimônio arquitetônico de Sobral é tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional-IPHAN.

3.1.18 Geografia.

O município de Sobral, quanto a sua geografia territorial, apresenta as seguintes características e dados (SOBRAL, 2005, p. 1):

A contigüidade territorial faz extrema com os municípios de Cariré, Groaíras, Forquilha, Santa Quitéria, Irauçuba, Miraíma, Santana do Acaraú, Masapê, Meruoca, Alcântaras, Coreaú e Mucambo (Anexo Q).

No que concerne à organização política há uma divisão de 11 distritos.

A extensão territorial é de 2.129Km².

Sobral fica a 224 km da capital Fortaleza, com acesso pela BR 222, apresentando as seguintes coordenadas geográficas latitude - 3° 41' 10" longitude- 40° 20' 59", altitude da sede do município 69,5m, possui um solo Bruno não cálcico¹⁰⁴, com uma potencialidade de uso na consorciação de algodão, milho, feijão

¹⁰⁴ Solo Bruno não Cálcico – “embora portadores de excelentes condições químicas, possuem fortes restrições ao aproveitamento agrícola, ditadas pelo relevo, susceptibilidade a erosão, pedregosidade e profundidade e efetiva. São requerentes ao uso de práticas intensivas de conservação” (CEARÁ, IPLANCE, 1999).

e pecuária. Tem uma unidade de conservação ambiental o Parque Ecológico da Lagoa da Fazenda, estabelecido pelo Decreto Nº 21.303 de 11 de março de 1991, com administração Estadual possuindo 19 ha. de área pertencendo ao ecossistema lacustre (CEARÁ, IPLANCE, 1999).

3.1.19 Demografia.

Em relação à população segundo dados do Censo Demográfico de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (BRASIL, 2007b) o município de Sobral apresenta os seguintes dados:

População geral - 155.276 habitantes.

Sexo - 80.001 (51,5%) do sexo feminino e 75.275 (48,5%) do sexo masculino;

Situação do domicílio - 134.508 (86,6%) estão territorializados na zona urbana e 20.768 (13,4%) na zona rural.

O Índice de Desenvolvimento Humano-IDH de Sobral é de 0,699 (BRASIL, 2005b).

3.1.20 Educação Básica.

Em Sobral, a taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais no ano 2000 era de 26,4%, quase o dobro da taxa nacional, 13,6%. Dos habitantes com 10 anos de idades ou mais possuem de um a três anos de estudo; 31,1% de quatro a sete anos; 11,5% de oito a dez anos; 9,9% de 11 a 14 anos; e apenas 3,2% possui mais de 15 anos de estudo (BRASIL, 2005b).

Segundo dados do Censo Escolar de 2003, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Nacionais Anísio Teixeira-INEP (BRASIL, 2005b) em Sobral:

Estabelecimentos educacionais: 206 estabelecimentos, sendo 97 da rede pública municipal, destes 59 de educação infantil e 38 de ensino fundamental - 19 na zona urbana e 19 na zona rural -; 35 da rede pública estadual, sendo 1 de pré-escola, 18 de ensino fundamental e 16 de ensino médio; e 74 da

rede particular, com 35 de pré-escola, 34 de ensino fundamental e 5 de ensino médio.

Total de matriculados: 67.210, sendo 1.397 em creche - 85,9% municipais e 14,1% particulares -; 6.620 na pré-escola - 71% municipais, 1,5% estaduais e 27,5% particulares -; 40.357 no ensino fundamental - 61,5% municipais, 23,5% estaduais e 15% particulares -; 213 na educação especial - 97,2% municipais e 2,8% particulares -; 9.828 no ensino médio - 80,6% estaduais e 19,4% particulares -; e 8.796 na educação de jovens e adultos - 15,5% municipais, 83,2% estaduais e 1,3% particulares -.

Distribuição dos Professores: total de 1.800, sendo: 90 lecionavam em creche - 81,1% na rede pública municipal e 18,9% na particular -; 358 na pré-escola - 66% na rede pública municipal, 1% na estadual e 33% na particular-; e 1.282 no ensino fundamental - 59,3% na rede pública municipal, 22,7% na estadual e 18% na particular- e, 70 professores no ensino médio - 73,8% na rede pública estadual e 26,2% na particular -.

Dados por média alunos/professor: 18,5 alunos/professor na pré-escola - 20 alunos por professor na rede municipal, 28,5 na rede pública estadual e 15,3 na rede particular -; 31,5 alunos/professor no ensino fundamental - 32,7 alunos por professor na rede municipal, 32,6 na rede estadual e 26,1 na rede particular -; e 26,5 alunos/professor no ensino médio - 29 alunos por professor na rede estadual e 19,6 na rede particular-.

Formação dos professores: 1.713 funções docentes (68%) têm formação superior completa, sendo que 1.348 lecionam na rede pública - 661 municipais e 687 estaduais - e 365 na rede particular. Das 749 funções docentes com ensino médio completo, 523 correspondem à rede pública - 477 municipais e 46 estaduais - e 226 à rede particular. Quanto aos 53 com ensino fundamental completo, 27 lecionam na rede pública - 22 municipais e 5 estaduais - e 26 na rede particular. O total de funções docentes vinculadas à rede municipal no ensino fundamental é de 760. Lotados da 1ª à 4ª série, havia 570 funções em 2003, dessas uma se apresentava com o ensino fundamental completo, 142 com o ensino médio e 427 (75%) possuíam o ensino superior completo.

3.1.20.1 Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA.

Sobral em meados do século XX, apesar de seu declínio econômico, tinha avançado em diferentes setores, dentre eles o educacional, e representava para os municípios do norte cearense uma referência tanto pelo quantitativo de escolas, como pela qualidade das mesmas. Não somente em Sobral, mas nos municípios vizinhos era crescente o número de escolas secundárias, fato que exigia professores qualificados e com formação para o exercício do magistério, o que vinha demandando necessidade de cursos de graduação.

O ano de 1960 foi decisivo, pois nascera a idéia da criação da primeira escola superior de Sobral, uma iniciativa da Diocese local, com o apoio do Reitor da Universidade Federal do Ceará-UFC, Professor Martins Filho. No ano seguinte, por meio do Decreto Presidencial de Juscelino Kubitscheck, Nº 49.878 de 11 de janeiro de 1961, foi autorizado o funcionamento da Faculdade de Filosofia Dom José, com

cursos de Filosofia, História e Letras. A aula inaugural da faculdade aconteceu no dia 19 de março de 1961 e foi proferida por Dom José Bezerra Coutinho – Vigário Capitular e um dos batalhadores pela criação da faculdade -. O primeiro diretor da Faculdade de Filosofia foi monsenhor José Gerardo Ferreira Gomes (ARAÚJO, 2005b).

Depois do mandato do monsenhor José Gerardo, assume o Cônego Joviniano Loiola Sampaio, em que foram mantidos com reconhecimento os cursos: Letras e História – reconhecido pelo Decreto Nº 68.855 de dois de julho de 1971 –, Estudos Sociais – reconhecido pelo Decreto Nº 81.185 de quatro de janeiro de 1978 –, e Ciências – reconhecido pelo Decreto Nº 81.261 de 27 de janeiro de 1978 – (ARAÚJO, 2005b).

No ano de 1968, por meio do Decreto Municipal Nº 214 de 23 de outubro, assinado pelo prefeito de então, Jerônimo de Medeiros Prado, com a assessoria de Padre Sadoc foi criada a Fundação Universidade Vale do Acaraú-UVA. Tendo como primeiro curso a ser reconhecido a Faculdade de Ciências Contábeis – autorizada pelo Decreto do Presidente Emílio Garrastazu Médici de Nº 66.764 de 19 de junho de 1970 e reconhecida pelo Decreto Nº 75.233 de 16 de janeiro de 1975 –. Em 22 de setembro de 1975 é criado pelo Conselho Diretor da UVA, o Centro de Pesquisas Históricas e Geográficas de Sobral. Pelo Decreto Nº 68.623 de 17 de maio de 1971 é autorizado o funcionamento do Curso de Engenharia Operacional. Em 27 de abril de 1972, o Conselho Estadual de Educação emite parecer favorável ao funcionamento da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia (ARAÚJO, 2005b).

A Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia surge a partir de estudo histórico da genealogia das famílias de Sobral, realizado pelo Padre Francisco Sadoc de Araújo, que identificou inúmeros casos de homens que haviam casado por duas, três e, até quatro vezes. Tal fato o levou a entrevistar alguns destes homens sobre o porquê de tantos casamentos. O dado de caráter epidemiológico-sanitário identificado foi que as mulheres morriam em sua maioria, de parto. Ao investigar melhor, o referido padre identificou que o motivo de tanto óbito devia-se a falta de conhecimento técnico-científico das “parteiras leigas”. Após os esforços empreendidos junto ao Conselho Diretivo da UVA e ao Conselho Estadual de Educação o curso passa há funcionar (UVA, 2002).

O ano de 1984, a UVA foi estadualizada, por meio de Lei Estadual Nº 10.033 de 10 de outubro de 1984, passando a denominação de Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. O reconhecimento ocorreu por meio do parecer Nº 318 do Conselho Estadual de Educação e homologado pelo então governador Ciro Ferreira Gomes. Em seguida, ocorre o reconhecimento pelo MEC, por meio da Portaria Nº 821 de 32 de maio de 1994 (ARAÚJO, 2005b).

Atualmente a UVA possui 19 cursos intensivos: Administração, Biologia, Ciências Contábeis, Ciências da Computação, Ciências com habilitação em Matemática, Ciências Sociais, Direito, Educação Física, Enfermagem, Engenharia Civil e Ambiental, Filosofia, Física, Geografia, História, Letras, Pedagogia, Química, Tecnologia da Construção Civil. A UVA possui ainda, cursos seqüenciais desenvolvidos em diversos municípios, com o objetivo de formar professores da rede básica de ensino.

3.1.21 Saúde.

O setor saúde do município de Sobral, apesar do reconhecimento regional e do Governo do Estado, por sua capacidade instalada para prestar assistência a toda Zona Norte do Estado, até janeiro de 1997, encontrava-se com uma sólida rede assistencial especializada e de nível terciário, a exemplo da Santa Casa de Misericórdia, Hospital Dr. Estevam Ponte, Unidade Mista Dr. Tomás Correa Aragão e do Posto de Assistência Médica-PAM – atenção especializada de nível ambulatorial –, mas com uma limitada rede básica de saúde nos seus aspectos qualitativos e no qualitativo de trabalhadores de saúde – conforme apresentado na Tabela 6 –, com uma Secretaria da Saúde com estrutura inadequada e sem estar habilitado em nível de gestão conforme a NOB-SUS 01/1996. É importante ressaltar que a gestão dos serviços, ainda estava sob a égide da SESA.

Tabela 6 Rede Hospitalar e Ambulatorial por Tipo de Prestador. Sobral-CE, jan./fev. 1997.

Natureza/Tipo de Prestador	Rede Hospitalar	Rede Ambulatorial	Total
Municipal	1	41	42
Estadual	-	1	1
Filantrópico	2	7	9
Contratado	3	23	26

Sindical	-	2	2
Total	6	74	80

Fonte: SOBRAL. Secretaria da Saúde e Assistência Social. Plano Municipal de Saúde- 1997/2000. **SANARE- Revista sobralense de políticas públicas**, Sobral-CE, a. II, n. 1, jan./fev./mar. 2000. p. 33.

Até o ano de 1996, segundo Andrade e Martins Júnior (1999, p. 7), o município de Sobral...

... tinha como principal cara característica um governo municipal quase ausente na formulação e execução das suas políticas públicas. Esta característica perpassava todos os setores da administração, e de forma bastante acentuada, o da saúde. [...] Quase toda a rede dos serviços assistenciais de saúde pertenciam a entidades filantrópicas, entidades privadas e ao governo estadual. Como o município não se apresentava habilitado em nenhuma forma de gestão do SUS, o financiamento de sua rede assistencial se limitou ao pagamento por contraprestação de serviços. Até mesmo a oferta de serviços mais especializados era inconstante, variando ao sabor de interesses corporativos e das condições pontuais de financiamento, mas nunca a partir de sua realidade epidemiológica.

Com o início do novo Governo Municipal, sob a gestão do prefeito Cid Ferreira Gomes e do Secretário da Saúde e Assistência Social, Luiz Odorico Monteiro Andrade, há um rápido e intenso processo de estruturação da Secretaria da Saúde, que tinha como objetivos iniciais a municipalização e o processo de habilitação conforme a NOB-SUS 01/1996.

O modelo¹⁰⁵ assistencial predominante no município era o hegemônico médico assistencial privatista, baseado na doença, sendo a Santa Casa o centro dessa atenção, e nos Postos de Saúde, imperava o modelo de Ações Programáticas de Saúde. Como tentativa de mudança, em abril de 1997 o município adota o modelo assistencial de Sistemas Locais de Saúde-SILOS, disseminado em todo estado do Ceará pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

¹⁰⁵ Teixeira (2000, p. 261) define genericamente modelos de atenção à saúde, “[...] como combinações de saberes – conhecimentos – e técnicas – métodos e instrumentos – utilizados para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas”. Segundo Campos (1997a, p. 266) definiu modelo de atenção como “[...] um conceito que se estabelecem intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com [um] certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de [um] certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco só tecnologia”. Para Silva (2003 *apud* SOUSA; FERREIRA FILHA; SILVA, 2004, p. 15), o “[...] modelo assistencial em saúde é uma abstração que sintetiza a compreensão de uma categoria apoiada em três pilares articulados: as *políticas* de saúde, os *serviços* e o *trabalho*. As políticas de saúde podem ser compreendidas como um conjunto de intenções que orientam para a constituição e organização dos serviços de saúde, e estes se definem como o lugar geopolítico onde se processa o trabalho. O trabalho por sua vez se destaca por seu potencial transformador da realidade, efetivando-se por meio de uma processualidade”.

Os SILOS é um modelo assistencial de base territorial; busca uma lógica organizativa das ações de saúde a partir da divisão territorial e hierarquização do sistema; tem enfoque na epidemiologia social; busca a organização da gestão da saúde nos micro-espacos, a partir da descentralização sanitária. Segundo Paganini (1990, tradução nossa) o modelo de atenção proposto nos SILOS busca: a superação da possível contradição em ter o político e o técnico; resolver as diferenças entre os níveis central e local; e desenvolver a descentralização sanitária em todas as suas dimensões.

Para a construção do modelo do SILOS em Sobral, segundo Andrade e Martins Júnior (1999), era urgente a elaboração do Plano Municipal de Saúde, que deveria ser elaborado a partir de um processo participativo e democrático. Nos dias 04 e 05 de abril de 1997, foi realizada a Oficina de Planejamento Estratégico do Sistema Local de Saúde de Sobral, com 117 pessoas, representantes dos diferentes níveis de atenção e estruturas orgânicas hegemônicas instituídas no município. Na oficina, foram definidas questões fundamentais, a partir da situação desejada, como: a identidade organizacional da Secretaria no tocante a área da saúde, os princípios norteadores do SILOS de Sobral e aspectos relativos ao processo de planejamento das ações de saúde. Como produto da oficina obteve-se (ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 1999, p. 8):

Identidade Organizacional da Secretaria de Saúde e Assistência Social

Missão: Desenvolver ações de saúde e assistência social que promovam a qualidade população sobralense.

Visão de Futuro: Sobral com saúde de qualidade e qualidade de vida.

Princípios Doutrinários Sistema Local de Saúde de Sobral: universalidade, eqüidade, integralidade.

Princípios Organizativos do Sistema Local de Saúde de Sobral: acessibilidade, hierarquização da rede de serviços, descentralização das ações e serviços e participação social.

Postura Ética e Profissional: solidária, humanística e de respeito à cidadania.

Com o planejamento consolidado a partir da oficina dá-se início a três movimentos: o primeiro o de municipalização da saúde; o segundo é o de enquadramento no nível de Gestão Plena do Sistema Municipal; e o terceiro é o de territorialização da saúde, em que o município foi dividido em 23 Áreas Descentralizadas de Saúde-ADS.

O processo de territorialização com a definição das ADS tinha o objetivo de implantação de 31 equipes de PSF. Inicialmente foram implantadas equipes de PSF nos territórios de Aracatiaçu, Jaibaras e Rafael Arruda, por apresentarem melhores condições estruturais no momento (ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 1999; SOBRAL, 2000).

Detalhamento estratégico do processo de construção do SILOS de Sobral,
- Modelo de Atenção:

Situação em 1997

conceito de saúde como ausência de doença;

tratamento dos problemas de saúde sem levar em consideração seus fatores causais;

distribuição espacial dos serviços de saúde, inclusive aqueles referentes à atenção primária, concentrada no centro da sede municipal (entre o rio Acaraú e a linha férrea), desconsiderando-se o princípio da acessibilidade;

predominância das ações curativas;

pouca ênfase na intersetorialidade das ações;

valorização da quantidade de procedimentos em detrimento da qualidade dos serviços prestados; e

falhas no sistema de referência e contra-referência.

Situação Desejada

saúde como qualidade de vida;

saúde-doença como processo de produção social;

abordagem coletiva dos problemas de saúde;

planejamento com base epidemiológica;

organização do atendimento com base na busca ativa e não na demanda espontânea;

desenho do Modelo Assistencial, tendo como porta de entrada do sistema o PSF com população adscrita e com definição de base territorial;

programa de educação continuada para os profissionais;

descentralização das unidades de saúde segundo o princípio de acessibilidade;

organização do trabalho em equipe, definindo-se o papel dos seus membros para uma atuação resolutiva, sendo, dessa forma, igualmente valorizados;

ênfase da atenção à saúde com base no direito à cidadania;

condições satisfatórias de funcionamento das unidades de saúde para oferta de um atendimento de qualidade; e

garantia da participação comunitária no decorrer de todo o processo de construção do novo modelo (SOBRAL, 2000, p. 55).

Apesar de Sobral em 1997 admitir o SILOS como modelo de atenção, no mesmo ano prioriza também, como modelo de atenção o PSF. Dentre as ações desenvolvidas pelas equipes de PSF naquele momento destaca-se:

- cadastro das famílias da área de abrangência;
- identificação dos problemas de saúde desta população;
- identificação de fatores desfavoráveis, que determinam uma situação de risco;
- planejamento, de forma intersetorial e com participação social, para o enfrentamento dos problemas identificados;
- acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área;
- organização de demandas prioritárias à atenção em saúde, como crianças, gestantes, idosos e portadores de doenças crônicas e degenerativas;
- desenvolvimento dos processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto cuidado, através de palestras e oficinas, tendo o profissional de saúde o papel de facilitador deste processo de mudança;
- execução de ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária; e
- incentivo à participação popular através da formação de Conselhos Locais de Saúde (ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 1999, p. 11).

A partir do ano de 1997 foram desenvolvidas em Sobral inúmeras ações, com o objetivo de melhoria da qualidade de vida da população local. Dentre as ações priorizadas e desenvolvidas está a destinada a saúde materna e infantil, que utilizou como estratégia estruturante a implantação de 31 equipes de PSF, que são: a qualificação de todos os trabalhadores de saúde; a adoção da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância-AIDPI; e, a implantação da Cardeneta da Mãe e da Criança, com o intuito de melhorar as informações acerca dos cuidados desenvolvidos (ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 1999; BARRETO; ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 1999). Sobral nesse período vinha registrando uma elevada TMI, como segue: 1993 – 79/1.000 nascidos vivos-NV; 1994 – 107/1.000 NV; 1995 – 43/1.000 NV; 1996 – 39/1.000 NV; 1997 – 39/1.000 NV; e 1998 – 35,5/1.000 NV (BARRETO; ANDRADE; MARTINS JÚNIOR, 1999).

Em setembro de 1997, o município de Sobral pactua com a Escola de Saúde Pública do Ceará e a Fundação Kellogg, a parceira para implantação do modelo de Município Saudável. Segundo Cordeiro (2001b), a implantação do projeto Município Saudável em Sobral apresentou muitas dificuldades, mas que aos poucos foram superadas durante continuidade do processo, devido ao compromisso político por parte do gestor.

O modelo de Cidades Saudáveis, segundo Teixeira (2000, p. 274)...

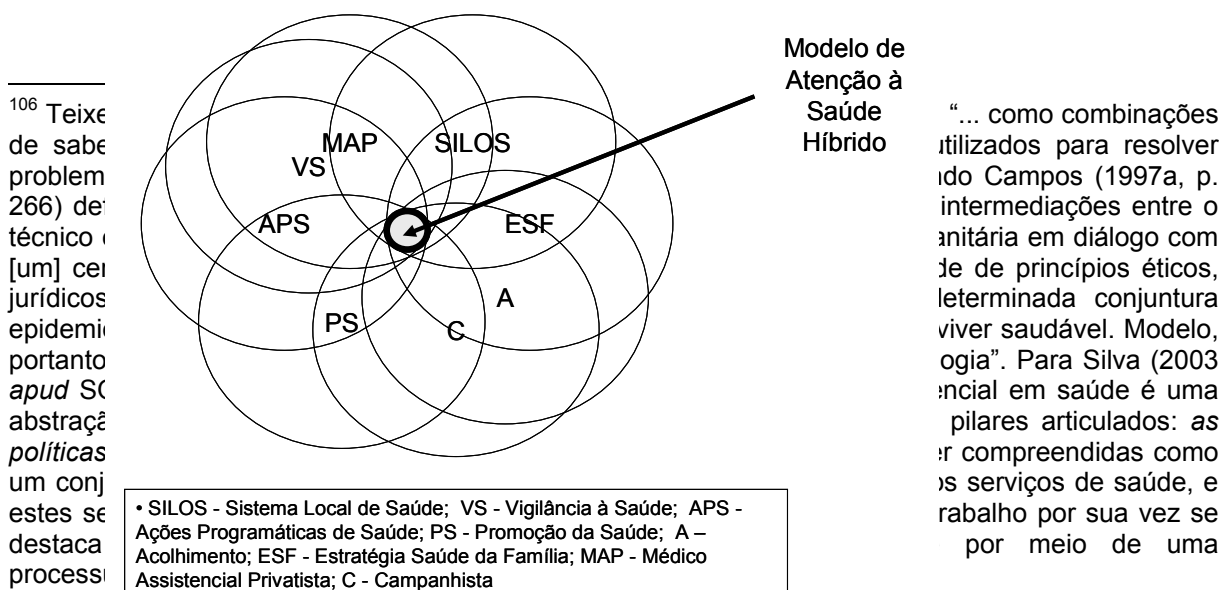
implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações 'comunitárias' no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades nas quais se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais.

No Plano Municipal de Saúde de 1997-2000, é admitido a Promoção da Saúde e a Vigilância à Saúde, como áreas estratégicas para composição do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2005).

A OPAS, durante os anos 1980 e 1990, disseminou nas Américas a proposta dos SILOS como um novo modelo de atenção à saúde, com base organizativa em Distritos Sanitários (PAGANINI; MIR, 1990).

Teixeira (2000) considera como modelos¹⁰⁶ de atenção à saúde: as Ações Programáticas de Saúde, o PSF, o Acolhimento, a Vigilância à Saúde, a Promoção da Saúde e a proposta das Cidades Saudáveis. Ao se levar a cabo a classificação da OPAS e de Teixeira dos modelos de atenção à saúde, percebe-se que Sobral, em um único ano admitiu a convivência dos modelos: campanhista, médico assistencial privatista, das Ações Programáticas de Saúde, o PSF, a Vigilância à Saúde, a Promoção da Saúde e a proposta das Cidades Saudáveis. Levando em consideração a classificação de Teixeira, podemos afirmar que Sobral possui um modelo híbrido – Figura 14 – de atenção à saúde, mas com enfoque no cerne dos princípios da ESF.

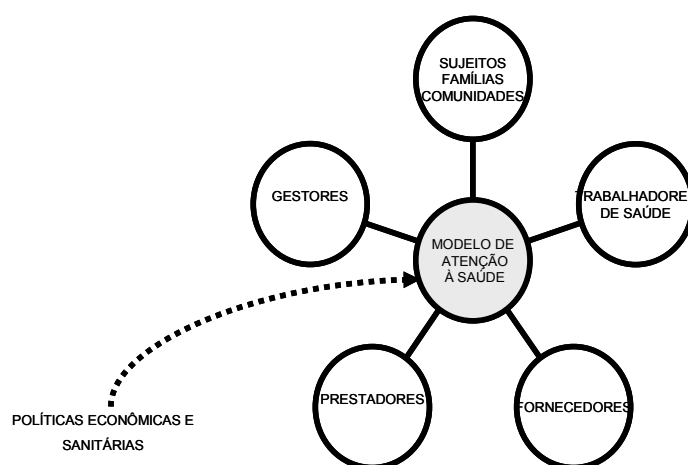
Figura 14 Modelo Híbrido da Atenção à Saúde em Sobral.



Em Sobral, o acolhimento foi introduzido na lógica organizativa da ESF, por volta de 1999, não como um modelo de atenção à Saúde. Apesar de Teixeira (2000) considerar o acolhimento e a promoção da saúde como modelos de atenção à saúde, não estendemos os mesmos como tal, mas sim como estratégias organizativas do processo de trabalho das equipes de saúde, independente do nível de atenção à saúde de atuação.

Sobral conviveu com tanto modelos instituídos e instituintes, em tão pouco tempo, devido aos poderes hegemônicos ali instituídos, como prestadores – hospitais e clínicas particulares conveniadas com o SUS, que tinham o poder de mando no sistema, inclusive ditando as cartas para o Sistema Estadual de Saúde –, o Departamento Regional de Saúde-DERES – atual Célula Regional de Saúde-CERES/SESA, que detinha o poder do financiamento das ações e serviços de Sobral até a municipalização –, os trabalhadores de saúde, principalmente, os médicos que reagiram contrariamente à nova proposta de organização da atenção à saúde, por cobrar-lhes o exercício da carga horária de trabalho, conforme contratação estadual ou municipal, e por muitos serem proprietários de clínicas e consultórios particulares conveniados com o SUS, que realizavam ações do nível de APS – e os fornecedores e usuários que no período tinham um poder limitado sobre o sistema de saúde. Um sistema sofre influência direta dos poderes hegemônicos constituídos, como também das políticas de saúde e econômicas, conforme mostrado na Figura 15.

Figura 15 Poderes que interferem na construção de um Modelo de Atenção à Saúde.



2008,

propõe a organização do modelo de atenção com base na vigilância à Saúde (SOBRAL, 2005), na Atenção Básica à Saúde utilizando a ESF, por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, com referência a uma atenção humanizada. Sobral apesar de nos dias atuais ainda conviver com um modelo híbrido, é percebido que a ESF é sua política prioritária, possuindo 48 equipes da ESF qualificadas pelo MS, sendo 33 na área urbana e 15 na área rural; possui como base 14 CSF na área urbana e 12 na rural. Nos 14 CSF da zona urbana e três da zona rural agregam mais de uma equipe.

Cada equipe da ESF é composta por: dois ou mais enfermeiros, um médico, dois ou mais auxiliares de enfermagem, seis a dez ACS, agentes administrativos, motoristas, odontólogo, auxiliar de consultório dental-ACD, atendentes de consultório, auxiliar de farmácia, recepcionistas, auxiliares de serviços gerais, vigilantes de segurança e um gerente. Em grande parte das equipes existem: Psicólogo, Educador Físico, Assistente Social, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Farmacêutico, que são residentes em Saúde da Família que naturalmente se integram à equipe.

O município possui ainda um sistema de serviços de saúde pertencentes ao SUS, composto por clínicas e ambulatórios especializados; um hospital local de saúde da família do tipo unidade mista; e, dois privado-filantrópicos com características de média e alta complexidade, que prestam atenção em primeira instância aos 24 Municípios da Microrregião de Saúde de Sobral (Anexo R) e aos 61 municípios que compõe a Macrorregião de Saúde de Sobral. A Macrorregião é um

modelo de organização político-administrativa do Estado do Ceará, para o modelo de atenção à saúde e implantação do Sistema Microrregional de Serviços de Saúde, desde 1999 (Anexo S).

É importante registrar, que durante a construção do SILOS de Sobral em 1997, todos os trabalhadores de saúde de algum modo foram inseridos em processos de qualificação. Sendo que, os enfermeiros e médicos, semanalmente vivenciavam momentos educativos, às terças-feiras à noite, na lógica da educação continuada.

O processo de educação continuada em Sobral solidificou-se com uma das necessidades sentidas pela Gestão Municipal, que culminou com a criação da Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a partir de uma oficina de elaboração de seu projeto, em dezembro de 1988. Passando, então, não mais a trabalhar na lógica da educação continuada, mas sim na perspectiva da educação permanente.

A idéia de se criar a Residência em Saúde da Família em Sobral, segundo Barreto (*et al*, 2000, p. 22) partia da necessidade de se “[...] capacitar os profissionais membros das equipes de Saúde da Família da região noroeste do Estado do Ceará para implementação de todas as ações previstas na referida estratégia”, além da necessidade de ruptura no modelo assistência biologicista. Para Barreto (*et al*, 1999, p. 20) o desafio de implantar...

um curso de pós - graduação *lato sensu* em PSF, foi impulsionado pela necessidade de instrumentalizar os profissionais de saúde que atuam e que pretendem atuar nesta estratégia que tem como principal propósito a reorientação do modelo assistencial. A estratégia de Saúde da Família vem atender às diretrizes e ao ideário deste novo modelo, onde saúde é qualidade de vida, apontando para a valorização de tudo que interage com o indivíduo, seu cotidiano e suas relações familiares e sociais que estão diretamente ligadas a sua realidade sanitária.

Os impactos positivos proporcionados de imediato no Sistema Municipal de Saúde pela Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família foram tão perceptíveis, que de imediato surgiu a necessidade de criação de uma estrutura que desse suporte à mesma. Para tal foi criada Escola de

Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, que vem alocando toda estrutura logística e pedagógica da residência.

A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia¹⁰⁷ tem seu nascimento e desenvolvimento fortemente vinculado ao sistema municipal de saúde de Sobral. Nasce para responder à necessidade, sentida pelo sistema local, de contribuir com o processo de construção do novo modelo de atenção à Saúde. Modelo esse que vem sendo implementado a partir da ESF, com enfoque na concepção abrangente de saúde, não mais centrada na doença e sim no paradigma da promoção da saúde.

A primeira turma da Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família teve início em 1999, sendo...

constituída exclusivamente por médicos (19) e enfermeiros (45). Estavam matriculados 64 residentes e 38 concluíram. Esta foi financiada exclusivamente pelo Município de Sobral. Em 2001 inicia-se processo seletivo para a segunda turma da residência multiprofissional em saúde da família. Nesta, além dos médicos (6) e enfermeiros (17), são selecionados profissionais das seguintes categorias: odontologia (17), serviço social (3), fisioterapia (4), educação física (2), farmácia (1), terapia ocupacional (3), nutrição (1) e psicologia (2). Também financiada exclusivamente pelo Município de Sobral, foram matriculados 56 residentes, sendo que 39 concluíram todos os pré-requisitos (PARENTE *et al*, 2006, p. 84).

No mês de abril de 2007, encerrou a quinta turma da Residência em Saúde da Família. O modelo pedagógico não só da residência, mas também da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, baseia-se no diálogo, na problematização e na troca de experiências, utilizando como referencial o Método Paulo Freire. O processo educacional desencadeado pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia pretende...

reconhecendo o universo de vida e aprendizado do profissional em saúde da família, oportunizar a produção coletiva de novas competências, habilidades e posturas, adequadas ao modelo promotor da saúde. Para tanto, adota a educação permanente como estratégia prioritária que irá

¹⁰⁷ “Com o apoio e a colaboração de parceiros importantes, entre eles a Universidade Vale do Acaraú e o Governo do Estado do Ceará, a Prefeitura Municipal de Sobral, através da então Secretaria de Saúde e Assistência Social, em junho de 2001, inaugura as instalações da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e, em 20 de fevereiro de 2002, por meio do Decreto N° 435, define sua estrutura administrativa como sendo uma Organização Social” (SOBRAL, jun. 2007, s/p.).

possibilitar tal feito. A idéia da educação permanente é viabilizar, através dos profissionais de saúde da família, a produção de novos conhecimentos e práticas, propulsores do modelo promotor da saúde (SOBRAL, 2007b, s/p.).

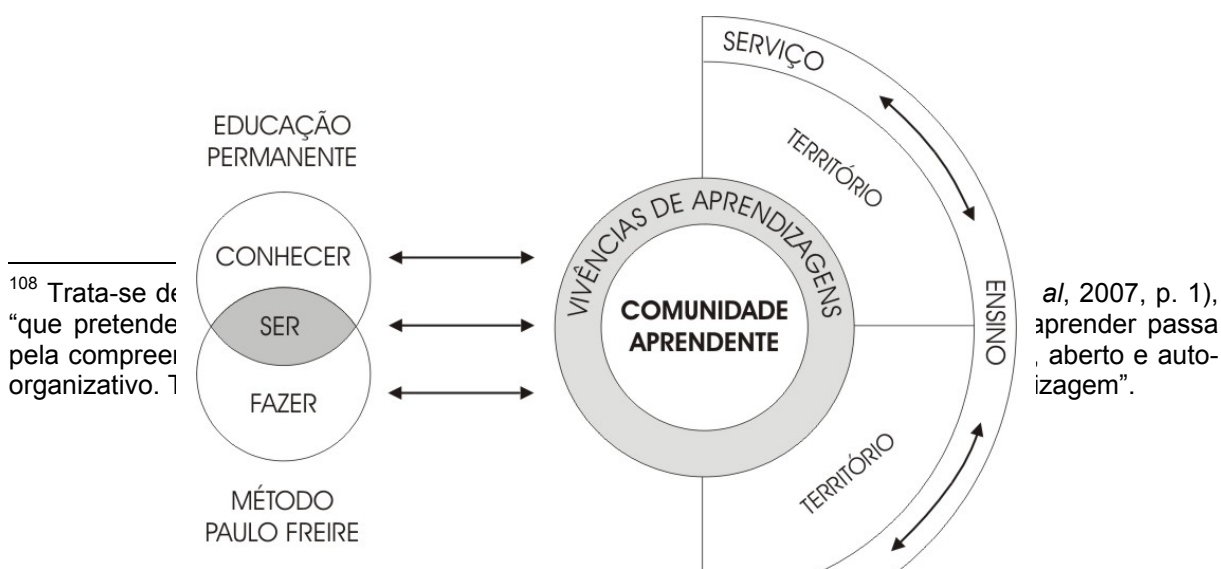
A Residência Multiprofissional em Saúde da Família trouxe para Sobral um forte impacto no processo de trabalho dos trabalhadores de saúde da ESF. Melhorou as relações dos trabalhadores de saúde com a gestão e com os usuários. Deu um caráter científico ao processo de produção em saúde na ESF, fato percebido nas competências individuais e coletivas dos trabalhadores de saúde com graduação. Proporcionou a Sobral um status político e sanitário, junto a outros municípios, mas, principalmente, às agências de fomento e ao Ministério da Saúde. Tais possibilidades levaram a gestão da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, no ano de 2006, a institucionalizar o Sistema Saúde Escola de Sobral.

O Sistema Saúde Escola de Sobral compreende, segundo Dias (*et al*, 2007, p. 1) uma...

estratégia e um modo de conceber os processos de trabalho que ocorrem no interior da rede de saúde local dentro de uma lógica onde o conjunto das experiências e trocas humanas que se dão no território são reconhecidas como possuindo valor pedagógico, ou seja, aprender é algo que se dá regularmente no cotidiano dos profissionais da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral. Esse aprender, por sua vez, é potencializado na medida em que se tem como pressuposto básico a proposta da Educação Permanente e da Educação Popular e, ainda, da sensível articulação entre serviço, ensino e pesquisa. Este sistema aprendente¹⁰⁸, tanto quanto um modelo, compreende também um método o qual resulta na constituição de uma comunidade aprendente.

O Modelo do Sistema Saúde Escola de Sobral ou Sistema Aprendente, pode ser melhor visualizado na Figura 16.

Figura 16 Modelo do Sistema Saúde Escola de Sobral ou Sistema Aprendente.



Fonte: DIAS, M.S.A. *et al.* Sistema Saúde Escola de Sobral: um sistema aprendente. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, 2007. (mimeo). p. 5.

O Sistema Saúde Escola de Sobral ou Sistema Aprendente vem contribuir com o processo de inclusão político-social dos trabalhadores de saúde, por meio da educação permanente. Em Sobral, na atualidade, todos os trabalhadores de saúde, independente da atividade laboral estão inseridos em algum processo de qualificação e/ou educação permanente. Esse processo se dá basicamente em dois sentidos, ou melhor, dois momentos ou estratégias pedagógicas: as vivências teórico-conceituais e as vivências no território. As vivências teórico-conceituais abordam temas referentes a ESF, e vêm ocorrendo às terças-feiras à tarde ou conforme as necessidades de cada categoria de trabalhadores de saúde. As vivências de território se dão nos espaços de trabalho da equipe da ESF, seja no CSF, nos lares, escolas dentre outros; dependerá da necessidade do trabalhador de saúde.

3.2 Perfil Sócio-Demográfico e Educacional dos Gerentes.

A caracterização dos sujeitos de uma pesquisa nos leva a uma maior interação e conhecimento dos mesmos, permitindo-nos adequada aproximação com o objeto do estudo, permitindo uma maior compreensão de significados das falas. A Tabela 7 apresenta o perfil sócio-demográfico dos gerentes, que se concentra na faixa etária de 25 a 34 anos, no sexo feminino, no estado civil casado e na categoria profissional enfermeiro/a.

Tabela 7 Distribuição dos Gerentes do território da Estratégia Saúde da Família por idade, sexo, estado civil e profissão. Sobral - CE, nov. 2006.

VARIÁVEIS	Nº	%
Idade (anos)		
25-29	8	28,6
30-34	8	28,6
35-39	6	21,4
40 e mais	6	21,4
Total	28	100,0
Sexo		
Feminino	26	92,9
Masculino	2	7,1
Total	28	100,0
Estado Civil		
Casada/o	22	78,6
Solteira/o	5	17,8
Com companheiro fixo	1	3,6
Total	28	100,0
Profissão		
Enfermeiro	28	100,0
Total	28	100,0

Observa-se na Tabela 7 que, dos 28 gerentes, 20 já se encontram acima dos 29 anos de idade, o que relativiza, neste caso, a idéia de a ESF estar se constituindo como inserção inicial no mercado de trabalho. Mas, é significativa a proporção dos que assim o fazem, pois oito se encontra na fase adulta jovem, entre 25 e 29 anos.

Antes da ESF, a formação para o setor saúde era restritamente direcionada à Clínica, e, conseqüentemente, o campo de trabalho que lhe advinha era o do território de um hospital, com áreas bem definidas de enfermarias e leitos.

Com a tentativa de reversão do modelo de atenção hegemônico – hospitalocêntrico e medicalocêntrico –, e a construção do campo da APS como estratégia, atualmente os egressos dos cursos de graduação em saúde, especialmente de Enfermagem, Medicina e Odontologia, têm buscado como primeiro emprego a ESF. Tal panorama poderia influenciar a mudança na lógica do trabalho em saúde, atualmente dirigida à promoção da saúde numa perspectiva da concepção de saúde como qualidade de vida, e não como ausência de doença, diante de ações como a “própria produção de saúde e também a co-construção de capacidade de reflexão e de ação autônoma para os sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores e usuários” (CAMPOS; CAMPOS; 2007, p. 669).

Pesquisa realizada em 1999, por Machado (2000a; 2000b), intitulada **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**, na variável faixa etária até 29 anos, prevaleceu o seguinte: no Ceará houve uma predominância de 48,66% dos enfermeiros; no Nordeste, 38,55% e no Brasil 36,6%. No caso dos médicos, no Brasil 19,1% apresentavam a mesma faixa etária; no Nordeste o percentual aumenta para 22,69%, e no Ceará 28,93%.

Do coletivo de gerentes, apenas dois são do sexo masculino e todos são Enfermeiros. Os resultados da pesquisa seguem a tendência da população nacional, pois segundo dados do Censo Demográfico 2000 há uma leve predominância de sujeitos do sexo feminino, 50,8% (BRASIL - IBGE, 2007b). Em pesquisa realizada por Vanderlei (2005), no Estado do Maranhão com gerentes de UBS, predominou o sexo feminino – 100% dos sujeitos.

Conforme o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas-INEP do Ministério da Educação-MEC (*apud* GODINHO *et al.*, 2006), em estudo comparativo acerca das matrículas na educação superior de graduação no Brasil, nos anos de 1996 e 2003, mostra uma predominância crescente de mulheres, 54,4% e 56,4%, respectivamente. No caso da Enfermagem, 84,7% das matrículas no ano de 2003 foram do sexo feminino.

Cavalcante e Ximenes Neto (2004), em pesquisa realizada no ano de 2003 no município de Sobral, revelaram que 97% dos enfermeiros eram do sexo feminino; 53% estavam na faixa etária de 22 a 30 anos, e 73,5% eram casados. Na comparação com os dados da Tabela 7, percebemos uma constância no perfil dos enfermeiros. A pesquisa de Machado (2000a; 2000b) demonstrou que as

enfermeiras na ESF tem a seguinte distribuição: Ceará – 88,13%; Nordeste – 91,4%; e no Brasil – 90,9%. Em pesquisa realizada por Fracoli e Egry (2001) no município de Marília – São Paulo, acerca do processo de trabalho dos gerentes de UBS, 100% dos sujeitos eram enfermeiras.

O feminino sempre foi muito forte na Enfermagem Brasileira, assim como na enfermagem mundial. No caso da Enfermagem no Brasil, seu ensino, desde a gênese, teve como objetivo o preparo teórico e prático, ou seja, a formação de enfermeiras. A primeira Escola de Enfermagem, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados – depois Escola de Enfermagem Alfredo Pinto –, apesar da denominação também no masculino, teve a finalidade de preparar enfermeiras, para hospitais e hospícios militares e civis. O Curso de Enfermagem do Hospital Evangélico, atual Hospital Samaritano de São Paulo, teve a mesma finalidade. A Escola de Enfermeiras – atual Escola de Enfermagem Ana Néri –, foi criada em 1923 pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, para trabalhar em prol da melhoria das condições sanitárias da população, tinha como objetivo formar Enfermeira. Essa escola foi considerada a primeira a trabalhar nos moldes nightgalianos, a referência da Enfermagem Moderna (FERNANDES, 2006), centrada na atividade feminina. A historicidade da Enfermagem Brasileira justifica o motivo pelo qual sempre houve uma predominância de mulheres na Graduação em Enfermagem.

No que concerne à origem da enfermagem mundial, Danahue (1993, p. 9 *apud* LUNARDI, 2004, p. 26), historia que a mesma está intrinsecamente associada ao cuidado materno. Com o passar do tempo, o papel da enfermeira foi se ampliando, de maneira gradativa, que extrapola a função biologicista, da mãe que cuida e amamenta seu filho recém-nascido, para significar seu cuidado ao doente, ao idoso, aos necessitados e aos pobres.

De acordo com Lima (1994, p. 13), as mulheres enfermeiras...

sempre existiram, desde tempos imemoriais, circulando de casa em casa, de cidade em cidade, cuidando de outras mulheres, crianças, idosos, deficientes e pobres. Esses cuidados incluíam fazer partos, assistir recém-nascidos, ensinar higiene, fazer curativos e oferecer apoio, entre outras atividades. [...] Os saberes relacionados ao cuidar eram passados de mãe para filha, de geração para geração, de comunidade para comunidade. Essas mulheres eram identificadas como 'sábias' pelo povo, e como feiticeiras ou charlatãs pelas autoridades. Ao tratar as pessoas, elas desenvolveram grandes conhecimentos, ligados aos ossos e músculos, ervas e drogas.

Em determinado momento na história da enfermagem, no percurso de pré-profissional até a enfermagem moderna atual, o perfil das enfermeiras era de mulheres do baixo clero ou da nobreza, mas com votos de obediência, bondade, abnegação e humildade, com o intuito de cuidar dos doentes e dos mais necessitados.

A OMS (1994, p. 9, tradução nossa) afirma que

em quase todos os países as mulheres constituem a vasta maioria do pessoal de enfermagem e parteira. Em todas as partes a Enfermagem é trabalho de mulher e tem as mesmas características de outras ocupações em que predomina a mulher: baixa remuneração, condição inferior, deficientes condições de trabalho, escassas perspectivas de promoção e formação deficiente.

Quanto a esta lógica da feminilização própria da enfermagem, Saffiotti (1997) afirma que a sociedade delimita com bastante precisão, os campos em que pode operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem.

As mulheres enfermeiras distinguem-se dos demais profissionais de saúde conforme afirmam Paiva e col. (1999, p. 43) “[...] pelas características do seu exercício laboral, que envolve corpo, mente, razão e intuição no cuidado e conforto à clientela. Este é um trabalho constante e independente de tecnologias complexas e caras [...]”.

Entendemos que o cargo de gerente não deve ser centrado nos profissionais de enfermagem e em mulheres, mas sim na competência individual e coletiva de gerenciar, a partir da análise do perfil profissional, com base em competências.

No caso de 100% dos gerentes serem enfermeiros talvez se deva ao fato de que os mesmos tenham uma grande apropriação dos saberes e práticas nos campos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, em especial da APS. Outro aspecto determinante a ser considerado é o longo tempo de atuação dos enfermeiros em um mesmo território, proporcionando um amplo conhecimento deste e o estabelecimento de vínculo com as famílias e comunidade. Um terceiro aspecto provavelmente se detenha ao baixo valor pago pelo cargo de gerente, como fica evidenciado na Tabela 8, e, sendo o mercado de trabalho em enfermagem cerceado permanentemente por uma política de baixos salários, talvez justifique a maior adesão de enfermeiras ao cargo. O quarto aspecto pode está associado à condição

social da mulher no mercado de trabalho que, historicamente, vem sofrendo exclusão e percebendo um salário inferior ao do homem, quando na execução de uma mesma atividade.

Dos 28 gerentes, 27 concluíram graduação em universidade pública, dos quais 26 graduaram-se pela UVA, uma instituição de ensino superior com campus sediado em Sobral, uma pela UFC e uma pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Dois dos gerentes possuem outra graduação, sendo um em Pedagogia e outro em Estudos Sociais.

O fato da maioria dos gerentes ter cursado a graduação na UVA poderá ser um aspecto de grande importância para o reconhecimento do território de atuação, já que os territórios da ESF são campo de estágio natural para os acadêmicos de enfermagem. Quanto a esse panorama os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2006g, p. 11) apontam que

construir uma articulação entre as instituições formadoras e o Sistema Único de Saúde-SUS, tem sido um desafio permanente para os que fazem saúde e educação no Brasil. Para o desempenho adequado de suas funções, são requeridas, além do conhecimento e das habilidades específicas, competências gerais associadas a um perfil profissional e humano. Este perfil ganha definição e se completa no âmbito dos processos de tomada de decisão, na comunicação com os pares e com a sociedade, na capacidade para liderar mudanças, na sensibilidade administrativa e gerencial, inseridos num processo de educação permanente e de atenção às questões da saúde e da formação [...].

A articulação ensino atenção à saúde vem proporcionando a construção de vínculo e permitindo uma maior inserção do acadêmico na realidade/cotidiano do SUS.

Na Tabela 8 encontra-se exposto o perfil de renda do gerente, com caracterização salarial e a ocorrência de outras fontes, além da ESF.

Tabela 8 Distribuição dos Gerentes do território da Estratégia Saúde da Família por renda. Sobral-CE, 2006.

RENDA	Nº	%
Renda Mensal* na ESF (R\$)		
1.800,00 a 2.000,00	16	57,2
2.200,00 a 2.300,00	10	35,7
> 2.300,00	2	7,1
Total	28	100,0
Valor da Gratificação do Cargo de Gerente (R\$)		
100,00	2	7,1
200,00	24	85,7
700,00	1	3,6
Não respondeu	1	3,6
Total	28	100,0
Outras atividades que gerem renda		
Não	23	82,1
Sim	5	17,9
Total	28	100,0
Atividades		
Plantões	3	10,7
Enfermeira da SESA	1	3,6
Não respondeu	1	3,6

*Valor do salário líquido em reais. Valor do Salário Mínimo em novembro de 2006 era de R\$ 350,00 ou US\$ 161,29.

A Tabela mostra uma predominância dos gerentes com renda entre R\$ 1.800,00 e 2.300,00, o equivalente a US\$ 829,49 e 1.013,82. O salário dos gerentes é equivalente ao dos enfermeiros assistenciais, diferenciando-se apenas a gratificação do cargo comissionado. Na pesquisa realizada por Machado (2000a), em 1999 a renda mensal média declarada do enfermeiro era de US\$ 1.123, ao comparar com os valores pagos em Sobral, o salário no município é menor, isto sem consideramos as perdas salariais devido à inflação e outros do período. A variação na renda mensal dos gerentes ocorre em detrimento à área de atuação – os que atuam na zona rural possuem um incentivo – e aos plantões.

Karl Marx, em sua obra **O Capital** (1982, p. 193) afirma que:

o salário do operário aparece como o preço do trabalho, soma determinada de dinheiro paga em troca de uma quantidade determinada de trabalho. Fala-se em valor do trabalho e se dá à sua expressão monetária o nome de preço necessário natural. Fala-se igualmente em valores comerciais do trabalho, quer dizer, em preços superiores ou inferiores que oscilam em torno do preço necessário.

Marx (1982, p. 17) afirma ainda, que o “salário é determinado pelo preço dos meios de subsistência dos operários”. Os valores percebidos pelo cargo de gerente indicam tratamento idêntico ao que o capital oferece ao trabalho operário.

Os valores são irrisórios e incompatíveis com o cargo de gerente de território, pois incorpora a responsabilidade de administrar parte do Sistema Municipal de Saúde, envolvendo gestão de pessoas, de recursos e de produção de saúde de toda uma coletividade, além da gestão do cuidado a grupos de sujeitos dependentes dos cuidados de terceiros.

Mais de um século depois de Marx, observamos que a remuneração do trabalho ainda representa apenas o valor dos meios de subsistência necessários à conservação fisiológica mínima da vida do operário, ou melhor, atualizando, do profissional de saúde.

Marx afirma ainda que,

a massa desses meios de subsistência, ainda que sua forma possa mudar, deve ser considerada, numa certa época e numa sociedade determinada, como uma grandeza constante. O que muda é o valor dessa massa. Dois outros fatores entram na determinação do valor da força de trabalho. De uma parte, as despesas necessárias ao seu desenvolvimento e que mudam de acordo com o modo de produção; de outra, sua diferença específica, proveniente de que ela é masculina e feminina, adulta ou adolescente [...] (MARX, 1982, p. 197).

Contudo, a complexidade que é o gerenciamento do território na ESF, exige um reconhecimento profissional e financeiro por parte da gestão municipal, além de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários-PCCS capaz de assegurar os direitos e garantias trabalhistas, como férias integral – incluindo o terço de férias salarial –, 13º salário, licença a maternidade e paternidade dentre outros. No mercado capitalista, quanto maior a competência do gerente, maior seu salário, e quanto maior a motivação, maior é a produtividade. A desvalorização de um cargo ou função de relevância social e complexidade técnica indica uma lógica locorregional de mercado que contradiz a lógica maior de remuneração do sistema, além de retirar do cenário uma fonte de motivação.

A motivação e o reconhecimento envolvidos no exercício competente das atribuições de gerência exigem forma psicológica, via prestígio e estatuto social, e forma material, via valorização/valoração da renda. A motivação segundo afirma Alencar (1998, p. 25) é “considerada o componente mais importante tanto no âmbito do indivíduo quanto da organização. Embora sejam recursos e competências de gerenciamento que tornam a inovação possível, a motivação é o elemento catalisador das ações voltadas para a inovação”.

A Tabela 9 apresenta o tempo de formação em enfermagem e a pós-graduação *Lato Sensu*, basicamente focada na Residência e/ou em Especialização, em Saúde da Família e em Saúde Pública, isto é, formações próprias do campo.

Tabela 9 Formação profissional dos gerentes do território da Estratégia Saúde da Família, segundo a formação profissional. Sobral-CE, 2006.

FORMAÇÃO	Nº	%
Tempo de Graduado (anos)		
3 – 5	11	39,2
6 – 8	5	17,9
9 – 11	7	25,0
12 e mais	5	17,9
Total	28	100,0
Pós-Graduação		
Residência em Saúde da Família	9	31,2
Residência em Saúde da Família + Educação Profissional em Saúde: Enfermagem	4	14,3
Residência em Saúde da Família + Especialização em Enfermagem Obstétrica	4	14,3
Residência em Saúde da Família + Saúde Pública	3	10,7
Especialização em Saúde da Família	2	7,1
Especialização em Saúde da Família + Especialização em Enfermagem Obstétrica	1	3,6
Especialização em Enfermagem Obstétrica	1	3,6
Especialização em Saúde Pública	1	3,6
Especialização em Enfermagem do Trabalho	1	3,6
Não possui	2	7,1
Total	28	100,0

A leitura da Tabela 9 possibilita-nos identificar parcela dos gerentes – 11 – com três a cinco anos de formado. Machado (2000a) em seu estudo demonstrou que 43,1% dos enfermeiros tinham até quatro anos de formado. Por outro lado, em pesquisa realizada com Enfermeiros gerentes de UBS no Rio de Janeiro, no ano de 2003, 52% apresenta um tempo de formado entre 16 - 20 anos (PASSOS, 2004). A população investigada apresenta identidade com aquela da pesquisa de Machado. Mas o menor tempo de formatura entra em contradição com a predominância do grupo em faixa etária maior, o que leva-nos a acreditar numa formação mais tardia, na região do campo do presente estudo.

No caso de Sobral, Ribeiro e Ximenes Neto (2007, p. 37) referem que o município,

apresenta um contingente de trabalhadores da saúde – de enfermagem – bastante novo, ou seja, com pouco tempo de formação profissional atuando na atenção primária do município. Torna-se claro que os profissionais novos estão sendo melhor posicionados no Município de Sobral pela Estratégia Saúde da Família, devido aos novos currículos que enfatizam a capacitação

para o processo de atuação na atenção primária, como suporte para a ação profissional que contribui para a melhoria da qualidade de vida da população.

Quanto à educação dos profissionais de saúde, a OMS (1993, p. 1, tradução nossa) afirma que a mesma tem sido amplamente criticada por não estar voltada às necessidades de saúde da sociedade. A maioria dos profissionais tem uma formação densa no campo biomédico e clínico, mas pequena formação em Ciências Sociais e Humanas, o que reduz suas habilidades em manejar questões políticas, sociais, culturais e econômicas, exigidas pela gerência. São escassas as oportunidades de aprender como direcionar os poderes sociais, econômicos e políticos que interferem no setor saúde. O texto da OMS complementa, afirmando que as instituições responsáveis pela capacitação dos profissionais de saúde estão distantes dos espaços de tomada de decisões, acerca da provisão dos serviços e das políticas de saúde.

Este estudo mostra que 20 gerentes possuem Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, dentre estes 12 possuem mais de um Certificado de Especialização. O gerente que é possuidor de formação na modalidade Residência em Saúde da Família, caracterizada pelo ensino em serviço e pela grande carga horária prática, poderá vir a ter mais clareza do seu objeto de trabalho no campo da Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Planejamento, Educação Popular e Promoção da Saúde.

Os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil, segundo o MS (BRASIL, 2006h), objetivam possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do SUS. Publicação do MS aponta que durante o processo de formação do residente,

a população, o controle social, a equipe da unidade, as escolas do bairro são convidados a pensar e a produzir espaços de saúde, de qualidade de vida e é neste ethos que se dá a formação dos residentes. Problemas complexos, respostas coletivas (BRASIL, 2006h, p. 14).

O Conselho Nacional de Saúde aponta a especialização em serviço na saúde como um dos “principais modelos de formação de profissionais com domínio significativo das habilidades de pensamento e de ação requeridas pelos variados núcleos de conhecimento do trabalho na área” (BRASIL, 2005c, p. 50).

Na pesquisa de Machado (2000a), 40,03% dos enfermeiros tinham Especialização em Saúde Pública; 15,36% em Enfermagem Obstétrica; 12,25% Médico-Cirúrgica; 4,90% Enfermagem do Trabalho; e somente 2,2% Especialização em Saúde da Família.

Em Sobral, dos 28 Gerentes, 16 têm mais de uma especialização. Isto ocorre devido aos grandes investimentos que o município tem empreendido para a educação na saúde de sua equipe de trabalhadores, como também a oportunidade e o fácil acesso à universidade local.

Os profissionais da saúde e de outros setores têm buscado uma superespecialização, talvez influenciado pelo capitalismo, que exige trabalhadores com amplo conhecimento e polivalentes, para manter-se no mercado, levando-os a uma alienação trabalhista.

Segundo Guimarães (*apud* MATOS, 2002), para compreender a complexidade que envolve a organização do trabalho no modo capitalista de produção, é preciso levarmos em consideração as contribuições das diversas disciplinas e não somente os posicionamentos apresentados pelas Ciências Administrativas, que pensam a organização do trabalho na lógica de organização racional do trabalho.

A atuação na ESF exige uma diversidade de saberes e práticas em áreas relacionadas à gestão sanitária, ao cuidado de famílias, sujeitos e populações, ao manejo das determinações e conseqüências sociais, ao território de atuação, às concepções e práticas de saúde. Tais conhecimentos, muitas vezes, não são oferecidos durante a formação na graduação, levando os profissionais a se especializarem em várias áreas para dar conta de um processo de trabalho vastíssimo na ESF.

Segundo os Ministérios da Saúde e da Educação,

Os processos formativos e as práticas profissionais em saúde demonstram comprometimento com diversos interesses, mas muitas vezes excluem os dos usuários do SUS. Em geral, o panorama que observamos na área da Saúde, seja nos níveis federal, estadual ou municipal, seja na gestão, no ensino ou nos serviços, perpetua modelos conservadores e parece distanciado de um modelo lógico, que seria o “usuário-centrado” e da missão primeira que seria um cuidado adequado às necessidades da população (BRASIL, 2006g, p. 11).

A debilidade dos currículos da graduação no que concerne à atuação na APS tem motivado a superespecialização ou especialização múltipla. Gorayeb (*apud*

MELLO, 2007) refere que há uma distorção grave na atenção à saúde, que é a crença na 'superespecialização'.

A superespecialização ou especialização múltipla para atuação no território da ESF tem fomentado um dilema de identidade; levado os diversos profissionais a uma indefinição de papéis, influenciados pela formação de especialista; além do trabalho fragmentado e precarizado.

No momento, o MS, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde-DEGES/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SGTES, vem atuando na ampliação da formação de especialistas com enfoque na APS, com o intuito de ampliar a cobertura da ESF e aumentar a resolubilidade da atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006i). A referida formação faz parte da Política Nacional de Educação em Saúde, que

[...] traz à tona alguns aspectos, como o conceito ampliado de saúde; a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que considerem o trabalho como eixo estruturante das atividades; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a integração entre o ensino e os serviços de saúde; o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde e a qualificação da gestão (BRASIL, 2006i, p. 12).

3.2.1 Qualificação e Educação Permanente-EP

A qualificação dos trabalhadores de saúde, principalmente os da ESF, é de fundamental necessidade, devido aos avanços teóricos, organizacionais, tecnológicos e políticos ocorridos e a diversidade, tanto do campo da atenção, como da gestão no território, o que impõe, diariamente, novas situações a serem enfrentadas. A Educação Permanente em Saúde permite a resignificação do processo de trabalho, por sua prática ser desenvolvida em serviço, e a apropriação efetiva do território, com suas necessidades de saúde sentidas ou não.

Quanto à educação permanente Machado (2006b, p. 45) afirma que a mesma é “[...] importante para que se estabeleça um compromisso entre gestores e os trabalhadores, de que todos precisam se qualificar permanentemente, para se construir uma boa carreira que evolua a partir da formação e da avaliação da experiência”.

A Tabela 10 apresenta a qualificação recebida pelo gerente durante sua atuação.

Tabela 10 Histórico de qualificação dos gerentes do território da Estratégia Saúde da Família. Sobral-CE, 2006.

QUALIFICAÇÃO	Nº	%
Qualificação recebida no ato da nomeação		
Não	27	96,4
Sim	1	3,6
Total	28	100,0
Qualificação/EP vivenciado pelo Gerente		
Organização de Serviço	23	82,1
Hanseníase	12	42,9
Preceptoria	10	3,6
Pré-natal	8	28,6
Biossegurança	8	28,6
Saúde da Mulher	7	25,0
Abordagem Síndrômica em DST	5	17,9
Tuberculose	4	14,3
Gerenciamento em Saúde Reprodutiva	3	10,7
Saúde da Criança	3	10,7
Saúde do Adolescente	2	7,1
Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes <i>mellitus</i>	2	7,1
Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino	2	7,1
Qualificação sobre Enfermagem	1	3,6
Planejamento Familiar	1	3,6
Eventos em geral	1	3,6

Dos gerentes, 27 não receberam qualificação no ato da nomeação, situação explicitada na fala da gerente Maria Estrela do Mar:

Eu não tive escolha! Surgiu a vaga [...], então fui colocada, fui jogada, não passei por treinamento de nada [...], tive que aprender trabalhando.

No caso dos gerentes da ESF do município de Sobral, era imprescindível a qualificação dos mesmos ao assumirem o cargo, em virtude de ascenderam profissionalmente de uma função assistencial para uma gerencial. Toda e qualquer empresa/serviço que tenha a missão e/ou meta de um padrão de qualidade, deve possuir em seu quadro de pessoal, gestores e/ou gerentes, com um perfil de extrema competência e qualificados.

No que concerne à qualificação e/ou processo de educação permanente que o gerente tenha vivenciado, há o predomínio de temas voltados para a atenção à saúde. Isto se deve ao fato de apenas sete gerentes atuarem exclusivamente na prática gerencial. Dentre os temas, é destacado a organização de serviço, tema vivenciado a partir da preceptoria de enfermagem da Escola de Formação em Saúde

da Família Visconde de Sabóia. Ressaltamos que o coletivo de gerentes em Sobral não está inserido em processo de educação permanente próprio ao seu processo de trabalho gerencial. Na Tabela 10, os gerentes apresentam um *menu* de necessidades de qualificação centrado na gestão em saúde, de pessoas, no planejamento, na análise de custos em saúde e na saúde do trabalhador. As principais necessidades de qualificação estão voltadas para gestão em saúde – 17 – e gestão de pessoas – 16. Dos gerentes, apenas uma não apontou suas necessidades.

Tabela 11 Necessidade de qualificação dos gerentes do território da Estratégia Saúde da Família. Sobral-CE, 2006.

NECESSIDADES DE QUALIFICAÇÃO	Nº	%
Gestão		
Gestão em Saúde	17	60,7
Gestão de Pessoas	16	57,1
Análise de Custos em Saúde	6	21,4
Dinâmicas de Grupo	3	10,7
Direitos Trabalhistas	2	7,1
Comunicação	1	3,6
Vigilância Sanitária	1	3,6
Planejamento	1	3,6
Segurança do trabalho	1	3,6
Organização de serviço	1	3,6
Atenção		
Emergências Pré-hospitalares	3	10,7
Saúde Mental	1	3,6
Pré-natal de alto risco	1	3,6

A qualificação dos gerentes, em temas que aprofundem as necessidades de planejamento, organização de sistemas e serviços, política de pessoal, planejamento e economia da saúde, contribui para o melhor desempenho destes, ampliando suas capacidades de avaliar as necessidades de saúde e a tomar decisões na gestão do território.

Vanderlei (2005, p. 99) afirma que a falta de formação específica pode ser considerada uma dificuldade para o gerenciamento, principalmente no que concerne ao “conhecimento com relação ao processo decisório”. Já Vanderlei e Almeida (2007, p. 445) afirmam que o “desenvolvimento gerencial, voltado para o modelo assistencial centrado no cuidado, leva a uma redefinição do papel do gerente. Para isso, é necessário à adoção da abordagem dialética para análise das organizações”.

Conforme Carvalho e Ceccim (2007, p. 157),

para ser um profissional de saúde há necessidade do conhecimento científico e tecnológico, mas também de conhecimento de natureza humanística e social relativo ao processo de cuidar, de desenvolver projetos terapêuticos singulares, de formular e avaliar políticas e de coordenar e conduzir sistemas e serviços de saúde. O diploma em qualquer área de saúde não é suficiente para garantir a qualificação necessária, já que o conhecimento e a informação estão em permanente mudança e exigem atualização do profissional [...].

É imprescindível que na atualidade, gestores e gerentes, independente do nível de gestão que estão exercendo, sejam cargos de alta gerência, média gerência ou outra, estejam inseridos num arrojado processo de educação permanente. A educação permanente no contexto da gestão do território na ESF é necessária, para que o gerente possa administrar com competência todos os processos que compreendam a gestão do cuidado em saúde e acompanhar as mudanças no sistema de saúde, a exemplo do processo de descentralização.

Formiga, Castro e Vilar (2006, p. 18) afirmam que

as mudanças ocorridas com a reforma do sistema de saúde no Brasil exigiram a redefinição dos papéis das distintas esferas de governo e motivaram a necessidade da capacitação dos recursos humanos¹⁰⁹ para se adequarem às novas demandas. Neste sentido, o Ministério da Saúde vem implementando uma política de educação para o SUS, que estimula e promove a educação permanente dos trabalhadores, tendo como propósito formar sujeitos ativos e críticos no desenvolvimento de habilidade para tomada de decisão, solução de problemas e o trabalho em equipe.

O processo de reforma sanitária brasileira vem demandando dos governos Municipais, Estaduais e Federais uma política de gestão do trabalho em saúde, que dê condições sociais, políticas e educacionais aos trabalhadores de saúde.

No ano de 2003, o Governo Federal, a partir do MS (BRASIL, 2006j), criou a SGTES, com os objetivos de:

Motivar e propor a mudança na formação técnica, de graduação e de pós-graduação e um processo de educação permanente dos trabalhadores da saúde a partir das necessidades de saúde da população e de fortalecimento do SUS. [...] Valorizar e fortalecer a participação e a democracia nas relações de trabalho, estabelecendo propostas de desprecarização do trabalho em saúde, de um Plano de Carreira para o SUS com definição de

¹⁰⁹ Nesse estudo não se categoriza o trabalhador como um recurso, a semelhança de material, equipamentos e insumos, mas sim como agentes e sujeitos, colaboradores essenciais para melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade, com algum tipo de vínculo empregatício. Recurso, na realidade, se apropria, se tomba, se utiliza e descarta quando o uso não é mais necessário, trabalhador não.

vínculos e carreiras que assegurem direitos dos trabalhadores e a presença do Estado na condução das políticas de saúde.

Dentre as políticas construídas a partir da articulação da SGTES há a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde com o intuito de buscar a modificação das práticas de gestão, atenção, formação, formulação de políticas, da participação popular e do controle social no setor saúde (BRASIL, 2005c). Segundo os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2006b, p. 11),

A educação, sem dúvida, é um instrumento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. Constitui-se em uma ferramenta para superação da distância entre algumas conquistas da Reforma Sanitária (como ter trazido para lugar de destaque as discussões acerca da importância da integralidade da atenção e do conceito ampliado de saúde) e as práticas de saúde vigentes no País.

A NOB de Recursos Humanos (BRASIL, 2005d, p. 59) aponta que a Educação Permanente para o processo de trabalho no SUS deve

[...] garantir a realização de atividades que promovam a educação para a Gestão do Trabalho em Saúde, incluindo-se o desenvolvimento do trabalhador; a administração de pessoal; a utilização de fontes de informações intra e extra-setoriais; a análise de sistemas de relações de trabalho; a análise de sistemas de retribuições e incentivos; a gestão dos Planos de Carreira, Cargos e Salários e os processos de negociações.

O desenvolvimento científico-cultural torna-se necessário a qualquer profissional, independente de sua área de atuação ou função exercida. A instituição empregadora deve articular o fomento a este incentivo profissional e o trabalhador buscá-lo. A Tabela 12 expõe as principais dificuldades dos gerentes em realizar aprimoramento pessoal.

Tabela 12 Dificuldades encontradas pelos gerentes para realizar aprimoramento profissional. Sobral-CE, 2006.

DIFICULDADES EM FAZER APRIMORAMENTO	Nº	%
Sim	18	64,3
Não	10	35,7
Total	28	100,0
Dificuldades		
Alto custo dos eventos científicos	12	42,9
Alto custo dos livros e revistas científicas	11	39,3
Encargos familiares	7	25
Falta de tempo	7	25
Falta de apoio institucional	5	17,9
Inexistência de material de estudos no trabalho	5	17,9

Inexistência de educação permanente no trabalho	2	7,1
Falta de prioridade	1	3,6
Falta de divulgação dos eventos científicos	1	3,6
Filhos pequenos	1	3,6

Um sistema de saúde como o brasileiro, que tem como princípio a equidade, e em sua Constituição Federal e na LOS – apontam a legalidade e a responsabilidade que os entes públicos federados possuem na formação dos trabalhadores na área de saúde, não deveria apontar barreiras para o aprimoramento profissional.

Dos gerentes entrevistados, 18 afirmaram apresentar dificuldades para fazer aprimoramento profissional. As dificuldades apontadas estão centradas nos aspectos próprios do financiamento e economia familiar, além do alto custo dos eventos, livros e revistas.

Na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia existe uma biblioteca com periódicos e um número expressivo de livros voltados para Saúde Pública, Saúde Coletiva, Gestão em Saúde, APS e pesquisa em saúde, disponíveis para os trabalhadores de saúde do sistema municipal e universidades locais de Sobral. Mas este acervo ainda não está sendo explorado pelos gerentes como deveria, como se depreende dos relatos.

Quanto aos eventos científicos, o Município libera os trabalhadores para até dois eventos anuais, com financiamento para aqueles em que o temário esteja voltado para as macropolíticas de saúde local e que apresentem temas livres acerca de relatos de experiência.

Ressaltamos que a disponibilidade de trabalhadores de saúde bem preparados, segundo Santana (1994, p. 16), é “fator indissociável da qualidade e do volume da produção em qualquer ramo de atividade, regra que se aplica integralmente aos serviços de saúde, sendo válida tanto para o caso da formação profissional propriamente dita”, e aos processos de qualificação – atualização e aperfeiçoamento – dos trabalhadores nos serviços.

3.3 Gestão do Trabalho em Saúde.

O coletivo de gerentes cumpre uma jornada de trabalho de 40 horas/semana, respeitando o que preconiza o MS, e apresentam um índice melhor do que o

identificado por Machado (2000a), em que 68,9% dos Enfermeiros da ESF no Brasil cumpriam uma carga horária de 31 a 40 horas semanal.

Vinte e sete gerentes apresentam de vínculo exclusivamente baseado no cargo em comissão. Apenas um, portanto, além do cargo em comissão, tem vínculo de carreira pública, com entrada por meio de concurso. Na pesquisa de Machado (2000a), apenas 7,23% dos enfermeiros eram contratados por cargo em comissão 16,82% contratados por concurso público e os demais eram vinculados a partir de várias formas de terceirização ou trabalho cooperativado.

Na atualidade, apesar das exigências e do efetivo controle público exercido pelos Tribunais de Contas dos Municípios-TCM, das Procuradorias de Saúde Pública e das Promotorias Municipais, como também do controle social exercido pelos usuários e trabalhadores do SUS para a realização de contratação mediante concurso público, ainda é muito presente nos municípios a contratação por meio de convênios com Organizações Não-Governamentais-ONG, organizações sociais, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público-OCIP, associações comunitárias ou profissionais, cooperativas, empresas terceirizadas e contratos temporários, todos precarizados.

No caso do setor público, a contratação dos trabalhadores, obrigatoriamente, deveria ser mediante concurso público, e, quando admitidos, ter acesso a um Plano de Carreiras, Cargos e Salários-PCCS conforme previsto na Lei Nº 8.142/1990 e na NOB-RH. Ressaltamos que nenhum gerente está inserido em um PCCS-SUS Municipal, pois no município de Sobral ainda não foi existe.

Os dados identificados referentes à contratação, via cargo em comissão e a inexistência de um PCCS em Sobral mostram o reflexo da política econômica e trabalhista brasileira dos anos 1990. Pois, no Brasil, a década de 1990, para o trabalhador, foi um momento de grandes perdas, devido às práticas de redução das ações do Estado. Concomitante a sucessivas crises econômicas ocorreu intenso processo de privatização, com conseqüente redução de postos públicos de trabalho, originados do modelo político neoliberal. No setor saúde ocorreu um fato diferenciado, que foi o aumento do número do emprego público, como conseqüência da descentralização da APS, com o PACS e o PSF. Mesmo assim, tais trabalhadores não deixaram de ser vitimados por um processo de

desregulamentação do trabalho e de precarização contratual, associado às perdas significativas no valor final do salário.

Apesar de a Constituição Federal exigir a contratação para cargos públicos somente mediante concurso, o País vem vivenciando grandes dificuldades na contratação de pessoal, pelas três esferas de governo, resultando na opção pelas formas precárias de contratação, sem vínculo empregatício, sem garantia de direitos trabalhistas. O panorama da década de 1990 é descrito por Machado e Oliveira (2006), com ênfase à crise econômica, caracterizada por inúmeros processos de ajustes fiscais, resultando em aumento das taxas de desemprego, da precariedade do trabalho e do declínio dos rendimentos.

De acordo com Carvalho e col. (1998, p. 161), as principais mudanças no mercado de trabalho em saúde, verificada nos anos 1990 são destacados a seguir:

Uma forte crise no segmento formal dos mercados de trabalho setorial de saúde: o ritmo de crescimento do emprego celetista foi de 2% ao ano, situando-se em níveis bastante inferiores aos praticados nas décadas de 1970 – 10% ao ano, em média – e de 1980 – 5% ao ano, em média –.

Problemas também no segmento celetista dos mercados de profissionais de saúde: o volume de admissões anuais de médicos, dentistas e farmacêuticos no conjunto das atividades econômicas manteve-se estagnado ou reduziu-se entre 1986 e 1996; o movimento de admissões anuais de pessoal Auxiliar e Técnicos de Enfermagem foi reduzido à metade no período; as admissões anuais de Enfermeiros, com crescimento significativo no período, constituem a exceção à regra;

Precarização dos mercados de trabalho de profissionais de saúde evidenciada pela diminuição dos níveis de proteção de saúde do trabalho – aumento dos contratos precários – e pela queda nos salários iniciais de contratação de profissionais de saúde no segmento formal protegido dos mercados, especialmente entre 1990 e 1994; a partir daí os salários nominais de contratação passam a aumentar; e

Mudança qualitativa no perfil do emprego, caracterizada por dois movimentos simultâneos: um aumento da participação relativa de pessoal administrativo e de controle em detrimento do pessoal técnico de saúde; e um aumento das admissões de pessoal com maiores níveis de escolaridade formal.

O número dos trabalhadores em saúde aumentou substancialmente, de 1.438.708, em 1992, para 2.180.598, em 2002 (IBGE, 1992/2002 *apud* MACHADO; OLIVEIRA, 2006). Mas o incremento quantitativo foi acompanhado de vulnerabilidade política, econômica, social e trabalhista. O trabalho em saúde, na APS, representou cenário especial de precarização do trabalho, devido às exigências contraditórias representadas pela existência de políticas sociais muito exigentes em pessoal e de políticas econômicas focadas na racionalidade do aparelho do Estado.

Os governos municipais e estaduais, pensando apenas nos bônus políticos e financeiros que a descentralização da APS traria para suas administrações, passaram a contratar profissionais de saúde com critérios técnicos mínimos para atuarem em condições muito difíceis. Este cenário político influenciou o aumento do clientelismo e do assistencialismo.

Dados do MS acerca do quantitativo de empregos mostram que, na década de 1980, este era da ordem de 265.956, dos quais 17,8% estavam nos municípios. No ano de 2002, com total de mais de um milhão de empregos, 66,3% estavam na base municipal (BRASIL, 2006I). Segundo Machado, Moysés e Oliveira (2006) um dos fenômenos que a municipalização consolidou foi o de o município tornar-se o maior empregador do sistema e do segmento público.

Nos anos 1990, foi notório o crescimento do trabalho em saúde nos aspectos quantitativos, devido ao desenvolvimento de políticas, programas, serviços e ações de saúde, ocasionando uma mudança estrutural na força de trabalho e nas formas de contratação. A União que era, até então, a principal contratadora de trabalhadores, descentralizou tal obrigação aos municípios, situação percebida na ESF. Conforme o MS (BRASIL, 2006I, p. 15), “pode-se dizer que o SUS cresceu, estruturou-se e expandiu-se por meio dos municípios”.

Dos anos 1990 até os dias atuais, tem sido notório também a ausência de vínculos, a não garantia de proteção social dos trabalhadores, a inexistência do PCCS-SUS. É um período marcado pela exclusão social do trabalho em saúde e precarização dos trabalhadores. Quanto a essa situação histórica do trabalho em saúde, Campos (2006, p. 5) afirma que

um desejável processo de flexibilização do trabalho no setor saúde, indispensável a que mudanças tecnológicas pudessem ser absorvidas e de que não houvesse morosidade da substituição do trabalho com prejuízo dos beneficiários infelizmente, se transformou em muitas situações em trabalho em condições precárias. Nos últimos anos, a noção de trabalho precário ganhou destaque nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde e tem sido utilizada, sobretudo, para indicar a ausência dos direitos sociais de trabalhadores do SUS. [...] Em uma área considera essencial, como a saúde, a ausência desses direitos e benefícios ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população.

Ainda segundo Campos (2006, p. 5) é “indubitável o avanço que as lutas dos trabalhadores moldaram a regulação do uso do trabalho humano nos últimos anos”. Castro e col. (1997, p. 19) afirmam que a “precarização das condições de

trabalho tem sido assumida como uma destacada característica dos mercados de trabalho no Brasil, independentemente de suas configurações [...]” setoriais, regionais, ocupacionais, profissionais, de caráter público ou privado.

Na ESF, a precarização tem sido um marco das formas de contratação dos trabalhadores de saúde, desde sua institucionalização em 1994, fato que tem permitido instabilidade aos trabalhadores, associado à inexistência de pisos salariais regionais, levando a uma não fixação dos profissionais de saúde, principalmente, o médico.

No que concerne ao trabalho precário, o CONASS e o CONASEMS (*apud* BRASIL, 2006I, p. 17) afirmam que o mesmo passou a constituir lógica expressiva do SUS, mas “não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto”. O texto complementa afirmando que “mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores”.

De acordo Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004, p. 83) as três principais conceituações de precariedade e informalidade do trabalho contempla os seguintes aspectos:

- 1) caracteriza uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social;
- 2) decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores;
- 3) está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos.

Castro e col. (1997, p. 19) definem genericamente o trabalho precarizado como “[...] a condição ocupacional exercida sem o devido amparo das normas legais e que não garante estabilidade, benefícios e segurança ao trabalhador”. Entretanto, segundo as autoras, o “maior problema gerado pelo trabalho precário é a vulnerabilidade do vínculo, causadora de grande insegurança no mercado de trabalho, que expõe o trabalhador a uma sub-condição, impossibilitando-o de gozar plenamente seus direitos trabalhistas” (CASTRO *et al.*, 1997, p. 20).

O MS, desde 2003 vem trabalhando no enfrentamento da precarização, por meio do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – o DesprecarizaSUS. Tal programa é uma “estratégia de ação do governo federal cujo objetivo é a desprecarização dos vínculos de trabalho na saúde” (BRASIL, 2006I, p.

17). A eliminação do trabalho precário não poderá ser alcançada somente por ações programáticas, de foco específico e tempo limitado, necessita sim de políticas públicas sistemáticas, transversais, apoiadas no controle social, para que se desenvolva o PCCS do SUS, conforme previsto na Lei N° 8.142/1990.

A perspectiva de construção do PPCS-SUS segundo afirma Machado (2006b, p. 44) tem uma...

identidade com o SUS, ou seja, a identidade do trabalhador do SUS, das instituições que o compõe. Busca o estabelecimento do compromisso, a relação mais direta entre gestores e trabalhadores do SUS com qualidade e profissionalismo. O Plano de Carreira deve ser uma instrumento de gestão e de gerência bem-estabelecido para o gestor e que, ao mesmo tempo, possa dar valorização, dignidade, carreira ao trabalhador, assim como destacando a educação permanente, que compõe o PPCS, como motor do sistema [...].

A experiência humana, no atual momento histórico, segundo Machado (2002), impõe grandes desafios aos diversos campos e esferas da produção científica, econômica, política ou social. No caso do setor saúde, o desafio está em esclarecer e superar alguns mitos que contribuem para a manutenção de uma prática inadequada de trabalho em saúde. A autora reforça seus argumentos, demonstrando que um setor, como o da saúde, que emprega mais de dois milhões de trabalhadores diretamente, mais outro punhado de milhões indiretamente, não pode ser negligenciado, e nem deixar de possuir uma política de pessoal específica para seus trabalhadores.

Na Tabela 13 estão detalhados os períodos em que os Enfermeiros exerceram a função de gerente, como um todo e no território atual.

Tabela 13 Tempo de atuação como gerente no território da Estratégia Saúde da Família. Sobral-CE, 2006.

TEMPO (anos)	TRABALHO DE GERENTE NO TERRITÓRIO		TRABALHO DE GERENTE NO TERRITÓRIO ATUAL	
	Nº	%	Nº	%
Menos de um ano	5	17,8	10	35,7
01 – 03	8	28,6	6	21,4
04 – 06	11	39,3	8	28,6
07 – 09	4	14,3	3	10,7
Não respondeu	-	-	1	3,6
Total	28	100,0	28	100,0

Em Sobral, 13 dos gerentes estão no cargo e 16 estão no território de três anos a menos. Este resultado faz sentido, quando se sabe que o processo de implantação de uma reforma sanitária em Sobral iniciou-se em 1997. O processo histórico-sanitário é, portanto, muito recente, e encontra-se nas fases iniciais de sua construção.

Na pesquisa de Passos (2004), realizada com gerentes de UBS no Rio de Janeiro, 43% dos gerentes exerciam a função entre um a cinco anos, e 43% de seis a dez anos. Evidentemente este é um processo mais antigo. O novo e o antigo, nesta perspectiva, é questão de quinquênio, no máximo de década. O processo da reforma sanitária brasileira é, todo ele, muito novo.

No que concerne ao gerenciamento, a experiência profissional do gerente é importante, uma vez que, supõe-se que com gerentes experientes, os erros podem ser evitados, os processos reduzidos e os resultados alcançados em tempo hábil. Mas existem casos em que há gerentes promissores, vertendo liderança e com grande conhecimento e capacidade de mobilizar vontades e processos gerenciais, mesmo com o processo iniciante.

3.4 Atividades desenvolvidas além do gerenciamento do território.

Dos 28 Gerentes, 21 atuam na gerência do território e em ações de caráter assistencial, próprias do afazer dos Enfermeiros; e destes, 14 assumem integralmente a assistência em seu território, como apresentado na Tabela 14.

Tabela 14 Atividades assistenciais desenvolvidas pelos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família. Sobral-CE, 2006.

ATIVIDADES	Nº	%
Assistência de Enfermagem em Saúde da Família	14	50,0
Visita Domiciliar	6	21,4
Exame de prevenção do câncer cérvico-uterino e mama	6	21,4
Cuidados à criança na puericultura e com agravos	6	21,4
Triagem	5	17,9
Pré-natal	5	17,9
Trabalho com grupos	4	14,3
Supervisão e Avaliação do trabalho do ACS	4	14,3
Cuidados aos portadores de tuberculose	4	14,3

Cuidado com feridas	3	10,7
Cuidados aos portadores de HAS e DM	3	10,7
Cuidados aos portadores de hanseníase	3	10,7
Planejamento Familiar	2	7,1
Administração de vacinas	2	7,1
Cuidados ao adolescente	2	7,1
Cuidados ao adulto	2	7,1
Cuidados ao idoso	2	7,1

Nesta Tabela 14 as ações de caráter assistencial desenvolvida pelos gerentes, compreendem a consulta de enfermagem – à criança, ao adolescente, ao adulto, ao idoso, a mulher no ciclo gravídico-puerperal, aos portadores de tuberculose, hanseníase, Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS, Diabetes *mellitus*-DM, DST/HIV –, a visita domiciliar, o trabalho com grupos, o cuidado com feridas, as ações de promoção e educação em saúde dentre outras.

De acordo com Alves (2007) o enfermeiro como integrante da Equipe da Saúde da Família desenvolve ações promoção, proteção e recuperação da saúde podendo também, atuar como gerente da UBS.

A pesquisa realizada no município de Betim-MG, por Antunes (1995), sob o título **O Enfermeiro e a integralidade da assistência de enfermagem na rede básica do Sistema Único de Saúde**, mostra que 83% destes profissionais realizam Consulta de Enfermagem, e que 88% realizam gerência setorial, 64% gerenciam pessoal e 53% gerenciam material.

Quanto a esta situação de gerenciar o território sanitário e exercer a função de enfermeiro assistencial, a gerente Maria de Nazaré refere categoricamente:

Acho complicada essa história de gerência-assistência! É complicado por que ninguém dá conta da gama de serviços. De fazer bem, com qualidade. A gente se angustia pela disponibilidade do tempo que não tem [...].

A gerente refere que a sobreposição de tarefas de gerenciar e assistir, concomitantemente, pode inferir na qualidade do serviço.

A situação em que o gerente atua exclusivamente nessa função é bem vivenciada pela gerente Maria do Perpetuo Socorro:

[...] dividindo-me entre a atenção e o gerenciamento [...], comecei com a sobrecarga, uma responsabilidade muito grande [...], porque você tinha que dá conta de duas coisas [...]. Os ACS reclamavam porque a gente não tinha tempo de ir à área. Quando passei a ser só

gerente, já vi uma mudança grande, pude com isso, ter mais tempo de está observando o serviço, está mais próximo da equipe, dos servidores, de está conversando. Está construindo as rotinas, olhando como está funcionando os setores, tendo mais controle da situação. [...] Pois a equipe cobra do gerente. Se eu não tenho tempo, como posso está discutindo? A coisa vai só passando [...].

A gerente Maria do Perpetuo Socorro aponta que o fato de atuar somente nas funções gerenciais, permite uma maior supervisão dos serviços, a construção e a utilização de ferramentas gerenciais.

Tem sido comum, na ESF, a gerência de território ou de UBS ser exercida por um profissional de saúde de sua própria equipe, que ascende por competência, perfil de liderança ou indicação. A construção de um gerente com um olhar voltado para as necessidades de saúde do território e da comunidade, com uma vivência no mesmo é de singular importância, por permitir a resolução dos problemas com mais facilidade e propriedade.

Antunes (1996, p. 129), quanto ao binômio gerência-atenção na prática do enfermeiro, apresenta o seguinte posicionamento:

A priorização e o desenvolvimento da gerência enquanto instrumento de trabalho para alcançar a finalidade última de prestar assistência de enfermagem equânime, resolutiva e integral conforma-se como uma das maiores possibilidades existentes para que o enfermeiro rompa com o seu instituído predominante: as atividades burocráticas, normalizadoras, controladoras de pessoas, e de prestação de cuidados suplementares ao ato de outros profissionais de saúde. A gerência de enfermagem pode ultrapassar isto e ser vista como um instrumento de trabalho, intercomplementar ao trabalho de outros profissionais em saúde, com a finalidade última de favorecer a vida em todas as suas manifestações e a integralidade da assistência à saúde.

Segundo Peduzzi e Ciampone (2005) o processo de trabalho do enfermeiro centrado na atenção e na gestão tem suas origens na criação da primeira escola de enfermagem, por Florence Nightingale no século XIX, em que existiam duas categorias de enfermeiras, as *nurses* e as *ladys nurses*, sendo que, às primeiras cabia o cuidado direto à clientela e as demais, o ensino e administração desse cuidado.

A divisão técnica do trabalho segundo Almeida e Rocha (1989, p. 70) é uma característica do processo de trabalho de enfermagem. A prática conforme os autores, é “[...] parcelada em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes, cabendo também esta execução parcelada a diferentes agentes”.

O enfermeiro, ao dividir-se no trabalho, com a responsabilidade de gerenciar o território e prestar cuidados de enfermagem a um determinado número de famílias, poderá, talvez, não conseguir dar conta dos dois como deveria, por uma questão de demanda-tempo. A principal dificuldade encontrada pelos gerentes é a conciliação das atividades de enfermagem e gerenciamento, pois, as competências gerenciais que são requeridas no território têm uma complexidade inestimável e as atribuições que são apontadas pela Política Nacional de Atenção Básica que o enfermeiro deve exercer na atenção, são vultosas. As atribuições são as seguintes (BRASIL, 2006a, p. 45):

- I) realizar assistência integral - promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde - aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários - escolas, associações etc. -, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II) conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III) planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV) supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V) contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- VI) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde da Família-USF.

A Enfermagem, segundo o MS (BRASIL, abr. 2002c, p. 1), é “profissão historicamente marcada pelo compromisso com a Saúde Pública, tem grande capilaridade social, encontrando-se presente na maioria das ações desenvolvidas na Atenção Básica/Saúde da Família do SUS”.

3.5 Processo que Levou o Enfermeiro ao Cargo de Gerente.

As falas extraídas a partir das entrevistas com os gerentes mostram que a gerência do território da ESF está centrada no enfermeiro, e que não há um processo estruturado para ascensão dos profissionais ao cargo de gerente. As falas estão apresentadas a partir das seguintes subcategorias: Gerente Líder, Gerente Organizadora, Gerente Quem Indica-QI e Gerente Enfermeiro-Centrado.

3.5.1 Gerente Líder.

Eu era enfermeira de Saúde da Família, de uma área. Fui avaliada, e chamada pela Secretaria da Saúde, pela Coordenação de Saúde, que chegou pra mim, e falou que eu tinha um perfil de líder, e que poderia está atuando muito melhor, em outro território como gerente (Maria dos Remédios).

Foi percebido pelo gestor que no meio de um grupo eu me destacava, como aquela pessoa que podia exercer o cargo de gerente (Maria da Consolação).

Foi realizada eleição na roda. Eu ganhei com mais de 80% dos votos (Maria do Rosário).

As falas indicam que o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras permitiu o despontar da liderança no território da ESF. O trabalho foi percebido e valorizado pela própria equipe e pela coordenação geral da ESF, resultando na ascensão ao cargo de gerente.

O trabalho comunitário, exercido pela ESF, exige da equipe de trabalhadores de saúde e, principalmente da gerência, o exercício pleno de uma liderança competente, para que a mesma possa mobilizar processos, vontades e estratégias organizacionais, com o intuito de ampliar os espaços de influência do trabalho em saúde, alcançar as metas estabelecidas pela gestão sanitária municipal, cumprir o que está previsto no Plano Municipal de Saúde, na Lei N° 8.080/1990 e buscar a efetivação dos princípios do SUS, principalmente da integralidade.

A liderança deve ser uma das características fundamentais do gerente, para o competente exercício da função. A liderança na ESF deve ser carismática, executiva, resolutiva, empreendedora, acolhedora, para que possa propiciar a construção de vínculos, mobilizar vontades, e mediar democraticamente os conflitos internos da equipe-equipe, entre equipe e comunidade e internas da comunidade. A liderança deve, ainda, buscar maturidade em situações de crise, como nos casos de epidemia, de catástrofe ou de conflitos político-sociais intensos. Deve pregar a afetividade entre equipe-comunidade, alimentar sonhos, inspirar o futuro, e juntos buscarem a resolução dos problemas e necessidades sanitárias, construindo uma cultura de solidariedade, baseada no bem comum e no amor coletivo.

A liderança, de acordo com Shinyashiki (200?, p. 3), “é a arte de inspirar as pessoas em direção aos objetivos delas”. Outro modo de definir a liderança, conforme o autor, “é a arte de criar felicidade para os outros. Uma das maneiras

mais ricas de experimentar a felicidade é a possibilidade de pôr em prática um sonho”. Esse espírito de liderança carismática, segundo Weber (2002, p. 57), surgiu em todos os lugares e vem se desenvolvendo em todas as épocas históricas.

Os líderes, de acordo com Gomes (1993, p. 16) são “[...] aqueles que se comprometem com o trabalho comunitário e atraem os outros para a ação, que entusiasma e orientam o grupo e se convertem em agentes de mudança dentro de suas organizações comunitárias [...]”. O autor afirma ainda, que “para ter condições de liderar, é preciso vocação, preparação, experiência, técnica e ainda boa diplomacia para cumprir eficientemente sua missão”. Para Shinyashiki (200?, p. 3) o verdadeiro líder deve promover a autonomia e cooperação de sua equipe.

Flores (2004 *apud* RIVERA; ARTMANN, 2006, p. 420) apresenta o fenômeno da liderança, como sendo:

- (1) a capacidade de gerar um sentido de pertencimento a uma comunidade, uma identidade coletiva, uma mobilização em torno de uma causa comum;
- (2) a contribuição como fonte de significado para as pessoas, afetando suas identidades e suas formas de interpretação do mundo e o futuro;
- (3) a relação com a questão do poder, que, nesta medida, representaria a capacidade de motivar, de ampliar as possibilidades de ação das comunidades.

A autora compreende a liderança como uma ação que envolve vínculo, visão de mundo e de futuro, além de relações de poder no componente comunitário. Tais elementos que compõem o fenômeno da liderança são factíveis a ESF.

No caso do enfermeiro-líder, gerente de território da APS, Alves (2007, p. 113) a partir de idealizações de Vergara (2000), apresenta algumas capacidades necessárias:

Ter clareza quanto aos objetivos e estratégias para o desenvolvimento dos programas na UBS. [...] Monitorar as necessidades e expectativas da comunidade e da equipe de saúde. [...] Ter habilidade para solucionar problemas. [...] Ser criativo. [...] Fazer da informação uma das ferramentas de trabalho. [...] Ter iniciativa e comprometimento com seu trabalho e com a comunidade. [...] Ouvir e ser ouvido [...] Reconhecer o potencial existente nos outros. [...] Viabilizar a comunicação. [...] Pensar globalmente e agir localmente. [...] Conhecer o trabalho realizado pelos demais integrantes da equipe.

Motta (1991, p. 222 *apud* RIVERA; ARTMANN, 2006, p. 417) apresenta como qualidades da liderança:

- 3) habilidade humana e gerencial;
- 4) alcançável por pessoas comuns;
- 5) produto de habilidades e conhecimentos aprendidos;

- 6) forma de comunicação e articulação de uma missão e de futuros alternativos; e
- 7) uso do poder existente para garantir o alcance de propósitos comuns.

Belluzzo (2002 *apud* PESTANA; PIRES; FUNARO *et al.*, 2003) classifica a liderança em três categorias: autocrática – o líder decide sozinho, determina o quê, o como e quem deve executar, sendo pessoal a natureza da participação; democrática – a equipe toma decisões, delinea procedimentos e o líder assiste, participa e apóia, o líder é participativo e objetivo, e compartilha elogios e críticas; e liberal – a participação do líder é mínima, somente quando o mesmo é requisitado, a equipe toma decisões até mesmo na divisão do trabalho, segundo a lógica do *laissez-faire*¹¹⁰.

Hunger e Wheelen (2002) apresentam um outro tipo de liderança, a executiva, que direciona os processos e motiva as pessoas a utilizarem suas habilidades para o alcance dos objetivos organizacionais.

A liderança no gerenciamento do território da ESF pode ser transformadora, estratégica, democrática, liberal ou autocrática, o que irá caracterizá-la será o processo político do momento ou a cultura organizacional em que o gerente esteja inserido. Mas é importante assegurarmos que o modelo de liderança democrática, com base na gestão participativa, é o mais apropriado para a ESF. No nosso entendimento, o gerente deve apresentar-se como um líder com várias capacidades:

a) a de atuar como potencializador de uma aprendizagem coletiva em busca de um bem comum; motivador de vontades para construção de um mundo mais justo e equânime; agente político junto aos poderes locais, com o intuito de buscar a transformação da realidade local, para melhoria dos níveis de saúde da comunidade e potencialização do território, como espaço de poder e de desenvolvimento laboral e renda para a comunidade.

¹¹⁰ **Laissez-faire** – “Doutrina defendida principalmente por Adam Smith, e que teve origem na França e na Grã-Bretanha, segundo a qual os produtores diziam ao governo *laissez-nous faire*, isto é, deixem-nos agir, o que implicava a não interferência governamental. De acordo com a doutrina, o governo deve limitar-se à manutenção da ordem e da lei, removendo todas as barreiras por ele impostas ao comércio e aos preços. Essa diretriz permite maior liberdade individual, melhor uso dos recursos e crescimento econômico. A responsabilidade do governo seria principalmente a de controlar as condições de concorrência, a oferta de moeda e certas atividades da previdência social - social security -” (SIMÕES, 200?, s/p.).

b) a de possuir as competências do conhecimento acerca do território, do planejamento, da epidemiologia, da gestão participativa, da ESF onde esteja inserido e do SUS, apresentando visão de futuro e respeito à subjetividade e motivador, comunicador, mobilizador, educador, negociador, organizador, com criatividade e ética.

c) a de colocar na agenda de seu trabalho diário os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a, p. 9):

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.

Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.

Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.

Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.

Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

O líder na APS, de acordo com Alves (2007) trabalha buscando o crescimento e desenvolvimento humano coletivo – seu de gerente e dos trabalhadores de saúde –, com o intuito de melhorar os indicadores de saúde do território em que atua.

O gerente líder, com sua equipe de saúde e a comunidade deve buscar criar o futuro de seu território, com vistas à melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade e da qualidade de vida dos sujeitos, com base na promoção da saúde.

3.5.2 Gerente Organizadora.

Foi um convite, [...] por que eu não concordava com o modelo de atendimento por fila e tinha feito uma discussão com a equipe (Maria dos Impossíveis).

Eu estava trabalhando [...]. Estava insatisfeita, pedir para sair. Tinham algumas coisas que eu não concordava. Então fui convidada a está assumindo a gerência de outra unidade (Maria do Perpetuo Socorro).

Fui chamada pela Coordenação [...], que durante o meu processo de assistência, ela percebia que eu era uma pessoa que procurava trabalhar com certo nível de organização [...] (Maria dos Navegantes).

O fato de o profissional de saúde, no caso a enfermeira, estar trabalhando na base, mas inquieto, incomodado com a cultura organizacional empregada pela gerência no processo de trabalho da equipe de seu território, ou sempre estar buscando trabalhar com competência e qualidade, foram os motivos ímpares para sua ascensão funcional ao cargo de gerente.

Numa corporação competente, o simples fato de um dos membros da equipe não concordar com sua cultura organizacional ou estar insatisfeito com esta, não é o motivo suficiente para ser agraciado com ascensão a um cargo. Tal situação deveria depender da construção social vivenciada na organização, e a partir de critérios técnicos e tecnológicos é que ocorreria a substituição gerencial. Não basta inquietação, pode ser apenas competição.

Fleury e Fischer (1989, p. 22 *apud* TAVARES, 2002, p. 60) afirmam que

a construção social da realidade encontrada numa organização, sua cultura, é produto da estrutura interna de poder que a conforma em suas relações e interações sociais e pessoais, em seus conteúdos e significados, em sua produção material, sua tecnologia organizacional e de produção, enfim a própria existência e realidade da organização.

O gerente, gestor ou administrador, a depender de seu modelo gerencial, construído socialmente, pode influenciar na cultura organizacional a ponto de mobilizar os diferentes atores – equipe e clientela –, a construir consigo uma prática satisfatória para efetivação dos objetivos de ambos. Existem gerentes autocráticos que conseguem levar a equipe a efetivar objetivos gerenciais pessoais, com o intuito de empregar uma cultura organizacional sua que venha atender às próprias vontades. Esta prática gerencial pode levar e leva parte da equipe ao incômodo, à inquietação, à rebeldia, podendo resultar em luta interna ou acomodação pela passividade, pela fuga da luta.

Vale enfatizar que a cultura organizacional, segundo Chiavenato (1999, p. 138) é o “conjunto de hábitos e crenças estabelecidos através de normas, valores, atitudes e expectativas [compartilhados] por todos os membros da organização”.

3.5.3 Gerente Quem Indica-QI.

Quando vim a Sobral, substituí uma gerente e depois assumir a gerência de outra unidade [...]. Dizem que é o QI – quem indica – (Maria do Bom Conselho).

Foi por indicação da gerente anterior, por eu já estar envolvida com o processo de trabalho dela, a gente trabalhava em conjunto [...] (Maria do Bom Parto).

A indicação por terceiros foi a forma que as gerentes Maria do Bom Conselho e Maria do Bom Parto ascenderam ao cargo. O processo de gerenciamento da ESF no município de Sobral está pautado na gestão participativa, com reuniões na modalidade de rodas, base na gestão de coletivos. Assim, tais formas de ascensão de gerentes já não deveriam existir. A base da ascensão deveria ser a competência política, humana e técnica, que possibilitaria aos membros da roda realizarem avaliação prévia e tomarem decisão consensual, e que esse gerente fosse um profissional de carreira municipal, fato impossível atualmente, pois nenhum é concursado.

3.5.3 Gerente Enfermeiro-Centrado.

[...] o que levou a Secretaria a lembrar do meu nome, foi a minha experiência como enfermeiro e a indicação da equipe (Jesus).

O médico não queria ser gerente. A enfermeira que era, tinha saído. Tinha que ser eu. Nunca me achei com o perfil de gerente (Maria Auxiliadora).

Nós éramos duas [enfermeiras], se bem que tem outros profissionais de nível superior, mas a gerência está tão centrada na enfermeira, que nem se cogitou a possibilidade do dentista, porque de cara já não tem uma empatia por isso [...]. Eu assumir por que a outra colega saiu para licença a maternidade (Maria Aparecida).

[...] Foi por livre e espontânea pressão mesmo. Por medo de perder o cargo. Pois só tinha eu na unidade que poderia ser, as outras enfermeiras não queriam de maneira alguma [...]. Tinha medo de ficar marcada, perder o cargo (Maria de Lourdes).

Em Sobral, tem sido comum nos últimos anos a gerência dos territórios da ESF estar centrada no profissional enfermeiro. Tal fato acreditamos que deve-se a três situações:

- 1) Nem sempre os profissionais de outras categorias aceitam a gerência, principalmente os médicos, pela sobrecarga de trabalho que a mesma exige, o excesso de burocracia, e em muitos dos casos ainda ter que atuar na atenção;
- 2) O valor pago pela gratificação é irrisório para a carga de trabalho e a responsabilidade assumida;

3) Durante algum tempo, por conta do modelo de gestão participativa, era prática nos territórios da ESF as próprias equipes escolherem seus gerentes por meio de eleição direta, durante as rodas. Como os enfermeiros, em seu processo de trabalho buscam a gestão do cuidado na perspectiva holística, envolvendo todas as categorias profissionais e as famílias, sem deixar de referenciar, estão mais presentes e demonstram maior apoderamento do território e da cultura organizacional do Centro de Saúde da Família, isto os coloca em situação decisiva para assumir a gerência.

Como membro da equipe de saúde, o enfermeiro, segundo afirmam Cunha e Ximenes Neto (2006), é responsável por inúmeras atividades, tais como aquelas relacionadas ao cuidado direto ao cliente, a liderança da equipe de enfermagem e o gerenciamento de pessoal e de recursos físicos, materiais, financeiros, políticos e de informação, durante a prestação da assistência de enfermagem.

Para Alves (2007), o perfil gerencial do enfermeiro na APS é definido a partir de um conjunto de aptidões, habilidades e atitudes, e que tal perfil deva compreender alguns elementos tais como, conhecimento técnico-científico a ser utilizado na avaliação e, identificação das necessidades de saúde dos sujeitos e de sua comunidade, além da ética, motivação, comunicação, capacidade de gerenciar conflitos e liderança.

Trevizan e col. (1998, p. 80) afirmam que a liderança do enfermeiro está fundamentada no conhecimento das necessidades da clientela; “no conhecimento das habilidades, características individuais e necessidades dos membros da equipe; e nos objetivos traçados pelo grupo”.

Entretanto, segundo Alves (2007, p. 113), o enfermeiro-líder “deve conhecer os processos sociais, culturais, comportamentais dos sujeitos, bem como as formas como as instituições de saúde estão organizadas [...]”. Afirma ainda, a necessidade de ser ético, o que “[...] significa resgatar valores humanos como respeito, humildade. Dedicção e dignidade, tão importantes para desenvolver o trabalho gerencial com qualidade”.

O enfermeiro de acordo com Santos (2007a) pode assumir, naturalmente, a gerência de uma UBS ou Centro de Saúde da Família ou USF, independente da denominação, este fato vem acontecendo com certa freqüência, desde os anos

1980. Porém, mesmo quando isso não acontece, ele tem a responsabilidade pela coordenação da equipe de enfermagem.

Nas falas dos gerentes acerca do processo que os levou ao cargo, apresentadas nas categorias, fica claro que sua ascensão ao cargo deu-se de maneira empírica, administrativamente artesanal, com base em sentimentos de alguns, em “achismos”, em constância da presença, em maior disponibilidade da força de trabalho, mas, sobretudo, pelo o olhar da Coordenação Municipal de APS, sem a utilização de critérios técnicos ou políticos, acerca do processo de trabalho e das competências individuais do profissional.

O território da ESF, um território sanitário infra-municipal, constitui-se em arena onde ocorrem e disputam micro-poderes das ordens social, política, econômica, cultural e sanitária, exigindo gerência com liderança democrática, flexibilidade política, competência sobre o cuidado na APS e na gestão do SUS. Sua seleção deve obedecer a sólidos critérios, tendo por base um perfil estabelecido a partir do proposto pelas macropolíticas sanitárias municipais e pelas demandas administrativas.

3.6 Facilidades e Dificuldades no Gerenciamento do Território.

O trabalho na ESF deve estar organizado de modo que as facilidades permeiem todas suas as fases de construção, da seleção da equipe multiprofissional à consecução dos resultados, passando por planejamento, organização e processo trabalho. O gestor municipal da saúde, nessa situação, deve estar apto e aberto a construir um modelo organizacional e de atenção que consiga valorizar as tecnologias existentes no território e as que por ventura venham a surgir, principalmente aquelas relacionadas à gestão de pessoas.

Tabela 15 Facilidades encontradas no trabalho como gerente do território da Estratégia Saúde da Família. Sobral - CE, nov. 2006.

FATORES FACILITADORES	Nº	%
<i>Bom relacionamento com a equipe</i>	11	39,3
<i>A organização do serviço de saúde [...]</i>	6	21,4
<i>Equipe compromissada com o trabalho</i>	5	17,9
<i>Equipe multiprofissional</i>	4	14,3
<i>Apoio dado pela secretaria</i>	3	10,7
<i>Conhecimento das características do território</i>	3	10,7
<i>Roda de gerentes e da equipe de saúde</i>	3	10,7

<i>Educação permanente</i>	2	7,1
<i>O apoio de outras secretarias</i>	2	7,1
<i>Equipe de enfermagem</i>	2	7,1
<i>Interação com as redes sociais</i>	2	7,1
<i>Disponibilidade de carro para equipe [...]</i>	2	7,1
<i>Avaliação e observação dos problemas [...]</i>	1	3,6
<i>[...] o tempo na gerência</i>	1	3,6
<i>Boas condições de trabalho na UBS</i>	1	3,6
<i>Não está responsável por áreas</i>	1	3,6
<i>Liderança como característica pessoal</i>	1	3,6
<i>Gostar de gerenciar o serviço</i>	1	3,6
<i>Apoio de [...] residentes – núcleo- em algumas situações</i>	1	3,6
<i>Organização da demanda</i>	1	3,6
<i>O trabalho dos ACS com a comunidade</i>	1	3,6
<i>Disponibilidade de medicamento [...]</i>	1	3,6
<i>Co-gestão participativa</i>	1	3,6
<i>Aula sobre organização de serviço</i>	1	3,6
<i>Tempo de moradia e atuação no território</i>	1	3,6
<i>Conhecimento da comunidade</i>	1	3,6
<i>Não respondeu</i>	2	7,1

Entre os 28 gerentes, 20 apontaram como facilidades relacionadas ao trabalho de equipe, o relacionamento, o compromisso e a formação continuada, assim facilitando o trabalho dos gerentes no território. Os gerentes, ao apontarem os trabalhadores de saúde como elemento estratégico ao gerenciamento do território, estão respaldando os investimentos que Sobral vem realizando em sua ESF, desde a educação permanente, como ao estímulo à gestão participativa e ao desenvolvimento de lideranças nos territórios, apesar a precarização do trabalho dos trabalhadores.

Quanto a essa visão de trabalhadores colaboradores, para que isto ocorra, Gómez-Mejía, Balkin e Cardy (s/data *apud* CHIAVENATO, 1999, p. 41), apontam como novas necessidades para o gerenciamento de pessoal:

Uma nova visão do homem, do trabalho e da empresa.

Estrutura plana, horizontalizada, enxuta, de pouco níveis hierárquicos.

Organização voltada para processos e não funções especializadas e isoladas.

Necessidade de atender ao usuário – interno ou externo – e, se possível, encantá-lo.

Sintonia com o ritmo e a natureza das mudanças ambientais.

Visão voltada para o futuro e para o destino da empresa e das pessoas.

Necessidade de criar valor e de agregar valor às pessoas, às empresas e ao cliente.

Criação de condições para uma administração participativa e baseada em equipes.

Agilidade, flexibilidade, dinamismo e proação.

Compromisso com a qualidade e com a excelência de serviços.

Busca da inovação e da criatividade.

Na evolução da gestão do trabalho no setor saúde, de acordo com Santana (1994, p. 17), o trabalhador de saúde tem buscado o reconhecimento, e o deve ser, como o “agente ativo” no “processo de produção de serviços, superando enfoques tradicionais da administração do trabalho que o têm na conta de um ‘recurso’ que se agrega, numa relação que deve ser ‘ótima’, a outros recursos ‘não humanos’ para a consecução dos objetivos da produção”.

Acreditamos que o pessoal de uma organização é seu maior patrimônio, devendo o mesmo ser valorizado e priorizado nos investimentos e no financiamento sanitário.

A organização do serviço de saúde foi apontada, por seis gerentes, como um aspecto facilitador do trabalho. Historicamente, tem sido percebido no setor saúde, que um serviço com um nível razoável de organização, ou seja, com um planejamento realizado com base nas necessidades locais, pessoal com papéis e atribuições definidas e executados com qualidade, provimento de equipamentos e insumos necessários, demanda organizada e uma atenção humanizada tem levado a bons resultados, a exemplo da melhoria dos indicadores de mortalidade e morbidade, como também da satisfação da clientela e conseqüente melhoria da qualidade de vida desta.

O conhecimento das características do território foi apontado por três gerentes como imprescindível. Na perspectiva da organização da atenção na ESF, o conhecimento, compreensivo e crítico, do território, com suas diversidades físicas e políticas e as subjetividades dos sujeitos e da coletividade, ajuda na compressão dos processos sócio-sanitários, além dos históricos, constitui condição *sine qua non* para a construção de um plano de cuidado mais próximo à realidade, aumentando as possibilidades de sua efetivação.

Segundo a gerente Maria Aparecida, o reconhecimento do território, a partir da territorialização tem

[...] o objetivo de estar delimitando áreas risco, para eu ter uma visão melhor de qual população alvo que eu vou

trabalhar, [...] para [...] ajudar a planejar as estratégias e a forma de trabalho. [...] A territorialização permite você perceber dados que a tua visão não alcança tipo: delimitar área de risco, quantificar o real do número de famílias. Com a territorialização esses dados ficam mais real, você trabalha em cima de uma coisa mais concreta [...].

O conhecimento do território, a partir da territorialização, conforme apresentado pela gerente Maria Aparecida, permite uma melhor organização do processo de trabalho e da atenção na ESF. Três gerentes apontaram o apoio dado pela Secretaria de Saúde, como um aspecto facilitador de seu trabalho. Por outro lado, quatro dos gerentes referiram como aspecto dificultador a falta de apoio da Secretaria de Saúde, o que confirma a importância deste relacionamento no sucesso ou fracasso do trabalho.

A Roda de Gerentes e a Roda dos Territórios foram apontadas por três gerentes como dispositivo necessário à boa gestão. A prática de uma gestão participativa nos territórios da ESF, com coletivo de gerência, contribui significativamente para o processo de produção social em saúde, e responsabiliza todos os trabalhadores de saúde, colocando-os numa posição de co-gestores.

As Rodas dos Territórios, segundo Pereira (2005, p. 103), “surge como um espaço de discussão coletiva advinda do trabalho em equipe, para que as construções, as decisões e os planejamentos sejam compartilhados coletivamente, sendo este um exercício da democracia”.

A educação permanente foi referida, por dois gerentes, como algo importante para o gerenciamento. O investimento com os trabalhadores de saúde em Sobral, no que concerne à qualificação, tem sido um dos fatores atrativos e de manutenção dos mesmos no Sistema Municipal, mesmo com a inexistência de um PCCS e a realização de concurso público somente para os profissionais médicos.

Tabela 16 Dificuldades encontradas no trabalho como gerente do território da Estratégia Saúde da Família. Sobral - CE, nov. 2006.

FATORES DIFICULTADORES	Nº	%
<i>Conciliar atividade de enfermagem e gerenciamento</i>	10	35,7
<i>Estrutura física da unidade</i>	9	32,1
<i>Falta de capacitação para o gerenciamento</i>	6	21,4
<i>A politicagem por parte dos cabos eleitorais</i>	6	21,4

<i>Pouca autonomia</i>	5	17,9
<i>Excesso de burocracia</i>	5	17,9
<i>Falta de compromisso de alguns membros da equipe</i>	4	14,3
<i>Falta de autonomia com os profissionais que não têm perfil para o trabalho</i>	4	14,3
<i>Comunicação com os outros setores da Secretaria da Saúde</i>	4	14,3
<i>Falta de apoio da Secretaria da Saúde</i>	4	14,3
<i>Falta de médico</i>	4	14,3
<i>Demanda excessiva</i>	3	10,7
<i>Sobrecarga de tarefas</i>	3	10,7
<i>Falta de recursos financeiros para manutenção da unidade</i>	3	10,7
<i>Inexistência de carro</i>	3	10,7
<i>Pressão da comunidade</i>	2	7,1
<i>Equipe grande – com grande número funcionários -</i>	1	3,6
<i>Falta de telefone</i>	1	3,6
<i>Salário inadequado para a carga de compromissos assumidos</i>	1	3,6
<i>Territorialização inadequada</i>	1	3,6
<i>Equipe reduzida</i>	1	3,6

Dez dos gerentes apontaram como dificuldade em gerenciar o território a conciliação do processo de trabalho de enfermeiro com o de gerente, fato reforçado nas falas a seguir:

Pra mim lá gerenciar é muito complicado. [...] eu tenho que fazer tudo, eu tenho que atender, fazer pré-natal, prevenção [...] (Maria Auxiliadora).

Eu queria enfatizar o gerente que não é só gerente [...]. Você ser gerente é um desafio. E você gerente e ter um território que é responsável também, além de todos os problemas da unidade. Problemas do setor pessoal, problemas [...] com a unidade que não é tão nova, que todo dia quebra uma coisa, que tem um defeito todo dia, sempre tem uma coisa pra tá reparando, e você ainda ter sua área. Então assim, é uma grande dificuldade, ser gerente e você tem que dar conta da unidade, e tem que dar conta de um território, ser assistencialista também com responsabilidade de área (Maria de Nazaré).

[...] umas das dificuldades da gente que é gerente e tem um território sob a nossa responsabilidade é assim, porque nós também temos um cronograma de atendimento [...], então muitas vezes a gente tem que planejar muito bem as ações que vai fazer, para ter aquele tempo específico para gerência [...]. Muitas vezes a gente tem que ficar entre um intervalo, entre um atendimento e outro pra resolver problemas de gerência. Então é assim, fica muito corrido nesse sentido. Atender telefone e fazer as ligações necessárias. Atender as colegas que chegam com demanda tem que ser resolvida na hora, então é complicado, nesse sentido (Maria das Graças).

Num sistema de saúde como o de Sobral, em que a ESF apresenta uma complexidade e maturidade, deveria possuir trabalhadores com a função exclusiva de gerente, para que o mesmo possa planejar melhor as ações no território, acompanhar e intervir nos indicadores, desenvolver uma articulação inter e institucional com mais efetividade, desenvolver tecnologias mais apropriadas, analisar com mais competência o processo de trabalho da equipe, compreender os processos sociais, culturais, políticos e históricos do território, supervisionar e intervir nos diversos setores da unidade de referência da equipe e desenvolver uma gestão com base nas metas operacionais do sistema e no próprio Plano Municipal de Saúde.

Em pesquisa realizada por Vanderlei (2005), com gestores e gerentes da ESF no estado do Maranhão, foram identificadas as seguintes dificuldades no gerenciamento: o financiamento, o perfil dos profissionais, a oferta de educação, os recursos materiais, a estrutura física e a oferta de medicamentos.

A segunda dificuldade mais referida pelos gerentes (n=9) foi a estrutura física da unidade inadequada. Os CSF devem apresentar uma estrutura física adequada aos diversos serviços e procedimentos: vacinação, terapia de reidratação, medidas antropométricas, aerosolterapia, curativos, consultórios de enfermagem, consultório médico, consultório de saúde bucal, copa, banheiros internos e externos, triagem, recepção, esterilização, guarda de material, atividades educativas. Quando em uma unidade há uma concorrência de técnicas/procedimentos em um mesmo espaço físico, isto gera um complicador para os trabalhadores, capaz de aumentar a tensão do processo de trabalho, desmotivando e interferindo na qualidade de vida no trabalho. O que se espera da estrutura de uma unidade da ESF não é que seja perfeita ou padrão, mas que possa conformar no espaço todas as suas necessidades organizativas, assistenciais e da comunidade.

De acordo com o MS (BRASIL, 2006I, p. 13), na UBS onde atue a equipe da ESF “pode ser o antigo Centro de Saúde reestruturado ou a antiga Unidade Mista, mas, [que] deverá estar trabalhando dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência”.

Conforme Temporão (2006), o MS não pretende padronizar as UBS, mas indicar que as mesmas possuam estruturas que permitam o delineamento de

prioridades, estabelecimento de limites e acolham a organização dos processos de trabalho na perspectiva da ambiência.

Os CSF de Sobral apresentam-se em duas situações estruturais. A primeira, uma estrutura física de excelente qualidade, com espaços para os mais diversos serviços, com uma ambiência favorável e agradável, que permite um acolhimento satisfatório aos sujeitos em todas as fases do processo de cuidar. Na segunda, as unidades são alocadas em residências alugadas, com péssima estrutura física, adaptada conforme as possibilidades, em que os trabalhadores conflitam-se permanentemente por espaços. Nesse segundo tipo de estrutura, as concepções de biossegurança e de higienização dos espaços são difíceis de praticadas no dia-a-dia, devido às condições de trabalho serem limitadas pelo espaço físico exíguo e inadequado.

Na ESF tem sido comum a implantação de equipes em unidades de saúde adaptadas. Nos últimos tempos tem se falado muito sobre qualidade e muitas são as ferramentas de avaliação da melhoria da qualidade no campo da APS. Mas, como avaliarmos, ou melhor, como trabalharmos o componente da qualidade em unidades que não oferecem a condição material mínima? Como exigir das equipes e de seus gerentes melhores indicadores e uma melhor atenção holística e de qualidade, com vínculos precários e organização amadora do espaço?

Pereira (2005) afirma que o papel gerencial da UBS se reveste de muitos desafios e dificuldades operacionais, durante o processo de trabalho, com o intento de mediar todas as demandas físicas estruturais e de pessoal.

Dos gerentes, seis apontaram a falta de capacitação para o gerenciamento, como mais um aspecto dificultador do trabalho. Todavia, a gerente Maria Aparecida tem a esperança sobre a efetivação de um curso de especialização:

[...] eu tenho uma grande esperança, que esse ano tenha um curso para nós, dizem que é em abril, que começa uma especialização [...].

Para tanto, segundo Brouwere e Balen (1996, p. 288, tradução nossa) “[...] onde a atenção primária é de vital importância, requer uma boa gestão, e para o desempenho desta função tem que distribuir em um período relativamente breve uma formação adequada [...]”.

Seis dos gerentes referem à “politicagem” existente nos territórios como um dos aspectos que mais interferem negativamente em seu processo de trabalho, conforme apresentado na fala da gerente Maria das Dores:

[...] uma das dificuldades maiores [...] é o problema de política [...]. Porque eu não acho justo um funcionário ter que trabalhar oito horas para poder receber seu dinheiro, e outros trabalham quatro e recebem por oitos horas. Isso aí eu nunca achei justo. Como também as dificuldades que a gente tem por conta dos transportes. Lá tem uma ambulância que diz que é da associação. Só que assim, a associação não paga o conserto, não paga o motorista, não paga gasolina, não paga nada! Assim quando eu necessito de encaminhar uma pessoa para Sobral, às vezes uma urgência, se não for do partido não é liberado o carro. Só é liberado o carro se for do partido. Se for adversário não é liberado. Não é o gerente que tem o controle desse carro. É a maior dificuldade que tem na área.

A prática clientelista caracteriza uma das formas de resposta do Estado brasileiro às demandas sociais, desde o início de sua constituição, no Segundo Império, aprofundando-se como processo na República Velha e adquirindo roupagem tecnocrática na Ditadura Militar, como bem demonstra Luz (1979; 1982). A região Nordeste tem sido cenário privilegiado desta lógica política de sobrevivência eleitoral dos políticos de carreira.

Para Ottmann (2006) a literatura científica identifica, consensualmente, as práticas políticas de clientelismo, populismo, personalismo e patronagem como negativas à democratização da vida social. Também refere que tais práticas vêm resistindo ao macro processo de redemocratização política que sucedeu os governos militares, mesmo na vigência de gestões municipais progressistas, que utilizam dispositivos de democracia participativa, os referidos processos subsistem. Segundo o autor, a literatura refere que há uma persistência de elementos políticos tradicionais, que acabam por inibir o surgimento de instituições democráticas sólidas, com uma cultura política viva. Ottmann (2006, p. 157), ao fazer uma leitura de diversos autores, traduz as seguintes definições:

O termo *personalismo* diz respeito aos laços pessoais que estruturam relações sociais particularistas de caráter hierárquico. Já *patrimonialismo*, em seu uso corrente, se refere a situação em que os políticos lidam com os recursos públicos como se fossem deles: em vez de distribuí-los de acordo com critérios universalistas e impessoais, privilegiam familiares, amigos e sua clientela política. Em outras palavras, empreendem uma forma privada de *patronagem* política. Por fim, *clientelismo* se refere a uma relação de troca de favores em que os indivíduos envolvidos se beneficiam mutuamente, mas de modo desigual. Assim, enquanto “patrimonialismo” diz

respeito à apropriação privada de recursos públicos, “clientelismo” denota uma relação de dependência entre *patronos* e seus *clientes*, a qual geralmente envolve uma série de *mediadores* ou *agentes*.

Bravo (*et al.*, 2006a, p. 10) ao analisar a história das políticas sociais no Brasil, ressalta que...

os mecanismos reguladores dessas políticas não propiciaram a universalidade de acesso, atribuindo aos direitos sociais a noção de privilégios, o que favoreceu uma prática clientelista e patriarcalista aos bens e serviços sociais, perpetuando uma cultura política de tutelamento e patriarcalismo na relação Estado versus sociedade civil.

Contudo, tal realidade é explicada por Farias (2000, p. 49), ao afirmar que há uma ampla corrente da Ciência Política guiando-se pela formulação do problema de uma oposição entre o clientelismo e a democracia, apresentando duas proposições: a primeira afirma que o “clientelismo é a apropriação privada da coisa pública”; a segunda coloca que a “barganha do voto representa uma corrupção da democracia”. O autor afirma que as razões para o desvirtuamento da democracia pelo clientelismo normalmente são “[...] a pobreza, a ignorância, a herança de um passado pré-moderno”.

Para Bobbio, Matteucci e Pasquino (2003, s/p.) há um estilo de clientelismo em que os políticos de profissão oferecem como “troca da legitimação e apoio – consenso eleitoral –, toda a sorte de ajuda política que tem ao seu alcance – cargos e empregos públicos, financiamentos, autorizações dentre outros”.

Andrade, Barreto e Fonseca (2005, p. 91) afirmam que o modelo hegemônico construiu sua “base em práticas freqüentemente clientelistas, em que a prestação de serviços de saúde era realizada como um favor e não como um direito do cidadão”. Almeida (1999, p. 50) ao se referir a assistência à saúde no Brasil, afirma que a mesma sempre teve associação com os sindicatos ou ao político mais próximo. Fato segundo a autora, devido: a situação de empobrecimento a que está submetida; a fragilidade ou dificuldade de acesso às políticas públicas; “à fragilidade do ser humano frente à subjetividade da dor, do sofrimento, da morte e da vida, tornando assim, a saúde um espaço ideal para ações assistencialistas, clientelistas”.

A Cidadania na saúde, de acordo com Medeiros (2000, p. 109) “começa na descoberta de que as ações e serviços de saúde não são um favor ou ato de caridade, mas sim um direito constitucionalmente exigível e para cujas ações todos colaboram por intermédio de tributos denominados contribuições sociais”.

A ESF, por seu contato direto com o povo, e a comunidade, com suas demandas e suas lideranças religiosas, políticas, corporativas e comunitárias, vivem intensa proximidade que expõem sobremaneira os profissionais, deixando-os suscetíveis ao processo político local, assim favorecendo uma cultura fisiológica de troca. E como o campo da saúde é eleitoralmente sensível, gerando promessas e votos, o poder político local busca apropriar-se do dispositivo da ESF como saída para contabilizar votos. Temos visto na experiência, durante andanças em muitos municípios da zona norte do Estado do Ceará, que os conhecidos “cabos eleitorais” aproximam-se da ESF, com o intuito de melhorar seus redutos eleitorais, chegando a interferir no processo de trabalho e na autonomia profissional e gerencial.

Corroboramos com Rosa e Labate (2005, p. 1033), quando as mesmas afirmam que...

torna necessário oferecer atenção especial para a implantação das equipes do PSF nos municípios, qualificando os profissionais, visando o atendimento integral das famílias, mudando não apenas o local de atuação, mas principalmente a conduta dos profissionais e dos prefeitos e vereadores se, de fato, se quiser mudar o modelo de assistência pautada no compromisso ético e político.

Na ESF deve ser estimulada a gestão participativa, como elemento do desenvolvimento da democracia e da cidadania plena. No entanto, poderá haver incompreensão ou má utilização da prática gerencial no território, em que os posicionamentos políticos, os poderes legais, instituídos ou delegados, associado ao partidarismo político, utilizam sua força para ampliar seus horizontes eleitorais. Mesmo assim, o gerente com toda sua equipe devem aproveitar esses espaços para o exercício coletivo, com as famílias, do controle social.

A pouca autonomia foi referida, como elemento negativo, por cinco gerentes. Varela (*apud* EIRADO; PASSOS, 2004, p. 78) refere o seguinte cenário quanto ao sentido da noção de autonomia:

Palavra composta de ‘auto’, que quer dizer o próprio, o si-mesmo, e de ‘nomos’, que quer dizer lei ou norma, autonomia seria, então, dar-se a si mesmo suas próprias regras, e se oporia a heteronomia, que indicaria o estado daquele, ou daquilo, que é regado, determinado por outro.

No caso do PSF, que se apresenta como estratégia de desenvolvimento da APS, descentralizada em territórios homogêneos, não deveria haver dúvida sobre a autonomia de seus gerentes, no que concerne ao planejamento, à gestão de pessoal e à implantação de novas práticas, com base nas demandas de

necessidades. Impõe-se pensar uma lógica de desempenho que inclua a liberdade de gerenciamento do território, com controle dos processos, embasado em indicadores de resultados, na perspectiva da autogestão.

Campos e Campos (2007) apontam a autonomia como um dos objetivos ou finalidades principais da política, da gestão e do trabalho em saúde, seja na área da Clínica ou no campo da Saúde Coletiva. A autonomia permite que os sujeitos atuem em um contexto, a partir de objetivos ou leis estabelecidas de forma democrática. A autonomia caminha junto à democracia participativa e é construída historicamente, como fruto de um processo individual-social. “O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão. Reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Mas autonomia depende também da capacidade do sujeito de agir sobre o mundo, de interferir sobre sua rede de dependências [...]”. Na realidade, segundo os autores, a “autonomia plena não existe, nem seria bom que houvesse, pois seria um retorno à vida selvagem, em cima das árvores” (CAMPOS; CAMPOS, 2007, p. 671). Campos (1997a, p. 230) então, questiona como combinar liberdade com controle. Pois, segundo o autor, a “[...] delegação de responsabilidade, por mais democráticos que sejam os mecanismos de definição e de distribuição de encargos, sempre ocorre com algum grau de externalidade em relação aos agentes implicados”.

Já Cecílio (1999, p. 321) afirma que “uma pessoa só tem autonomia quando possui o poder de controlar seu próprio trabalho e, decorrente deste controle, é que pode ser responsável pelas ações que desencadeia”.

No que concerne à autogestão, Motta (1980, p. 07 *apud* CECÍLIO, 1999, p. 322) afirma que a mesma “caracteriza-se pela autonomia dos empregados nas decisões empresariais, desde o processo de formulação de diretrizes internas e divisão do trabalho à distribuição da renda”. A autogestão consiste no exercício coletivo do poder (MOTTA, 1981). Ainda segundo Mota (1981, p. 21 *apud* CECÍLIO, 1999, p. 322), autogerência ou autonomia seria uma forma de

- a) eliminar a alienação do trabalhador em relação à decisão sobre produção e distribuição dos recursos que trabalha;
- b) superar efeitos negativos da divisão do trabalho, diminuindo a rigidez das formas hierárquicas e criando condições para aumentar a cooperação e responsabilidade; [...]
- d) melhorar as condições humanas de trabalho;
- e) instituir como direito a democracia organizacional visando ao desenvolvimento.

Conforme Cecílio (1999, p. 322), a autonomia

[...] na sua significação precisa, não poderia ser praticada tanto nas empresas privadas como nas organizações governamentais, apenas nas organizações sociais exatamente pela presença do governo, com tudo o que isso significa na tradição pública no Brasil: ingerência política, clientelismo, interesses político-partidários externos à vida organizacional, etc. É inevitável, por definição, a heteronomia nas organizações governamentais.

No que concerne à burocracia, cinco gerentes referiram o fato como existente e negativo. A prática da burocracia, este excesso e esta disfuncionalidade administrativa, parece ser tão antiga quanto à história do serviço público brasileiro. No setor saúde a burocracia tem sido utilizada como um meio de travar os processos, de discriminar negativamente o atendimento de interesses, de controlar e reduzir gastos, de exhibir poder discricionário dos titulares.

No território da ESF, a burocracia tem sido responsável pelo não cumprimento do planejamento, por conta do veículo que transporta a equipe apresentar defeito e demorar seu conserto, não permitindo o deslocamento desta equipe para as microáreas, ou mesmo da zona urbana para zona rural. A demora na distribuição de insumos, a exemplo daqueles próprios da sala de vacina ou de consultório de saúde bucal, que interrompe ações programáticas, resultando em desperdício de carga horária de profissional e em ofensa aos direitos dos membros da comunidade.

São muitos os exemplos da lógica burocrática no território da ESF, dentre eles citamos: a demora na liberação de pequenos reparos, reformas e ampliação do espaço físico; a aquisição de novas tecnologias; o elevado número de Sistemas de Informação em Saúde-SIS, com sua variedade de formulários e a falta de comunicação entre eles; o número excessivo de formulários que devem ser preenchidos a partir da produção ambulatorial e distribuição de insumos farmacêuticos; a postura hierárquica da gerência e profissionais com graduação em relação aos de formação técnica; a racionalidade profissional emanada por categorias hegemônicas; e o elevado número de normas emanadas das Secretarias Estadual e Municipal da Saúde e do MS.

Max Weber (2002, p. 138), em sua obra **Ensaio de Sociologia**, autor do conceito de Burocracia, apresenta como características da burocracia moderna o seguinte:

I) Rege o princípio de áreas de jurisdição fixas e oficiais, ordenadas de acordo com regulamentos, ou seja, por leis ou normas administrativas.

a) As atividades regulares necessárias aos objetivos de estrutura governada burocraticamente são distribuídas de forma fixa como deveres oficiais.

b) A autoridade de dar as ordens necessárias à execução desses deveres oficiais se distribui de forma estável, sendo rigorosamente delimitada pelas normas relacionadas com os meios de coerção, físicos, sacerdotais ou outros, que possam ser colocados à disposição dos funcionários ou autoridades.

c) Tomam-se medidas metódicas para a realização regular e continua desses deveres e para a execução dos direitos correspondentes, somente as pessoas que têm qualificações previstas por um regulamento geral são empregadas.

Nos Governos públicos e legais, esses três elementos constituem a 'autoridade burocrática' [...].

II) Os princípios da hierarquia dos postos e dos níveis de autoridades significam um sistema firmemente ordenado de mando e subordinação, no qual há uma supervisão dos postos inferiores pelos superiores. [...]

III) A administração de um cargo moderno se baseia em documentos escritos – 'os arquivos' –, preservados em sua forma original ou em esboço. [...]

IV) A administração burocrática, pelo menos toda a administração especializada – que é caracteristicamente moderna – pressupõe habitualmente um treinamento especializado. Isto ocorre cada vez mais com o diretor moderno [...], e também com o funcionário do Estado. [...]

VI) O desempenho do cargo segue regras gerais, mais ou menos estáveis, mais ou menos exaustivas, e que podem ser aprendidas. O conhecimento dessas regras representa um aprendizado técnico especial, a que se submetem esses funcionários [...].

Sanchez (2003, p. 97) afirma que o que Weber “trouxe de novo foi não apenas uma reflexão aguda sobre o temor do poder burocrático, mas sim o seu controle, pois este poder confrontava-se com os que estavam acima - a elite política - e com os que estavam abaixo - o cidadão -”.

Gonçalves, Schraiber e Nemes (1993, p. 58) afirmam que a “[...] crítica a burocracia deve-se fazer, portanto, a partir de suas dimensões sociais implícitas e das perdas de efetividade do trabalho [...]”.

Segundo Alves (200?, p. 33), confundindo burocracia com administração, afirma que a “burocracia, apesar de seus pontos negativos, é o melhor sistema para a gestão da produção de bens e serviços”. No caso da ESF, fazendo uma leitura do que afirma Alves, apesar de se buscar um modelo de gestão participativa, não fica evidente, claro, nos territórios, que competências cada categoria profissional e, diversos outros trabalhadores de saúde devem desenvolver, que normas e/ou rotinas gerenciais durante o processo de trabalho devem cumprir ou seguir, e que

tipo de registros devem ocorrer. As atribuições distribuídas nem sempre são compreendidas como um dever oficial do nível de gestão sanitária. A própria burocracia parece ser truncada, sem exibir qualquer das características que a defenderiam como forma de gestão.

As equipes de saúde, que atuam no território hospitalar, apresentam uma maior facilidade de compreender a burocracia-positiva estabelecida por seus diferentes níveis e entes da gestão – conselho gestor, administrador, gerentes e diretores das diversas corporações –, situação esta, que foi desconstruída durante o desenvolvimento da ESF, talvez por sua lógica organizativa se basear na orientação comunitária, e os sujeitos que nela vivem não aceitem a burocracia-positiva como uma prática na gestão da atenção à saúde.

4 UM TERRITÓRIO EM CONSTRUÇÃO E A POLÍTICA DE TERRITÓRIO EM SAÚDE

4.1 Território.

A Estratégia Saúde da Família, desde quando foi concebida em 1993, em seu processo de planejamento e estruturação, prevê o trabalho em equipe, baseado em um território definido estrategicamente, com uma UBS de apoio e população definida, adscrita, cadastrada e vinculada a esta unidade e a equipe, possibilitando o desenvolvimento da atenção integral à mesma.

Quanto à compreensão de território, os gerentes do estudo apresentaram as seguintes concepções:

[...] a definição do local onde a gente trabalha, que é de responsabilidade da unidade (Maria do Bom Parto).

[...] é a área de abrangência do PSF, onde a gente está trabalhando, onde tem as famílias (Maria da Assunção).

[...] a área descentralizada do meu PSF, a área que meu PSF assume (Maria do Carmo).

[...] é a área geográfica propriamente dita. A área de abrangência, que o PSF vai atuar; onde ficam as famílias. É a parte física. É o mapa da área de abrangência (Maria Auxiliadora).

[...] é toda a área, onde está localizado o PSF, ou seja, o espaço com todas as microáreas juntas (Jesus).

É aquela área, onde você tem sua atuação, sua área de responsabilização (Maria da Consolação).

É aquela localidade, onde se concentra uma pequena população, em que todos se conhecem e se ajudam [...] (Maria das Dores).

Toda a área física que a gente abrange, com comunidade, famílias e pessoas (Maria Estrela do Mar).

É o lugar aonde você vai está atendendo, onde existe uma comunidade, com todos os aparelhos sociais (Maria do Perpetuo Socorro).

As compreensões de território apresentadas pelos gerentes estão centradas, predominantemente, no espaço geográfico, na divisão político-administrativa de atuação da ESF, na perspectiva da responsabilização. Na ESF

ainda é comum seus trabalhadores e gerência compreenderem o território como uma área física a partir de uma territorialização prévia, onde moram, habitam e vivem famílias e sujeitos em comunidades, desconsiderando seus determinantes sociais, políticos, econômicos e epidemiológico-sanitários e as redes sociais, os quais são raramente analisadas e exploradas. Tal abordagem de acordo com Mendes e Donato (2003) limita-se a uma descrição estática do espaço onde deve atuar a equipe de ESF.

Nos depoimentos dos gerentes, não fica claro que o território seja percebido enquanto território-sanitário, em que se encontram as relações sociais, os vínculos sociedade-natureza, a dimensão do espaço social, político e econômico, e a historicidade local, com a conformação do processo saúde-doença.

Os gerentes insistem numa visão de território como mera concentração de espaço físico, para localização de seu processo de trabalho, não o reconhecendo social e antropologicamente. Há uma espécie de apropriação conceitual do território isoladamente, sem identidade. Na realidade, o território precisa e tem que ser compreendido como um todo, o espaço físico, sua identidade e organicidade social. Quanto a isso, Santos (2006, p. 14) afirma que “[...] o território tem que ser entendido como o *território usado*, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence”. O “território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. O território em si não é uma categoria de análise em disciplinas históricas, como a Geografia. É o território usado que é uma categoria de análise [...]”.

Santos (1978, p. 16) reforça que o “território são formas, mas o território usado são objetos e ações, sinônimo de espaço humano, espaço habitado” e neste sentido, ser usado, o território, segundo o autor, é humano, por isso pode comportar uma dialética.

O gerente e a equipe de saúde precisam apropriar-se desse território usado e ajudar a construir seu uso, e a partir de então reconhecê-lo com base no processo de territorialização, concebendo-o no campo da Saúde Coletiva de modo humanizado, para que assim se possa estabelecer a dialética entre os sujeitos da comunidade com os da equipe.

O gerente que concebe seu trabalho num território em si, estático, como está exposto nas falas da maioria dos entrevistados, tem a dificuldade de compreender os modos de viver, adoecer e morrer de sua comunidade assistida, as relações históricas ali instituídas, a diversidade cultural, o sentimento de pertencimento e o amor ao espaço e local de vida. Enfim, o processo de trabalho inserido em um território em si, parece sofrer um processo de territorialização apenas espacial, restrito ao físico-geográfico.

A maioria das compreensões apresentadas pelos gerentes remete a uma necessidade de des-vitalização do território, construindo-o numa perspectiva de homogeneização cultural. Segundo Haesbaert (2006), o território deve ser valorizado em suas dimensões cultural e identitária, vinculadas à diferenciação e à diversidade cultural, sem esquecer a natureza contraditória e dialética destes elementos.

Em vivências no território da ESF de Sobral temos percebido que circula nas equipes a idéia de que o território de atuação compreende apenas o espaço físico do Centro de Saúde da Família, com restritas ações desenvolvidas nos lares, limitando sua ação à lógica de um modelo tradicional, mas ainda hegemônico, caracterizado pela prática ambulatorial, com ações curativistas, baseada na oferta organizada, incluindo, como ações terapêuticas, um bloco de receituário e uma caneta, para posterior dispensação de medicamentos, em que se encerra o pensamento de se estar resolvendo todos os problemas e atendendo a todas as necessidades de saúde da comunidade.

Na nossa compreensão vemos a concretude de ações voltadas ao modelo de atenção à saúde baseado em Ações Programáticas de Saúde, que utilizam a “programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das UBS” e não no modelo do PSF, que inclui “ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de atenção à saúde de grupos prioritários” (TEIXEIRA, 2002 *apud* PAIM, 2003b, p. 165).

A equipe da ESF deve apropriar-se melhor dos determinantes sociais, políticos, econômicos e epidemiológico-sanitários e das redes sociais do território, com todas as suas potencialidades, fragilidades, usos e abusos, para que a mesma

passa a utilizar o tripé da Saúde Coletiva – a epidemiologia, o planejamento e os saberes/conhecimentos das Ciências Sociais e Humanas – na organização de seu processo de trabalho, tendo em vista as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, fazendo a comunidade avançar para níveis mais satisfatórios e aceitáveis de saúde, ao autocuidado e a promoção da saúde individual e coletiva.

No que concerne às concepções de território, identifica-se na literatura variedade e polissemia. O território tem sido mundialmente entendido como o espaço físico, ocupado ou não, até o reconhecimento da globalização da economia, em que diferentes povos e nações passaram a concebê-lo numa perspectiva cosmopolita, a partir de cada cultura. Somente com o surgimento da Geografia crítica, na segunda metade do século XX, é que a concepção de território passou a agregar outros constituintes, como a subjetividade dos povos, suas simbologias, suas culturas.

Ther Rios (2006, p. 108, tradução nossa) afirma que nos tempos atuais, de globalização financeira e tecnológica, os estudos sobre território têm discutido, comumente, questões relacionadas à transformação dos espaços físicos, com alterações freqüentemente negativas destes, e à internacionalização da economia. O processo de globalização para o autor “impacta, afeta, metamorfoseia ao mesmo tempo nas territorialidades dos espaços locais”. No percurso histórico da humanidade, desde a organização do homem em clãs, famílias e tribos, o território se constrói reconstrói, como palco dos exercícios de sobrevivência e de acumulação, de produção e distribuição de riqueza, de produção e distribuição de poder, em ações de defesa e conquista, por meio de ocupações militares, políticas, culturais e administrativas.

O termo território tem sido elemento de apropriação por várias ciências, além da Geografia, tais como a Antropologia, a Sociologia, a Economia, a Ciência Política, a Demografia e a Epidemiologia. Segundo Bonnemaïson (2002) o conceito de território foi inicialmente elaborado como categoria científica pelo ornitólogo inglês Elliot Howard, ao observar a forma de ocupação do espaço por algumas espécies de pássaros.

Nas Ciências Sociais, Andrade (2004) refere que a concepção de território vem sendo muito utilizada desde o século passado, principalmente, por geógrafos como Frederico Ratzel, que estudou o papel desempenhado pelo Estado no controle

do território, e Élisée Reclus que procurou conhecer/estabelecer as relações entre as classes sociais e o espaço ocupado e dominado. Corrêa (1995 *apud* CARVALHO, 2003, p. 16) afirma que Ratzel (1844-1904), ao enfrentar a questão da construção e da consolidação do Estado Alemão, transferiu a noção de domínio natural para as Ciências Sociais, lançando mão da idéia de “espaço vital”, que expressava as necessidades territoriais de uma sociedade, em função do tamanho de sua população, dos recursos naturais existentes e da tecnologia disponível; transformando assim, por meio da política, o espaço em território.

A Teoria do Determinismo Geográfico de Ratzel, sustentava “[...] que as condições ambientais, em especial o clima, são capazes de influenciar no desenvolvimento intelectual e cultural das pessoas”. A partir do conceito de Ratzel, vêm sendo desenvolvidas diversas concepções acerca do território (COELHO; TERRA, 2001, p. 15).

Os Dicionários trazem uma variedade de definições sobre território, dentre eles destacamos:

O território é entendido como:

Extensão considerável de terra; torrão. A área de um país, ou estado, ou província, ou cidade e outros. [...] Base geográfica do Estado, sobre a qual ele exerce a sua soberania, e que abrange o solo, rios, lagos, mares interiores, águas adjacentes, golfos, baías e portos [...] (FERREIRA, 2004, s/p.).

A Wikipédia (2007, s/p.)- a enciclopédia eletrônica livre – em suas definições, afirma que o termo território...

refere-se a uma área delimitada sob a posse de um animal, de uma pessoa (ou grupo de pessoas), de uma organização ou de uma instituição. O termo é empregado na política (referente ao Estado Nação, por exemplo), na biologia (área de vivência de uma espécie animal) e na psicologia (ações de animais ou indivíduos para a defesa de um espaço, por exemplo). Há vários sentidos figurados para a palavra território, mas todos compartilham da idéia de apropriação de uma parcela geográfica por um indivíduo ou uma coletividade. [...] No contexto político, o termo **território** refere-se à superfície terrestre de um Estado, seja ele soberano ou não.

As definições do léxico de Ferreira (2004) e da Wikipédia (2007) não reconhecem o território construído histórico e socialmente, mas sim na compreensão física e estática, do mesmo modo que os gerentes ouvidos nesta pesquisa. Ferreira e a Wikipédia reduzem também, a concepção de território à condição ratzeliana de território-nação.

Coelho e Terra (2001, p. 184) concebem o território numa abordagem biológica e noutra geográfica. A biológica é a “área na [qual] as espécies animais e vegetais vivem e se desenvolvem”. Já na geográfica, território é o “espaço dominado e apropriado por uma sociedade ou por um Estado e identificado pela posse”.

Silva (1996a, p. 259) conceitua o território como o “domínio de um evento natural ou humano. Pode ser o território de um rio, de uma montanha, de um deserto, de uma espécie animal. Pode ser o resultado de um povoamento ou das migrações”.

Coelho e Terra (2001) e Silva (1996a) traduzem suas concepções de território numa perspectiva naturalista, ou melhor, com base nas Ciências Naturais, focando, de modo frágil, as relações de poder.

Marx Weber (1994, p. 60), em sua obra **Ciência e Política**, afirma que a “noção de território corresponde a um dos elementos essenciais do Estado”. Para Souza (1995, p. 86) o território é “[...] um campo de forças, uma teia ou rede de relações sociais que, a par de sua complexidade interna, define, ao mesmo tempo, um limite, uma alteridade [...]”.

Saboya e Caracristi (2004), Foucault (2005), Raffestin (1993), Neves (1996), Rojas e Barcellos (2003), Weber (1994) e Souza (1995) concebem o território numa lógica política, econômica e ideológica, a partir da noção de Estado, em que estão inscritas fortes e acirradas relações de poder, seja ele público, privado, governamental ou não-governamental, e, sobretudo populacional. O território, segundo esses autores, é o elemento ideal para que os diferentes tipos de Estado e seus governantes possam exercer seu poder junto a seus povos, instituições e aparelhos sociais, políticos e jurídicos.

O território como espaço de poder, segundo Rojas e Barcellos (2003, p. 27) apresenta as seguintes características:

- 1) sempre tem limites que podem ser político-administrativos;
- 2) contém as relações entre seus habitantes;
- 3) é uma construção social em permanente mudança;
- 4) é relativamente homogêneo internamente, com uma identidade, que vai depender da história de sua construção;
- 5) e o mais importante: ele é portador de poder. Nele se constroem e se exercitam os poderes de atuação tanto do governo como de seus habitantes (ROJAS; BARCELLOS, 2003, p. 49).

Entretanto, o território, para Ipiranga (2007), Corrêa (1996) e Cara (1996) não deve ser visto somente na perspectiva do domínio físico, econômico e político, mas também, nas dimensões simbólica, cultural de identidade e afetiva. Tais autores reconhecem e concebem o território na lógica do simbolismo, do social e do sentimental.

Castro (2000, p. 166) concebe o território como o “[...] espaço ao qual um certo grupo garante aos seus membros direitos estáveis de acesso, de uso e de controle dos recursos e sua disponibilidade no tempo”.

Santos (2006, p. 13) conceitua território como o “lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência”. O território “constitui o traço entre o passado e o futuro imediatos [...]” (SANTOS, 1999, p. 19). O território é na realidade a “arena da oposição entre o mercado – que singulariza – com as técnicas de produção, a ‘geografia da produção’ e a sociedade civil – que generaliza – e desse modo envolve, sem distinção, todas as pessoas” (SANTOS, 1996, p. 207).

Para tanto, Santos (1977) concebe o território em uma forma complexa de interpretação antropológico-social, buscando no materialismo histórico dialético de Karl Marx, a relação e a interdependência existente entre os modos de produção, a formação socioeconômica e o espaço em que, a partir de tais elementos, é construído o conceito de formação socioespacial. Quanto à utilização das concepções de Milton Santos nos campos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, em especial na ESF, Czeresnia e Ribeiro (2000), Rojas (1998) e Costa e Teixeira (1999) afirmam que o mesmo tem contribuído valorosamente para uma aproximação da Geografia Crítica com tais ciências. E neste sentido, Czeresnia e Ribeiro (2000, p. 600) reforçam que os “conceitos geográficos propostos por Milton Santos constituem uma das referências mais importantes para as análises da relação entre espaço e doença, especialmente as produzidas no Brasil”.

A noção de território defendida pelo materialismo histórico dialético, segundo Haesbaert (2006, p. 45): “[...] privilegia sua dimensão material, sobretudo no sentido econômico; está historicamente situada e define-se a partir das relações sociais, nas quais se encontra inserido, ou seja, tem um sentido claramente relacional”.

Uma outra noção de território é trazida por Schmitt, Turatti e Carvalho (2002) ao explicar que, nas comunidades quilombolas, a concepção de território está voltada para a relação social com a terra e a resistência cultural e suas nuances com as relações de poder, em que os negros conseguem manter sua autonomia sócio-cultural, o que repercute na auto-estima do grupo. Segundo Reboratti (2001, tradução nossa), o território é um “arquivo” de sucessos ocorridos ao longo do tempo, como fruto de um processo espontâneo e instantâneo, construído historicamente.

Cara (1995, p. 67) compreende o território "como uma objetivação multidimensional da apropriação social do espaço, fazendo-se a restrição de que mesmo no caso de se considerar territórios individuais, estes o são em relação a outros". Para Tancredi, Barrios e Ferreira (1998, p. 16) o território não compreende somente o “[...] espaço geográfico, mas, sim, como o local em que se dá o processo de vida da comunidade, a interação de distintos agentes sociais com qualificações sociais, econômicas, culturais, políticas, epidemiológicas e históricas distintas”.

Na perspectiva sanitária, Takeda (2005) concebe o território como sendo a área de abrangência de uma unidade de saúde, em permanente construção e reconstrução, como produto de uma dinâmica social.

Para Mendes e col. (1999), existem duas vertentes de concepções sobre território no campo da Saúde Coletiva. A primeira, relativiza o território ao espaço físico, a critérios geopolíticos, denominando-o de território-solo. Tal concepção se sustenta numa visão topográfico-burocrática de distrito sanitário, com o entendimento de saúde centrado na clínica. A segunda concepção entende o território numa perspectiva de processo, ou seja, um espaço em permanente construção, fruto de demandas sociais que tensionam sujeitos apostos em uma arena¹¹¹ política. O território-processo, de acordo com os autores, transcende a visão de território-solo, por instituir-se como um território de vida pulsante em que ocorrem os processos sociais, econômicos e políticos que se reproduzem historicamente. Portanto, consideram a concepção de território-processo como a mais apropriada para o exercício da dinâmica social de mudanças nas práticas sanitárias, e o meio de se alcançar, ou melhor, de exercitar um novo modelo

¹¹¹ **Arena** – “... em Ciência Política, este termo é comumente usado como o espaço abstrato onde ocorrem, disputas políticas, ideológicas e econômicas entre os atores sociais, por analogia com as arenas de lutas romanas” (CARVALHO *et al.*, 1998, p. 42).

sanitário, o crítico-histórico. O território-processo apresenta-se como um território de vida, em que ocorrem conflitos de interesses, mas também disseminação de práticas solidárias e de busca de consensos, por meio de expressões diferenciadas, baseadas em jogos, projetos, realizações e sonhos individuais e coletivos.

O território-processo, de acordo com Silva e Mendes (2004, p. 59), além de ser um território-solo, é, “ademais, um território político, cultural e epidemiológico. Atores sociais em situação, nesses territórios, podem, pela ação associativa, gerar um excedente cooperativo que torne o SUS mais eficaz, eficiente e democrático”. Na organização da atenção à saúde, os territórios são espaços de produção da responsabilização sanitária, e seus agentes sanitários – gestores e trabalhadores de saúde – devem buscar a construí-la coletivamente a partir dos princípios e diretrizes do SUS.

Ainda segundo Silva e Mendes (2004, p. 15), no que concerne a regionalização da atenção à saúde esta...

surgiu após a Revolução Russa numa proposta de Semachko. Foi adaptada ao ocidente pelo trabalho seminal de Lord Dawson of Penn (1920), dando origem aos sistemas públicos de serviços de saúde de base territorial. Por isso, esses sistemas regionalizados são conhecidos como sistemas dawsonianos.

Fonseca Neto (1999) afirma que o território é um espaço geográfico, político, epidemiológico e de gestão descentralizada das políticas públicas. Para o MS (BRASIL, 2005e, p. 84), o território deve ser “[...] compreendido não apenas do ponto de vista geográfico, mas como território processo onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história”. O território é um campo de tensão dentro das organizações de saúde. Por conseguinte,

[...] é um espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas desenhado a partir da ação de distintos atores, que, dependendo de seus interesses e capacidade de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar [uma] certa conformação da saúde que faça sentido. A única maneira de enfrentar esse jogo de modo a fazer valer os interesses dos usuários é por meio do controle social e da pactuação política (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2005, p. 129).

Para Malta e Merhy (2003) o setor saúde é um território de práticas, tenso e aberto, e em permanente construção, que permite a emersão de novos processos instituintes, que permitem constantes reformas no campo de práticas e desafiar qualquer paradigma. Franco e Merhy (2006) apontam que o território da

ESF é um território de fazeres, em que ocorre a produção de cuidados em saúde, buscando a compreensão das possibilidades e limites nele existentes.

O território-sanitário é o território usado, com toda sua simbologia, identidade, sentimento de pertencimento, relações sociedade-natureza, historicidade e organicidade local, envolvendo o *locus* e seus determinantes sociais, culturais, políticos, econômicos, demográficos, laborais e epidemiológico-sanitários, com suas famílias, sujeitos e comunidades/coletividades e redes sociais, em plena relação de constante troca, durante os processos do nascer, crescer, desenvolver, reproduzir, adoecer e morrer, enfim de viver em plenitude cósmica. É uma arena de conflitos e paixões e suas relações de poder em que se reproduz a vida humana e se busca a cidadania integral.

O território-sanitário é definido político-administrativamente a partir de uma territorialização.

Para Chiesa e Kon (2007) é no território que os sistemas de serviços de saúde materializam a responsabilidade pela produção social em saúde, por meio de ações de promoção, preservação e recuperação da saúde. A idéia de produção social em saúde segundo Santos e Westphal (1999, p. 77) implica o reconhecimento de que:

os determinantes de saúde são mediados pelo sistema social, mas também determinados pelas relações sociais, excludentes, que operam o sistema.
[...]

[...] há, portanto necessidade de *ações intersetórias* para a operação da nova prática sanitária;

para que se altere realmente as condições de saúde de uma população – objetivo social relevante em todas as sociedades – tornam-se necessárias mudanças profundas em seus padrões econômicos e a intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas;

há necessidade de que a sociedade civil organizada exija das autoridades governamentais a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis para superar o quadro mundial, e principalmente nacional, de profundas desigualdades e iniquidades;

é imprescindível integrar e articular diferentes saberes e práticas intra e intersetoriais, de tal forma que o novo quadro teórico e as novas práticas assumam uma nova qualidade ao serem organizadas pelo paradigma da *produção social da saúde*, para propor solução aos problemas existentes em um território singular – nacional, estadual e/ou local.

As autoras afirmam que a ESF é uma ótima estratégia de organização do sistema de saúde, pois a mesma é coerente com a ótica da produção social de saúde, consistindo no primeiro nível:

de uma atuação como verdadeiros centros de saúde operados por uma equipe de saúde da família;

de uma delimitação territorial de abrangência com o desenvolvimento de ações focalizadas na promoção da saúde;

numa atuação contínua, personalizada, reconhecedora da importância do relacionamento humano, estimuladora das ações intersetoriais (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p. 84).

Já no caso da vigilância à saúde, Mendes (1999b) afirma que sua nova prática sustenta-se em três pilares básicos: o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade. A intersetorialidade, segundo Junqueira (2000, p. 42) “incorpora a idéia de integração, de território, de equidade, enfim, dos direitos sociais. É uma nova maneira de abordar os problemas sociais”. É no território, conforme afirmam Chiesa e Kon (2007), que se pode efetivar a intersetorialidade nas políticas de saúde¹¹². Pois é nele em que estão alocados os mais diversos recursos e equipamentos sociais, que podem se reconhecer e interagir em uma rede de suporte social a comunidade.

Carvalho (2003, p. 39) afirma que...

as diversas estratégias de atenção à saúde foram historicamente influenciadas por condicionantes territoriais, também as vinculações dos homens com o território, dialeticamente, foram configuradas a partir das representações do ser humano acerca dos fenômenos da saúde e da doença e de suas relações com as mesmas.

Na atualidade, faz-se mister a compreensão do território-sanitário além daquelas relacionadas aos aspectos físicos e de estática, para que possamos incrementar a reversão do modelo hegemônico de atenção à saúde, centrado na cura, e efetivar a ESF com a preservação do território, na lógica de sua ordenação e na condução ecológica do mesmo.

Para Haesbaert (2006, p. 54) o território, em sua polissemia, deve ser definido, antes de tudo, em referências às relações sócio-culturais mais amplas. Tais relações são quase sempre relações de poder. Portanto, o território “[...] é relacional não apenas no sentido de incorporar um conjunto de relações sociais, mas também no sentido, [...] de envolver uma relação complexa entre processos sociais e espaço material [...]”.

¹¹² Paim e Teixeira (2006, p. 74) definem política de saúde como a “[...] resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente.

Segundo Santos (2007), compreender e a apropriar-se do território são formas de racionalização dos recursos disponíveis e, ao mesmo tempo, atender da melhor forma possível à comunidade local. Quanto ao uso do território para apropriação humana, com o intuito de satisfazer necessidades básicas, Veiga (2006, p. 20) afirma que o momento atual exige o “ordenamento de territórios”. Entretanto complementa que tal situação exige a superação de concepções ultrapassadas de desenvolvimento, que é a “sustentabilidade ambiental do crescimento e da melhoria da qualidade de vida”. Pois, tais posturas de uso do território, segundo o autor, vêm agredindo a biosfera, submetendo-a a uma pressão insuportável e prejudicial ao desenvolvimento e às condições de vida.

Quanto à preocupação apresentada por Veiga (2006) sobre a preservação do território, Pinheiro (2004, p. 22) afirma que os povos primitivos tinham uma atitude preservacionista do mesmo, e que tal manutenção do território implicava diretamente na manutenção da própria vida.

Assim como no passado, na contemporaneidade faz-se mister que os sujeitos apoderem-se de seus territórios, em busca da identificação dos lugares e de suas particularidades histórico-políticas, para que os mesmos possam ser sujeitos de efetiva participação, desenvolvendo, em determinado espaço deste território, a cidadania plena, com uma identidade local (MENDES; DONATO, 2003).

A formação de um território, segundo Andrade (2004), desenvolve nos sujeitos que nele habitam a consciência coletiva e a responsabilidade de sua participação, além do sentimento de territorialidade, pertencimento e fraternidade entre estes. Essa territorialidade, refere-se àquilo que se encontra no território, que esteja sujeito à sua gestão, como também ao processo subjetivo dos sujeitos que lá vivem de sentirem-se parte deste, e de integrarem-se a um Estado.

Os teóricos do Estado, conforme Andrade (2004), são unânimes em dizer que o mesmo é constituído por três elementos essenciais: o território, o povo e o governo, sendo que, para este, a concepção de território está voltada à idéia de domínio e/ou de gestão de determinada área, e que a mesma não pode ser confundida com a de espaço¹¹³ e a de lugar¹¹⁴.

¹¹³ Santos (2004) define espaço como sendo a utilização do território pelo povo. “Ele se chama *espaço* logo que encarado segundo a sucessão histórica de situações de ocupação efetiva por um povo - inclusive a situação atual - como resultado da ação de um povo, do trabalho de um povo, resultado do trabalho realizado segundo as regras fundamentais do modo de produção adotado e que o poder soberano torna em seguida coercitivas. É o uso deste poder que, de resto, determina os tipos

No que concerne a ESF, a definição de um território, para atuação da equipe de saúde da família, devemos além de estabelecer uma divisão a partir da geografia política ou geopolítica, mas delimitar também quem são as famílias e as redes de articulação local, com a valorização dos elementos simbólicos, no intuito de fortalecer a identidade local, a densidade institucional e o capital social existente.

Quanto ao capital social existente num território, numa comunidade, Fukuyama (1996) afirma que o mesmo depende do nível de cooperação e de confiança entre os agentes, ou seja, depende da capacidade dos sujeitos trabalharem coletivamente no mesmo território.

Quanto à divisão do território-sanitário, Mendes e col. (1999) sugerem compreender um Distrito Sanitário, em Território-Distrito, que segue a lógica de organização e/ou descentralização político-administrativa do município. Território-Área, refere-se à primeira divisão do Território-Distrito, a partir da área de abrangência de uma unidade de saúde, e do fluxo e contra-fluxo dos trabalhadores de saúde e da população de determinado território. Território Microárea, aquela que ocorre pela subdivisão do Território-Área, é assimétrico e definido a partir da lógica de homogeneidade socioeconômico-sanitária. E o Território-Moradia, constitui-se no espaço de vida de uma micro unidade social, que é a família e identificado a partir da microárea.

O processo de organização, conforme a divisão do território proposto por Mendes e col. (1999), no que concerne à estruturação da ESF, no entanto é sugerido por Andrade, Barreto e Fonseca (2005) que o mesmo seja construído idealmente, de maneira democrática, pela participação da comunidade e dos trabalhadores de saúde. Outrossim, na definição de um território urbano, rural ou urbano-rural, os limites geográficos deverão ser estabelecidos e a população definida, para que se possa desenvolver um processo de trabalho de qualidade e uma atenção à saúde eficiente.

Segundo Mendes e col. (1999, p. 166) “os sistemas de saúde mais eficazes, eficientes e eqüitativos têm como elemento comum a sua estruturação

de relações entre as classes sociais e as formas de ocupação do território” (SANTOS, 2004, p. 233). Para Santos (1999 *apud* ROJAS; BARCELLOS, 2003, p. 19) o lugar é formado por fluxos e fixos. Os fluxos “são sistemas de circulação e de troca que anima e dão vida aos lugares, aos territórios”. Os fixos “são sistemas de objetos que compõem a paisagem de um lugar, de um território”.

¹¹⁴ O lugar segundo Souza, Cataia e Toledo Júnior (2002, p. 19) é o “espaço do acontecer solidário [...]”. O lugar além da posição social do indivíduo desempenha um papel fundamental na evolução dos dados que informam sobre a realidade social, como desemprego, a saúde, a educação”.

numa base territorial, tal como acontece na Suécia, na Finlândia, na Inglaterra, em Cuba, na Costa Rica e em outros países”.

No Brasil, o Sistema Nacional de Saúde é organizado a partir de uma base territorial, de maneira regionalizada e hierarquizada, a partir de três níveis de atenção à saúde – primário, secundário e terciário. Porém, sendo estimulada a descentralização administrativo-financeira para os territórios municipais e inframunicipais, como é o caso da ESF, com o intuito de uma melhor utilização do território-sanitário e arrojar o processo de implantação do SUS-Municipal de maneira efetiva, capaz de incrementar o desenvolvimento das comunidades locais. Para que isto ocorra é preciso que as equipes de saúde apropriem-se de seus territórios numa organização social do trabalho, para além das paredes dos CSF, com uma visão antropológica, reconhecendo a cultura local e suas diversidades.

Nesse desenho de organização da atenção à saúde Brasil e Ximenes Neto (2005, p. 71) afirmam que o “[...] território ganha importância, já que os processos de planejamento são realizados para definir ações que serão executadas em um dado espaço e para um público específico”. Todavia, Chiesa e Kon (2007, p. 313) recomendam que o reconhecimento do território ocorra “para além da paisagem”, ultrapassando a superfície dos fenômenos, com um olhar antropológico, em busca de “ativamente estranhar o que lhe é familiar e familiarizar-se com o que lhe é estranho”.

Sendo a Antropologia a ciência que busca entender a cultura, e o fenômeno cultural estando subjetiva e objetivamente inserido no território, o mesmo procura articular com o político, o econômico, o religioso, a simbologia e o imaginário. O fenômeno cultural é o *locus*, segundo Minayo (2007, p. 191), onde “articulam-se conflitos e concessões, tradições e mudanças onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há humano sem significado assim como nunca existe apenas uma explicação para determinado fenômeno”.

Tradicionalmente, na Antropologia, de acordo com Ther Rios (2006, tradução nossa), quando se fala em território, refere-se à determinação de áreas culturais, históricas, sócio-políticas ou econômicas. Antropologicamente, ainda segundo o autor, há certo consenso de que a diversidade existente entre os povos é resultado do meio geográfico e da história, desde que se busca o estabelecimento de leis sobre o funcionamento das sociedades e dos territórios.

No setor saúde, o apoderamento do território e o reconhecimento do mesmo na perspectiva antropológica ocorrem de modo muito raro e difícil, devido, principalmente, à fragmentação do processo de trabalho das equipes, em que cada trabalhador de saúde atua de maneira unidisciplinar, perdendo os nexos e a globalidade do processo saúde/doença, tanto quanto do processo indivíduo/sociedade. Outro aspecto a considerar é o elevado número de trabalhadores de saúde apenas com graduação, principalmente o médico, sem aperfeiçoamento posterior e educação continuada ou permanente, pois os mesmos permanecem pouco tempo no território, sem construírem vínculos efetivos com os sujeitos e suas famílias, a exemplo dos recém-formados, que deslocam-se para os grandes centros, após curto tempo de experiência na ESF, em busca de especializar-se.

A limitada prática democrática na construção do território da ESF é outro aspecto que merece ser considerado nessa construção. Souza, Cataia e Toledo Júnior (2002, p. 19) reforçam a necessidade do exercício de práticas referentes à democracia socioespacial, que se traduz na “[...] necessidade de incorporar a prática da justiça levando em consideração o território, ou seja, todo cidadão tem direitos no lugar onde vive, pois é ali que ele tem, também, obrigações e deveres para com a sociedade”. Os autores afirmam que a “carência de equipamentos e serviços de consumo coletivo, observada no território, é um elemento que contraria a concepção desse conceito”.

Na perspectiva do conceito de território proposto por Santos (1996; 1999; 2006), a concepção de democracia socioespacial parece integrar-se bem com a APS, na sua forma estratégica brasileira, a ESF, por trabalhar com base na justiça social, o apoderamento do território pelos cidadãos, clientela e equipe, e por estimular o sentimento de pertencimento e o vínculo entre equipe e a comunidade.

4.2 Territorialização.

As falas dos gerentes, sobre territorialização, foram sistematizadas a partir das seguintes subcategorias: reconhecimento e apropriação do território e organização física do território.

4.2.1 Reconhecimento e Apropriação do Território.

É quando a gente faz o estudo dessa área [do território]. Nesse estudo a gente descobre os pontos que têm área de risco, igreja, onde ficam as rezadeiras, onde a gente situa a área que tem mais criança de risco (Maria da Assunção).

[...] é a demarcação do território. É você fazer o levantamento de quantas famílias, qual a população, quantas gestantes existem na área, quanto hipertensos, quantos diabéticos, crianças menores de um ano [...]. Saber se tem problemas geográficos, localidades que não têm acesso no inverno (Maria Auxiliadora).

É o conhecimento mais adequado do território, conhecendo suas limitações, suas potencialidades [...], seus indicadores, aspectos epidemiológicos, demográficos, para desenvolver o trabalho e organizar o serviço (Maria de Nazaré).

[...] o estudo de todas os pontos positivos, negativos, demandas encontradas dentro daquele território de abrangência, de atuação da ESF, então seria o que: quais são os elementos políticos, que você pode tá buscando, sociais como as escolas, os “prefeitinhos”, além disso todos atores sociais que possa tá buscando, para trabalhar. Assim como caracterizar onde tem mais hipertenso, onde tem mais foco de determinadas doenças, por que está acontecendo com essa determinada população esse episódios (Maria dos Remédios).

[...] é o processo de conhecimento do território da Equipe de Saúde Família. Nos aspectos: demanda, quantitativo populacional, barreiras geográficas, políticas (Maria de Fátima).

[...] é o processo de reconhecimento do território, onde se identifica todas as redes sociais, os recursos disponíveis que podem ser utilizado para atuação da equipe no território (Maria das Graças).

Conhecimento de tudo que existe no território. O perfil da comunidade, a população, as barreiras geográficas, os aspectos culturais, socioeconômicos da comunidade (Maria do Perpetuo Socorro).

É quando a gente faz o estudo dessa área [do território]. Nesse estudo a gente descobre os pontos que tem área de risco, igreja, onde ficam as rezadeiras, onde a gente situa a área que tem mais criança de risco (Maria da Glória).

[...] é a delimitação do espaço geográfico, redes sociais, lideranças comunitárias na comunidade, as escolas [...]. Você vai identificar a intersetorialidade em seu território (Maria dos Navegantes).

O processo de institucionalização do PACS, em 1991, e em seguida, do PSF, em 1994, levou à disseminação do uso da territorialização, uma tecnologia leve, na organização e apropriação do território da ESF, situação intrinsecamente percebida nas falas dos gerentes, que segundo Oliveira (1998), não deve ocorrer de maneira verticalizado.

Apesar dos gerentes, em sua maioria, reconhecerem o território como estático, organizado a partir apenas da divisão político-administrativa, visando à definição de áreas e microáreas de atuação da equipe de saúde, eles compreendem a territorialização como a organização do território a partir de suas potencialidades, recursos existentes, redes sociais, analisadores e determinantes sociais, políticos, econômicos, educacionais, culturais e epidemiológico-sanitários.

A territorialização é também reconhecida pelos gerentes como uma ferramenta gerencial de significativa relevância para organização de processo de trabalho de toda a equipe, por meio da qual se pode identificar os problemas e as necessidades de saúde do território, como também suas potencialidades e o *modus* da organização comunitária.

O fato das gerentes Maria Auxiliadora e Maria do Verdo Encarnado, em suas falas afirmarem que a territorialização possibilita o identificar e discriminar positivamente os grupos de risco existentes em seu território, para um melhor planejamento e organização do trabalho, poderá permitir que a equipe estabeleça um plano de cuidados interdisciplinar, com base na clínica ampliada¹¹⁵, permeada na prática humanização durante o processo de cuidar e, com isso, poder contribuir para a efetivação da integralidade. O território, com a territorialização sanitária é desnudado, ocorrendo o reconhecimento de seus elementos constituintes, existentes no espaço, vividos na historicidade da cultura local.

A territorialização utilizada no Brasil, como ferramenta de gestão, para reconhecimento, apropriação e organização do território, passou a ocorrer, com grande intensidade, a partir do processo de distritalização da saúde na segunda metade dos anos 1980.

¹¹⁵ **Clínica Ampliada** – “trabalho clínico que visa o sujeito e à doença, à família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença” (BRASIL, 2004a, p. 08).

De acordo com Mendes (1999c, p. 13), o processo de implantação de Distritos Sanitários fundamenta-se nos seguintes conceitos básicos:

- a) A concepção de Distrito Sanitário como processo social de mudança nas práticas sanitárias;
- b) A existência de um território-processo onde diferentes atores sociais vivem em permanente tensão;
- c) A direcionalidade das ações de saúde no sentido de resolver problemas quase-estruturados que se manifestam, de forma assimétrica, do ponto de vista sócio-sanitário, no território-processo;
- d) A estruturação das práticas sanitárias como conjuntas de operações organizadoras do processo de trabalho em saúde, destinadas a enfrentar as principais causas dos problemas.

A concepção processual dos Distritos Sanitários baseia-se em quatro conceitos-chave, segundo Mendes e col. (1999, p.165): território, problema, prática sanitária e processo de trabalho em saúde.

Há várias concepções sobre a territorialização, conforme citações a seguir.

Unglert (1995, p. 7) concebe a territorialização como

processo de apropriação do espaço por distintos atores sociais, sendo que esse espaço representa muito mais que uma superfície geográfica, tendo ainda um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção. [...] a territorialização é, portanto, um passo fundamental para a caracterização da população e de seus problemas de saúde.

Segundo Sousa (2007, p. 27), a territorialização é o “mapeamento da área, compreendendo segmento populacional determinado”. De acordo com Campos e Norões (1997, p. 1), a territorialização constitui um...

processo dinâmico, no qual se dá a apropriação do território por diversos atores sociais, tais como profissionais de saúde e de setores afins, lideranças municipais, conselheiros de saúde e outros, com a participação dos diversos segmentos da comunidade que têm diferentes visões da realidade local [...]. Representa mais do que a divisão de um território, pois identifica sua população, suas condições de vida, a infra-estrutura de serviços, os problemas existentes e seus fatores condicionantes.

Segundo Fonseca Neto (1999) territorialização significa um processo de conhecimento progressivo de uma área geográfico-populacional delimitada de atuação permanente e em tempo integral de uma equipe da ESF, que deverá acumular progressivamente informações para a ação. Para Oliveira (1998, p. 55), a noção de territorialização é definida...

como um processo de reorganização social que implica: a criação de uma nova unidade sociocultural mediante o estabelecimento de uma identidade

étnica diferenciadora; a constituição de mecanismos políticos especializados; a redefinição do controle social sobre os recursos ambientais; a reelaboração da cultura e da relação com o passado.

No sentido de operacionalizar a territorialização em todo o país, o MS (BRASIL, 2006f, p. 15) a define:

[como] reconhecimento e a apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meios dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes – tais como associações, igrejas, escolas, creches dentre outros -, pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para intervenção no processo saúde-doença – como o próprio contexto histórico e cultural da região.

As concepções de territorialização apresentada por Unglert (1995); Sousa (2007); Campos e Norões (1997); Fonseca Neto (1999) e Oliveira (1998) estão centradas em apenas alguns dos elementos constituintes do território-sanitário, com algumas de suas simbologias, tais como perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social, esquecendo a cultura histórica ali instituída e as subjetividades. A concepção do MS (BRASIL, 2006f) não diferencia-se tanto, acrescentando apenas o contexto histórico e cultural da região.

Ao falar em territorialização da atenção à saúde, Carvalho (2003, p. 135) afirma que, por meio dela, podem ser pensadas “as propostas de reconfiguração territorial, visando à viabilização operativa dos princípios e doutrinas do SUS”. Entretanto, é pensar que a territorialização da atenção à saúde enquanto estratégia de construção do SUS, busque a “desterritorialização-reterritorialização das práticas assistenciais, constituindo novas relações simbólico-afetivas e de poder [...]”.

A territorialização é uma ferramenta de organização do território na atenção à saúde, que contribui e influencia no planejamento local. A análise dos modelos de atenção à saúde permite observar que o da Vigilância à Saúde, o do Sistema Local de Saúde-SILOS e o da ESF possuem, como base organizativa, o território como fenômeno espacial saturado de história, a territorialização como processo de definição e de construção do território e uma unidade de saúde como referência.

A territorialização, enfim, é o processo de apropriação do território e de seus elementos sociais, culturais, políticos, econômicos, demográficos, laborais, epidemiológico-sanitários e tecnológicos, com o reconhecimento de sua simbologia,

historicidade, relações de poder, identidade, sentimento de pertencimento e de coletividade, redes e aparelhos em ação e inter-relação, com a categorização e o recenseamento dos sujeitos, das famílias e das comunidades existentes e a conseqüente identificação de sujeitos e grupos de risco, além de seus processos relacionados ao nascimento, crescimento, desenvolvimento, reprodução, adoecimento e morte.

No caso de Sobral, segundo Andrade (*et al.*, 2004, p. 12), quando na implantação da ESF, a territorialização foi uma importante ferramenta de organização do território sanitário, desde a divisão das Áreas Descentralizadas de Saúde-ADS até a distribuição das equipes. De acordo com os autores, a territorialização foi utilizada, principalmente, “[...] para adscrever uma determinada população à uma Unidade de Saúde específica, foram consideradas características geográficas, proximidade do grupo populacional à unidade, meios de transporte que facilitassem o acesso, aspectos econômicos e culturais”.

No Sistema Municipal de Saúde Sobral, ainda hoje, é prática comum, nos territórios da ESF, a realização e a atualização da territorialização. Periodicamente, dependendo da necessidade, as equipes de saúde, acompanhadas de representantes da comunidade ou não, atualizam suas informações sobre o território, alimentando também a sala de situação de cada CSF. É importante registrar que os Residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, em seu processo de formação, têm como tarefa a realização da territorialização do território em que estejam inseridos, situação essa apresentada por Andrade (*et al.*, 2004, p. 12) que...

o processo de territorialização no Sistema Municipal de Saúde [Sobral] é um processo dinâmico, sendo constantemente atualizado, respondendo à própria dinamicidade do município, que sendo pólo da região noroeste do Ceará, vem passando por um processo de expansão demográfica e econômica.

Na perspectiva do conceito de Milton Santos (2006), o território já se encontra territorializado. Mas, na perspectiva do conceito de território sanitário, o mesmo deve passar por um processo de territorialização, para uma melhor organização do sistema de saúde, principalmente, da ESF, em que são identificados além dos recursos e potencialidades, as famílias, sujeitos, comunidades e áreas de risco ou vulnerabilidade social, cultural e sanitária.

4.2.2 Organização Física do Território.

[...] Definir a área de ação dentro do território para melhor planejar as ações (Jesus).

É a divisão do território em microáreas, para um melhor atendimento do programa [...] (Maria do Bom Conselho).

[...] eu imagino que seja a divisão do território, pelas agentes de saúde, pelas enfermeiras (Maria do Carmo).

É o reconhecimento do território, é a demarcação. É você dizer onde ele começa, ele termina, quais são as potencialidades (Maria do Desterro).

Os gerentes Jesus, Maria do Bom Conselho, Maria de Lourdes, Maria do Carmo e Maria do Desterro compreendem a territorialização como o mero reconhecimento do território físico e sua divisão político-administrativa e não a partir da necessidade de apropriação dos espaços locais e de como o processo de trabalho em saúde será organizado.

O fato destes gerentes compreenderem seu território como um mero espaço geográfico, não reconhecendo a cultura, a história, as simbologias e subjetividades presentes no mesmo, reforça a idéia que a equipe possui uma área de atuação, mas seu principal *locus* concentra-se no espaço físico do CSF, esquecendo os lares, as escolas, a rede social e as comunidades.

A apropriação dos espaços locais, segundo o MS (BRASIL, 2006f), é imprescindível para uma adequação qualificada das práticas sanitárias, voltadas às reais necessidades de saúde dos cidadãos e suas famílias em cada território.

De acordo com Junqueira (2000, p. 42), “tratar os cidadãos de um mesmo território e seus problemas de maneira integrada exige um planejamento articulado das ações e serviços”. [...] esse novo fazer envolve mudanças de valores, da cultura que é refletida nas normas sociais e regras que pautam o agir de grupos e organizações sociais. Essa mudança exige a apreensão da cultura com base em aspectos rotineiros das praticas diárias [...]”.

4.3 Estratégia Saúde da Família.

As falas dos gerentes estão apresentadas a partir dos seguintes modos de conceituar a categoria: busca pela reversão do modelo de atenção à saúde, base da organização da atenção à saúde, saúde como qualidade de vida, política

governamental, estratégia de organização comunitária e, finalmente, cuidado de famílias, sujeitos, grupos sociais e comunidades.

4.3.1 Estratégia Saúde da Família: busca pela reversão do modelo de atenção.

É a estratégia que veio para solucionar os problemas da saúde que existiam desde a época do INAMPS, INPS, do início do SUS. Ela é a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Está difícil de atingindo esses objetivos, por questões culturais das pessoas, de não entenderem a prevenção e a promoção. Pois a prevenção e a promoção são alicerces, pilares da ESF [...] (José).

É uma estratégia para reorganizar a saúde na atenção básica, em que foi implantado um novo modelo de assistência com base na promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação, baseado nos princípios do SUS [...] (Maria da Saúde).

[...] A estratégia quando existem profissionais comprometidos, e gostam do que fazem, por prazer, é muito boa. Não estava dando certa aquela maneira de tratar [...] (Maria Estrela do Mar).

[...] tinha como objetivo inicial, diminuir a mortalidade infantil e materna. Com o avanço dessas ações, é que a gente¹¹⁶ começando a cuidar das famílias. Antigamente, tinha o modelo curativista, em que os profissionais só viam a doença [...], não viam a família. Via o paciente e ia embora! Hoje com a Estratégia Saúde da Família, a gente tem mais cuidado, e acompanhamento com a família toda. Tem mais conhecimento sobre o que acontece com a população [...] (Maria Imaculada).

Antes a atenção era voltada para a doença, a Estratégia Saúde da Família está preocupada com a promoção da saúde, entendendo, a saúde e a doença dentro de um contexto familiar. Hoje, se interage com uma equipe multidisciplinar [...], com ações intersetoriais, com redes sociais (Maria do Verdo Encarnado).

Os gerentes concebem a ESF como um modelo de atenção à saúde que busca a reversão do modelo sanitário hegemônico¹¹⁷, centrado na cura e em ações

¹¹⁶ Tavares e Takeda (1996, p. 30) afirmam que na APS preferem o termo a/gente ao invés de ator social por duas razões ideológicas: "... a primeira porque o termo é mais humano, mais próximo de um modelo cidadão-cêntrico, e a segunda porque ninguém está fingindo num cenário, mas vivendo a realidade na verdadeira arena social.

¹¹⁷ Para Sales (2003, p. 73) a hegemonia é um modo bem específico de poder. É o poder de expressar, aprofundar, organizar e interpretar um querer coletivo. É um poder que se legitima pelo consentimento e não pela força. A hegemonia se contrapõe, então, ao poder de mandar, decretar, punir, premiar. Quem exerce a Hegemonia é dirigente. Quem exerce a dominação é ditador ou algo da mesma ordem. Não se trata também de qualquer pequeno exercício de convencer ou obrigar. A Hegemonia é o processo de construção e afirmação de um modo de sentir, pensar, querer, agir em

tecnológicas, para o modelo que se baseia na promoção da saúde e prevenção de doenças, e no trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, com a prioridade de reduzir indicadores de morbidade e mortalidade, principalmente, os materno-infantil.

A ESF é entendida também pelos gerentes como uma estratégia que busca a efetivação da APS, com referência aos princípios do SUS, ao trabalho comunitário, centrado no cuidado aos sujeitos e suas famílias. Busca segundo os gerentes, resistir ao modelo médico-assistencial privatista, que era discriminador e excludente, institucionalizado pelo INPS e o INAMPS.

O processo que busca a reversão do modelo de atenção, apresentado nas concepções dos gerentes, tem suas origens antes da institucionalização do PSF, em 1994. Esse processo inicia-se com o Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária, que teve seu apogeu na década de 1980, com a VIII CNS em 1986 e a criação do SUS, na Constituição Federal, de 1988.

Até então, o modelo brasileiro de organização da atenção à saúde era o flexneriano, que se baseava fundamentalmente na prática biologicista. Esse modelo de acordo com Scherer, Marino e Ramos (2005, p. 57) era “[...] quase mecanicista para a interpretação dos fenômenos vitais, [e] gerou, entre outras, o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde”. Segundo as autoras, tanto a formação médica quanto o modelo de atenção à saúde sofria influências diversas, tais como:

a) do mecanicismo – “[...] tomou o corpo em analogia a uma máquina, cujas estruturas e funções pudessem ser meticulosamente analisadas e tratadas de modo instrumental, isolando-se a parte adoecida do resto do corpo [...]”;

b) do biologicismo – “[...] ocultou a causalidade social das doenças ao reconhecer a natureza biológica de suas causas e conseqüências, dada a ênfase na microbiologia e nas teorias dos germes e da história natural das doenças [...]”;

c) do individualismo – “[...] constituiu o objeto individual da saúde, ao considerar o paciente como abstração à parte da coletividade e, portanto, excluído de todos os demais aspectos sociais da vida [...]”;

todas as dimensões da vida. É a construção de uma concepção de mundo pensada e exercitada. Tem, portanto, uma dimensão simbólica e uma dimensão prática”.

d) da especialização – “[...] impôs a parcialização abstrata do objeto global, cuja preocupação dirigia-se principalmente para a excelência técnica de especialidades clínicas orientadas ao indivíduo, além da tecnificação do ato médico, que estruturou a engenharia biomédica [...]”; e

e) do curativismo – “[...] que centrou a prática sanitária, em todos os seus níveis, nos aspectos curativos, prestigiando o processo fisiopatológico, em detrimento da(s) causa(s) geradoras do processo.”

Segundo Santos e Westphal (1999, p. 73) o curativismo dentre estes elementos do referencial flexneriano, é o principal; “[...], pois, como a saúde é a ausência da doença num indivíduo, o diagnóstico e a terapêutica ganham toda a relevância no processo. Assim, a prática sanitária passa a ser a busca da cura dos indivíduos que manifestaram alguma doença”.

Conforme afirma Franco (2003, p. 108)

[...] diversos estudos vêm indicando que a crise que atravessa o setor saúde tem um caráter estrutural e denuncia o esgotamento de um modelo assistencial, formado a partir da diretriz biologicista no ensino médico, seguindo a matriz flexneriana; interesses de mercado das indústrias de medicamentos e equipamentos que influenciaram a produção da assistência à saúde, centrada na produção de procedimentos e no alto consumo de medicamentos. Por outro lado, quando se tentou romper com esse modo de produção na saúde, até por ser extremamente custoso para as fontes financiadoras, adotou-se modelos de serviços centrados apenas no campo de saber da vigilância à saúde.

O movimento sanitário buscava a reversão de tal modelo, configurado por processos sanitários social e historicamente instituídos, influenciados por práticas norte-americanas e pelo próprio poder público brasileiro.

Segundo Minayo (2001), o movimento sanitário pregava a implantação de uma política pública de saúde que saísse do modelo aprisionador, discriminador, excludente e ineficiente que era o INPS. Com a reforma sanitária instituída na Constituição Federal, milhões de brasileiros pobres, que não possuíam a carteirinha do INAMPS, como refere Mendes (2001b), passaram a portar direitos à assistência a saúde, garantidos constitucionalmente.

Em 1992, a IX CNS reforçou a necessidade de construção de um modelo assistencial com “[...] base epidemiológica, garantindo à população acesso universal em todos os níveis, equidade, resolutividade e integralidade da atenção, num sistema de complexidade crescente” (BRASIL, 1992b, p. 27).

A ESF, para Campos e Belisário (2001), estimulou a mudança do modelo de produção dos serviços de saúde próprio dos institutos e do INAMPS, que era a do pagamento direto dos procedimentos aos prestadores ou repasse do financiamento atrelado à produção de serviços.

A institucionalização do PSF de acordo com Silva e Trad (2005), inicialmente, focalizava grupos populacionais relativamente excluídos pelo modelo de atenção hegemônico e buscava a efetivação da APS. Para Timoteo, Monteiro e Uchoa (2007, p. 44) a ESF “[...] busca romper com o modelo tradicionalista de assistência, na perspectiva de transformar as práticas de saúde; a intervenção pontual e individualista; a fragmentação do conhecimento e do sujeito; e as relações verticalizadas [...]”. Germano e col. (2007, p. 107) afirmam que a ESF busca mudar “[...] paradigmas cristalizados historicamente, incorporando um novo olhar, um novo pensar e um novo fazer, no qual o foco passe a ser a saúde e não a doença; a família e não o indivíduo; a equipe e não o médico [...]”, numa lógica de trabalho intersetorial e não isolado, unidisciplinar.

Daí a importância que a ESF tem na mudança do modelo assistencial, com o fim da melhoria da qualidade de vida.

Para Rosa e Labate (2005, p. 1033) a “busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas”. Por isso, o “PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando a qualidade de vida da comunidade”.

De acordo com Silveira Filho (2005, p. 14), a ESF diferencia-se com o modelo tradicional de organização da APS, pela forma como:

(1) planeja e realiza suas ações de saúde; (2) se insere e se vincula a uma comunidade adscrita; (3) lida com as diferentes necessidades e demandas – individuais e coletivas –; (4) acolhe, vigia e cuida dos cidadãos; (5) se antecipa ao aparecimento dos agravos da saúde, lidando com as questões sócioambientais e familiares; (6) interage e fomenta o desenvolvimento comunitário; e (7) estimula e pauta toda sua atividade na realidade local, por meio da participação popular e do controle social.

A universalização da atenção à saúde, garantida pelo SUS e, conseqüentemente, pela ESF, vem proporcionado que milhões de brasileiros indígenas, pardos, pretos, miseráveis ou ricos, afortunados ou não, tenham

acessibilidade e acesso ao Sistema Nacional de Saúde Brasileiro. A ESF é o modelo de atenção à saúde, que vem permitindo a maior inclusão social, política e econômica a uma política sanitária. Atualmente, a ESF, segundo o Ministério da Saúde, assiste em todo Brasil, 85.737.789 milhões de sujeitos, com uma cobertura de 46,19% da população, assistidos por 221.854 ACS e 26.729 equipes de saúde da família (BRASIL, 2007a).

Apesar do grande avanço que a ESF vem proporcionando à melhoria dos indicadores de saúde e ao incremento da descentralização, Brêda e Augusto (2001) afirmam que há uma dicotomia e uma tensão não superada entre o modelo biomédico e o modelo popular de atenção.

Freqüentemente percebemos, nos territórios, o convívio da ESF, e suas práticas de promoção da saúde e de educação popular em saúde, com práticas hegemônicas, biológicas, focadas na doença. Também é comum encontrar nos territórios da ESF o planejamento centrado no ato e nas vontades do médico. Outra situação que vai de encontro com o afirmado pelas autoras é a do financiamento das equipes da ESF, que até bem pouco tempo, somente era pago quando as mesmas possuíam o médico, ou seja, uma equipe de saúde podia possuir um elenco enorme de trabalhadores de saúde, num quantitativo elevado, mas se a mesma passasse mais de noventa dias sem o médico, o repasse do PAB variável era bloqueado, até que a equipe possuísse um novo médico.

Quanto a essa prática de organização sanitária, Paim (2003 *apud* ALVES, 2005) afirma que o modelo assistencial é uma das áreas que mais proporciona entraves ao sistema de saúde. Segundo Franco e Merhy (2006, p. 88) um modelo tecnoassistencial se constrói a partir de uma racionalidade abstrata baseada na teoria dos sistemas, seguindo os seguintes princípios:

- 1) a saúde como questão natural e passível de ser mantida ou recuperada mediante ações técnicas científicas de saúde,
- 2) as ações de saúde são fundamentalmente gerais como promotoras, específicas como protetoras e médicas como recuperadoras,
- 3) os serviços são organizações sistêmicas das ações técnicas de saúde, e passíveis de serem planejadas cientificamente,
- 4) os objetivos dos serviços são anistóricos e visam igualmente todas as pessoas, que como coleção formam as comunidades.

Percebemos que, historicamente, o/s modelo/s de atenção à saúde utilizado/s no Brasil sempre foi(ram) vinculados a profissionais, serviços, gestores ou

política partidária. No Brasil, até hoje tal prática persiste, tanto no Pacto pela Saúde, como na própria Política Nacional da Atenção Básica, em que são priorizados grupos populacionais, morbidades e problemas de saúde, baseada em prioridades governamentais tripartite de gestão, e não nas necessidades de saúde da população e do controle social, com financiamento único e inequívoco. Enquanto perdurar esta prática, fica difícil de avançar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS e da ESF e satisfazer as necessidades de saúde das famílias, sujeitos e comunidades. Uma política sanitária ou um modelo de atenção à saúde deve possuir como referência os usuários, a clientela que dele precisa e será assistida.

Nesta perspectiva, corroboramos com Franco e Merhy (2007, p. 3), ao afirmarem que é “dada ao PSF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança deve se caracterizar quando tiver um modelo que seja usuário-centrado¹¹⁸”. Os autores afirmam ainda, que somente com a modificação da estrutura, não dá para garantir que a “[...] relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sobre novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, acolhimento e construção de processos mais compromissados com os usuários, seus cuidados e curas” (FRANCO; MERHY, 2006, p. 103).

O modelo assistencial, vigente nos serviços de saúde no Brasil segundo Merhy (1999), é orientado pela hegemonia neoliberal, fato que acaba por definir a missão dos serviços e as conformações tecnológicas, com o intuito de atender aos interesses do poder instituído. Entretanto, a mudança no modelo assistencial, segundo Merhy e Franco (2007, p. 1)...

pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, quando então se caracteriza uma Transição Tecnológica¹¹⁹, que no conceito aqui trabalhado, significa a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários.

¹¹⁸ Segundo Merhy (2006, p. 20) a “centralidade dos usuários, individuais e coletivos, vem de seu território de identidade como aqueles que gastam sua vida de certos modos e não outros, que usam sua capacidade de viver para produzir modos de caminhar na vida, sendo a saúde esta possibilidade de criar mecanismos de gastar potência de viver. Logo, como produtores e portadores das necessidades de saúde”.

¹¹⁹ A transição tecnológica na saúde, conforme Franco (2003, p. 157) “[...] significa um novo padrão de produção, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte a Composição Técnica do Trabalho, configurando hegemonia do Trabalho Vivo nos processos de trabalho [...]”.

Construir um modelo assistencial em saúde usuário-centrado segundo Rodrigues e Araújo (2007, p. 2) é necessário, inicialmente, a re-significação do processo de trabalho, uma vez que esta...

exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos¹²⁰ usuário/profissional/equipe de saúde.

No caso da ESF como modelo, em seu modo de operar os serviços de saúde segundo as autoras, a mesma está constituída com base num processo em constante construção “[...] podendo caminhar para o plano da racionalização e flexibilização do processo de trabalho ou da radicalização do processo de humanização do cuidado, garantindo acesso, resolutividade, participação social e qualidade da assistência” (RODRIGUES; ARAÚJO, 2007, p. 7).

Enfim, a construção de um modelo de atenção à saúde, deve está pautado na lógica do usuário-centrado e suas necessidades sanitárias e sociais.

4.3.2 Estratégia Saúde da Família: base da organização da atenção à saúde.

É uma organização do serviço. É saber como a gente tá trabalhando [...]. É dar atenção aos usuários de forma que resolva os problemas [...] (Maria da Assunção).

[...] estratégia para fortalecer as ações da APS [...], que deveria ser adaptada a realidade de cada território, a realidade de cada comunidade [...] (Maria Aparecida).

É uma equipe completa de Saúde da Família [...]. É à base de tudo! É a promoção da saúde. Começa pela territorialização, com a identificação do território, caracterização dos problemas [...], para garantir a saúde da população, e evitar que a pessoa seja encaminhada a atenção secundária ou terciária [...] (Maria Auxiliadora).

O acesso das famílias ao SUS, a saúde e muito mais [...]. É a porta de entrada que o sistema de saúde oferece aos cidadãos (Maria do Desterro).

[...] o modo de organização da atenção voltado para o coletivo e a família (Maria das Graças).

¹²⁰ Segundo o MS a ESF “... elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1997b, p. 07).

[...] ela está inserida no território. Por isso, facilita tanto a atuação, como o vínculo, o trabalhar melhor aquela população. O acesso é muito fácil, você tá ali inserida, você conhece, convive (Maria dos Remédios).

Estes gerentes em suas falas concebem a ESF, como uma estratégia de fortalecimento da APS, a base da organização da atenção, a porta de entrada do sistema de saúde, que facilita o acesso e a acessibilidade dos sujeitos, em seu respectivo território, procurando resolver os problemas de saúde dos sujeitos, das famílias e das comunidades, a partir da promoção da saúde.

Autores que estudam a APS (FRANCO; MERHY, 2007; MENDES, 2002a; SENNA; COHEN, 2002; STARFIELD, 2004; TAKEDA, 1996; TAKEDA, 2004; TAVARES) e o próprio MS (BRASIL, 2006a) refere-se à ESF como a “porta de entrada” do sistema, como se existisse uma saída do sistema. O SUS está em todos os lugares, na qualidade da água que ingerimos, os alimentos que consumimos, no saneamento básico de nossa rua, nos produtos de limpeza de nossos lares, enfim, onde se está e se vive, está o SUS, direta ou indiretamente.

Na concepção de Cortez e Tocantins (2006, p. 801) a ESF...

prevê um atendimento integral e hierárquico à saúde da população de sua abrangência, pois está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, a atenção básica, está vinculada à rede de serviços para garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias, com um sistema de referência e contra-referência para outros níveis de complexidade [...].

Saúde da Família como estratégia de organização da atenção no primeiro nível tem permitido a melhoria de indicadores de mortalidade, a exemplo, da TMI, que segundo pesquisa do MS com a Universidade de Nova York, quando o município aumenta em 10% sua cobertura da ESF, reduz em 4,6% a referida taxa (BRASIL, 2006d).

4.3.3 Estratégia Saúde da Família: saúde como qualidade de vida.

Saúde como qualidade de vida [...]. É saúde como um todo [...] (Maria da Conceição).

[...] Ela é a base da saúde, é a porta de entrada para os serviços de saúde que o SUS oferece; de propor as pessoas uma melhor qualidade de vida [...] (Maria do Desterro).

Criado para [...] melhorar a qualidade de vida dos clientes, da população atendida. Até a questão do planejamento em si (Maria do Bom Conselho).

As gerentes Maria da Conceição, Maria do Desterro e Maria do Bom Conselho concebem a ESF na perspectiva de saúde como qualidade de vida. A luta do movimento sanitário nas décadas 1970 e 1980, buscava a reversão do modelo hegemônico hospitalocêntrico e curativista, para um sistema que praticasse saúde de maneira ampliada, como qualidade de vida, universalista, equânime e integral, que apresentasse responsabilidade sanitária para com todos os brasileiros.

O conceito de saúde como ausência de doença, segundo Mendes (1999a; 199b), é próprio do paradigma flexneriano, permitindo a sustentação da prática sanitária da atenção médica centrada. Quanto ao modelo de atenção à saúde brasileiro Scherer, Marino e Ramos (2005) afirmam que, historicamente, tem sido marcado pela prática individual, concebendo saúde como ausência de doença, baseado nos princípios do modelo flexneriano.

Seidl e Zannon (2004, p. 580) afirmam que o interesse pelo conceito de qualidade de vida no setor saúde é “[...] relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas”.

Os Anais da VIII CNS, (BRASIL, 1987 *apud* PAIM, 2003b, p. 593) apontam como principais princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira: “conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado; criação do Sistema Único de Saúde-SUS; participação popular – controle social –; e constituição e ampliação do orçamento social”.

O Relatório Final da IX CNS aponta que ao se trabalhar o temário “Saúde: Municipalização é o Caminho” em sua totalidade, sempre se enfocou a saúde com qualidade de vida (BRASIL, 1992b). O Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde – X CNS, afirma que o movimento da saúde, enquanto qualidade de vida, está bastante marcado pela capacidade de resposta do Estado às demandas sociais, através de suas políticas públicas [...]” (BRASIL, 1998b, p. 15).

Para Andrade, Barreto e Fonseca (2005) a ESF e o SUS utilizam a concepção de saúde como qualidade de vida, em contraposto ao modelo hegemônico que concebe a saúde como ausência de doença. Segundo Minayo,

Hartz e Buss (2000) na maioria dos estudos o termo utilizado não é qualidade de vida, mas sim, estilo de vida, situação de vida e condições de vida.

O conceito de qualidade de vida nas últimas décadas vem se desenvolvendo amplamente, quase que concomitantemente, a evolução da ESF, apresentado, porém uma característica polissêmica.

A OMS (The WHOQOL Group, 1995 *apud* FLECK, 2000, p. 34) definiu qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Estudos analisados por Seidl e Zannon (2004) traduzem o conceito de qualidade de vida sob duas vertentes: a primeira, a qualidade de vida numa concepção mais genérica e a segunda, numa perspectiva sanitária.

Sousa (2001a, p. 43), refere que a ESF conceitua “saúde como qualidade de vida”, sendo esta composta pelas

[...] as percepções individuais de sua posição de vida, no contexto dos sistemas de cultura e de valores em que vivem, e em relação a suas metas, expectativas, padrões e preocupações. Ela representa um conceito abrangente, que incorpora, de uma forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e o relacionamento com características destacantes do ambiente (SOUSA, 2001a, p. 101).

De acordo com Felli e Tronchin (2005) a qualidade de vida refere-se ao momento dos sujeitos na sociedade, como ao processo de trabalho dos mesmos, sendo esta última denominada de qualidade de vida no trabalho. Qualidade de vida para Cianciarullo (2002, p. 25) é um “[...] construto multidimensional, caracterizando-se pela abstração, significados diferenciados por contextos e condições muito específicas [...]”. A autora apresenta como dimensões que dão significado a qualidade de vida, “[...] bem-estar, funções físicas, capacidades funcionais, satisfação, estados emocionais, interação social, realização e desenvolvimento pessoal [...]”.

Para Ruiz (2006, p. 89) qualidade de vida é “[...] tentar viver com prazer, é assumir que somos uma entidade estética, que queremos buscar a beleza seja lá o que cada um entende por belo”. A qualidade de vida segundo Minayo, Hartz e Buss (2000) é algo próprio do ser humano, em que o mesmo busca satisfação nos seus modos de vida seja na família, nas relações amorosas, sociais e no próprio território e em sua estética existencial.

Qualidade de vida é a percepção que os sujeitos apresentam, a partir do território em que vivem, sobre os aspectos culturais, valores e relações sociais, afetivas, existenciais dos seres humanos, com base em princípios éticos solidaristas, em busca da satisfação e motivação pessoal, com o fim da auto-realização.

Historicamente, o termo qualidade de vida é bem recente, sendo inicialmente descrito, no ano de 1964, pelo Presidente dos EUA Lyndon Johnson ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos; mas sim por meio da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (MEEBERG, 1993 *apud* FELLI; TRONCHIN, 2005, p. 90). Na França em 1974, o Governo Francês, modificou o nome do Ministério do Meio Ambiente para Ministério da Qualidade de Vida (CIANCIARULLO, 2002).

Corroboramos com Matos (1999 *apud* MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 8), “quanto mais aprimorada a democracia, mais ampla é a noção de qualidade de vida, o grau de bem-estar da sociedade e de igual acesso a bens materiais e culturais”.

Segundo Sousa (2001), quando a ESF assume o conceito de saúde como qualidade de vida, necessitando o mesmo ser construído historicamente. Já para Junqueira (2000, p. 41), o “conceito de saúde encontra-se ligado às culturas, que determinam práticas”. Para Cortez e Tocantins (2006, p. 801) na ESF o conceito de saúde “[...] é a busca de uma qualidade de vida de acordo com o ‘modo de andar na vida’ da comunidade e/ou das famílias que se trabalha, com a valorização do cuidado integral, requisito de dignidade e de sua cidadania”.

Além da ESF o modelo de atenção à saúde das Cidades Saudáveis¹²¹ também trabalha com a concepção de saúde como qualidade de vida. Independente do modelo de atenção à saúde utilizado, ao se trabalhar com o conceito de qualidade de vida, não se deve permitir que o emprego do mesmo afete o território em que vivem seus sujeitos, que este território deva ser usado e não abusado.

¹²¹ Cidades Saudáveis – “implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações ‘comunitárias’ no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades, onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais” (TEIXEIRA, 2002 *apud* PAIM, 2003a, p. 166). Para Santos e Westphal (1999, p. 80) as “... cidades, enquanto atores sociais devem gerar capacidade de resposta à nova base econômica, à infra-estrutura urbana, à qualidade de vida, à integração social e à governabilidade, pois somente assim podem se tornar competitivas e dar, ao mesmo tempo, garantia de bem-estar às suas populações”.

4.3.4 Estratégia Saúde da Família: política governamental.

Entendo a ESF, como uma forma de atendimento, do município fazer com a saúde da população. É um processo em que o município contrata uma equipe para fazer todos os programas (Maria de Fátima).

É uma estratégia que veio trazer bons frutos [...]. foi a estratégia governamental que veio desfragmentar tudo aquilo que era feito com centenas de pessoas e agrupou as mesmas, e hoje está recebendo bons frutos. Agrupou todos os programas, desfragmentou o sistema [...]. Vem consolidar todas aquelas políticas que eram fragmentadas (Maria da Consolação).

[...] É uma política que tem tudo para melhorar a qualidade de vida da família, e que todo profissional deve trabalhar a independência, não o paternalismo [...]. Vejo que o Governo Lula tem incentivado muito, dando bons exemplos (Maria de Nazaré).

As gerentes Maria de Fátima, Maria da Consolação e Maria de Nazaré concebem a ESF como uma política para melhoria da qualidade de vida, em que o município produz saúde para os sujeitos e suas famílias, em que se deve buscar a autonomia¹²² da atenção saúde, empoderando os sujeitos para o autocuidado.

Estes gerentes também se referem à ESF¹²³ como uma política de tentativas de mudança do modelo assistencial, que busca o fim da fragmentação da atenção, como também, de sair do modelo de Ações Programáticas de Saúde (TEIXEIRA, 2002 *apud* PAIM, 2003a, p. 165). Para Cortez e Tocantins (2006, p. 801) a ESF é uma “[...] estratégia de atenção à saúde que precisa de novos olhares e saberes profissionais, para que de fato reconheçam as reais necessidades dos usuários, a partir da identificação [...]” de dados: demográficos, socioeconômicos, socioculturais, ecológicos, de morbidade e mortalidade.

Para Sousa (2000, p. 25) a ESF...

propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de

¹²² Para Nogueira (2003, p. 139) “autonomia, em muitos casos, quer dizer liberdade para criar seu próprio futuro com base nas escolhas concretas de cada indivíduo, e, portanto, dispensando referência a um conteúdo moral predeterminado, ditado pela tradição ou por uma autoridade qualquer. É por isso que, na modernidade, autonomia é muito facilmente tomada como sinônimo de subjetividade e criatividade subjetiva”.

¹²³ Segundo a Secretaria da Saúde do Estado de Minas Gerais (1997 *apud* ROSA e LABATE 2005, p. 1030) “... embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados...”.

complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutive à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

Conforme o MS (BRASIL, 2005f, s/p.) a ESF é um dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil, que vem atuando como estruturante dos sistemas municipais de saúde no sentido de reordenar o modelo de atenção à saúde.

Paim (1999) afirma que até a época do SUDS o atendimento aos sujeitos era realizado a partir da demanda espontânea que chegava aos serviços de saúde. Com a institucionalização do SUS os serviços passaram a se organizar, com base nas necessidades de saúde, de modo que permitisse o atendimento em três linhas: a oferta organizada, a demanda espontânea e programas especiais.

De acordo com Paim (2003b, p. 573), no caso da atenção com oferta organizada, a unidade de saúde deve priorizar a integralidade da atenção, articulando um conjunto de ações de saúde como a promoção da saúde, proteção, recuperação e a reabilitação, “[...] sobre indivíduos e sobre o ambiente, visando ao controle de doenças e agravos – diarreia, infecções respiratórias agudas, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, violências, tuberculose, doenças imunopreveníveis dentre outros e à proteção de grupos vulneráveis”.

Na atualidade, a ESF vive um momento de transição em que trabalha na lógica das Ações Programáticas de Saúde¹²⁴ e da demanda espontânea. O modelo proposto por Paim (1999; 2003b) assemelha-se muito ao que vêm se construindo na ESF, em que a atenção se organiza na lógica do ciclo de vida – atenção à saúde da criança, do adolescente, do adulto com prioridade para a mulher, e do idoso – de grupos populações – como os portadores de hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tuberculose, hanseníase e outros – e de programas a exemplo de imunização, de vigilância nutricional dentre outros, e da demanda espontânea voltada as consultas

¹²⁴ Andrade, Barreto e Fonseca (2005) referem que as Ações Programáticas em Saúde apresentavam como principais características tecnológicas para a constituição do processo de trabalho: “organização de atividades eventuais conforme a demanda espontânea de quem procurasse o serviço ou atividades de rotina para demanda organizada, programas definidos por ciclos de vida ou por doenças especiais ou por importância sanitária, definição das finalidades e objetivos gerais assentados em categorias coletivas, hierarquização interna de atividades, articulação das atividades por equipes multiprofissionais, padronização de fluxograma de atividades e de condutas terapêuticas principais, sistema de informação que permitia avaliação na própria unidade, gerência da unidade por médicos sanitários e regionalização e hierarquização das unidades”.

ambulatoriais direta, pronto atendimento as urgências e emergências. Neste contexto estão inseridas as ações de educação e promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação, reabilitação, tratamento e cura. Tal prática exige a utilização de rotinas gerenciais e/ou protocolos assistencial numa visão multiprofissional.

Apesar do processo de transição do modelo de atenção, mesmo assim, o processo de trabalho ainda está centrada na produção de procedimentos por conta da exigência do MS, para realização dos repasses financeiros, a exemplo do PAB, e alimentação do excesso de Sistemas de Informação em Saúde-SIS, que, diga-se de passagem, que não se comunicam entre si.

Quanto a essa lógica da produção em saúde, Matumoto (*et alii*, 2005, p. 11) afirmam que

uma ação de saúde centrada na lógica da produção do procedimento irá se constituir somente pelos elementos que lhe são próprios, como por exemplo, consultas, visitas domiciliares, aplicações de vacinas ou curativos [...]. Os procedimentos passam a ser a finalidade última do trabalho e, assim, configura um modelo que é contraditório com a missão do próprio SUS: o cuidado.

A ESF, a semelhança do SUS, busca a integralidade da atenção, tratar os diferentes de maneira diferente, universalizar a atenção aos distintos territórios por meio da descentralização, além de fomentar e exercer o controle social. Só que até o presente momento, a produção social em saúde na ESF não conseguiu estabelecer uma atenção à saúde, que não fosse baseada em procedimentos, em sujeitos e grupos prioritários, e o próprio financiamento ainda apresenta grande distorções no que concerne as formas de repasse e não consegue reverter a exclusão social de regiões mais pobres, com a adoção de *per capita* mais elevada, ocorrendo no entanto, uma espécie de sub-financiamento.

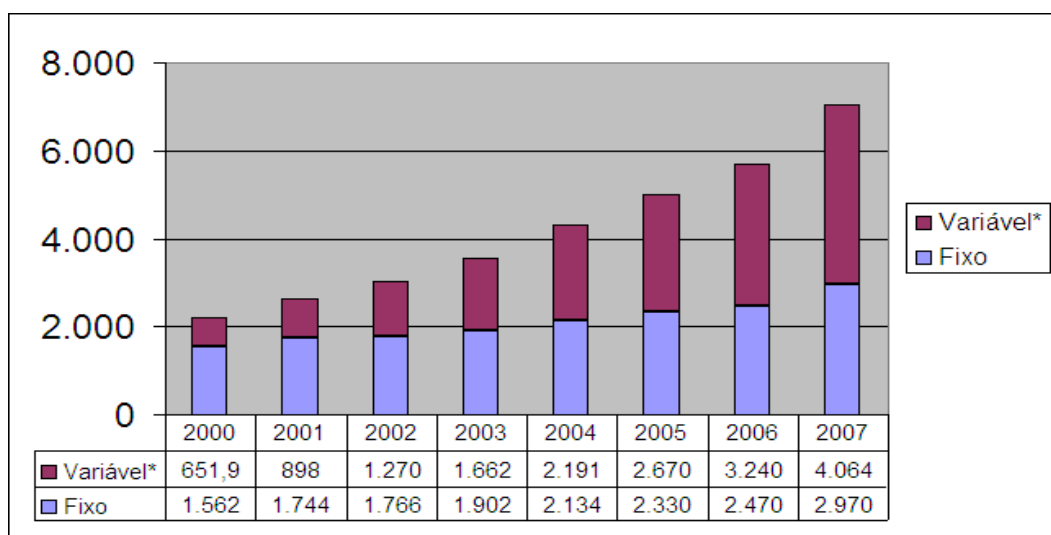
Quanto a essa lógica de financiamento da ESF, Mendes (2002a) afirma que é uma...

política pouco inteligente, porque as deficiências qualitativas da APS vão implicar internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial e, até mesmo, na alimentação de uma parte significativa de procedimentos de alto custo que podem ser evitados por uma atenção primária eficaz, como parte das diálises renais e dos transplantes. Ou seja, manter a APS [subfinanciada] é política suicida porque equivale a uma política de enxugar gelo.

Como vemos, Mendes apresenta uma realidade da ESF, em que as sobras do financiamento do setor saúde, após cobrirem os gastos com hospitais, exames especializados e medicamentos de alto custo, são destinadas à APS.

O financiamento da APS no Brasil, segundo dados do MS, evoluiu de R\$ 1,55 bilhões (valores nominais), em 1996, para R\$ 5,163 bilhões, em 2000 (BRASIL, 2002a), e de 2000 a 2002 houve um incremento de 46% dos recursos. No ano de 2005, a ESF teve um investimento de R\$ 2.679,27 milhões (BRASIL, jan. 2007a). A Figura 17 apresenta a evolução do financiamento da APS no Brasil de 2000-2007.

Figura 17 Evolução dos Recursos Financeiros da Atenção Básica, Brasil - 2000 – 2006.



Fonte: Fundo Nacional de Saúde *apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em www.saude.gov.br/dab. Acessado 8 jan. 2007a.

*A fração Variável é composta pelo PACS; PSF e ESB.

O Gráfico 17 mostra uma evolução significativa do PAB Variável e uma evolução lenta e limitada do PAB fixo. O MS (BRASIL, 2006n) por meio da Portaria Nº 650, de 28 de março de 2006 reviu os valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e PACS, instituídos pela Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006, referente à Política Nacional de Atenção Básica. Os valores atualizados são aqui destacados:

1) O valor mínimo *per capita* do PAB fixo corresponde a R\$ 13,00/habitante por ano, prevalecendo o maior valor per capita do PAB fixo nos

municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto.

2) Criou duas modalidades de Incentivo Financeiro para as Equipes de Saúde da Família - a Modalidade 1 – equipes atendem a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos – é de R\$ 8.100,00 a cada mês/equipe. A Modalidade 2 é de R\$ 5.400,00 a cada mês/equipe.

3) O Incentivo Financeiro para os ACS é de R\$ 350,00/mês/ACS, sendo repassada no último trimestre de cada ano, uma parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no Sistema de Informação de Atenção Básica-SIAB no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo.

4) Incentivo Financeiros das Equipes de Saúde Bucal-ESB na Modalidade 1 é de R\$ 1.700,00/mês/equipe; e para a Modalidade 2 serão transferidos R\$ 2.200,00/mês/equipe. As ESB que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, fazem jus a 50% a mais sobre os valores transferidos referentes as ESB implantadas.

Conforme o MS, ao se admitir a ESF como uma proposta substitutiva das práticas tradicionais, “[...] é importante que esta lógica também se incorpore no campo do financiamento [...]. Não se pode conceber a ESF como dependente de recursos paralelos, mas sim como uma prática que racionaliza a utilização dos recursos existentes, com capacidade de potencialização de resultados” (BRASIL, 1997b, p. 34). O MS aponta ainda, como um dos principais desafios institucionais da ESF a necessidade de “[...] definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção [...]” (BRASIL, 2005f, s/p.).

4.3.5 Estratégia Saúde da Família: estratégia de organização comunitária.

[...] é o trabalho que visa não só o bem-estar físico, da comunidade da sua responsabilidade, mas também o envolvimento social, político (Maria do Bom Parto).

[...] se preocupa, principalmente, na prevenção de doenças e na promoção da saúde, e com o trabalho coletivo [...], puxando a comunidade para participar dessas ações, junto com a escola, a igreja, associação comunitária e toda a equipe de PSF (Jesus).

Os gerentes Maria do Bom Parto e Jesus, em suas falas, concebem a ESF como uma política de saúde que se baseia na responsabilidade social, na autonomia das famílias, dos sujeitos e das comunidades, envolvendo o trabalho comunitário, com redes e aparelhos sociais existentes no território, por meio da participação popular/social.

O MS aponta dentre muitas atribuições das equipes no território da ESF, a de a mesma contribuir com a organização comunitária para o exercício do controle social das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2005f).

A equipe da ESF deve buscar a comunidade para participar ativamente, seja no desenvolvimento do autocuidado, seja na realização de cuidados de outros membros da comunidade ou do próprio território. Para que esse projeto terapêutico coletivo, entre equipe e comunidade, estabeleça-se de maneira efetiva e amistosa, uma das estratégias gerenciais que podem ser pactuadas e utilizadas para mediação das relações são os contratos comunitários. Os contratos comunitários contribuem com o desenvolvimento do gerenciamento local e poderão favorecer a...

interação precoce entre equipe e comunidade, ajudando a estabelecer canais eficientes de comunicação, permitindo aos técnicos conhecer as expectativas da população e tornarem-se conhecidos entre os líderes e usuários locais. Assim, o momento de negociação inicial pode desencadear a participação dos usuários nos serviços de saúde, e os momentos de renegociação podem auxiliar a inserção da equipe na comunidade. Esse processo deve aumentar a eficiência das ações da equipe e garantir a viabilidade do modelo a ser implementado. [...] Essa opção pressupõe alguns pré-requisitos, como uma equipe de saúde e uma instituição competentes e sensibilizadas, capazes de abdicar do seu poder tecnocrático e de partir em busca de uma redefinição conceitual permanente das estratégias e metodologias de ação (TAKEDA, 2005, p. 86).

A ESF e a comunidade, a partir de um acolhimento recíproco, passam a se organizar coletivamente, comunitariamente, com base em contratos comunitários, em busca da melhoria da qualidade de vida local e promoção ecológica do território. Tal organização tem propiciado, em muitos territórios, um maior controle social e, conseqüente, desenvolvimento local, com a criação de associações comunitárias, mais espaços de trabalho, e aumento da sustentabilidade no território. A equipe e comunidade se apoderam dos problemas comunitários, sejam eles de origem sanitária, social, cultural ou econômica e buscam resolução coletiva, na perspectiva de um cuidado coletivo para com a própria comunidade ou território.

4.3.6 Estratégia Saúde da Família: cuidado de famílias, sujeitos, grupos sociais e comunidade.

[...] vejo como uma área, que a gente assume as famílias para gente, dentro dela vê tudo, os programas [...], e procura acompanhar, a resolver os hipertensos, os diabéticos, as gestantes, crianças, enfim aquilo ali é uma coisa que é nossa [da equipe] e a gente tem que tá cobrindo, dando assistência [...] (Maria de Lourdes).

Uma proposta de assistência importante, inovadora, que contempla a assistência à família [...] O que ela propõe, ainda está distante de alcançar, por que falta profissionais, condições para o trabalho, estruturar a equipe [...] (Maria do Perpetuo Socorro).

É fugir do panorama que tinha antigamente, em que a pessoa era tratada como objeto e não como pessoa. Depois da ESF a pessoa é bem recebida na unidade, não é humilhada, se sente mais livre para contar seus problemas, suas queixas, conversar. A saúde deu um salto de qualidade muito grande. Antes da estratégia as pessoas chegavam de madrugada na fila para pegar uma ficha e hoje não [...] (Maria das Dores).

É o programa voltado para atender as famílias, as pessoas. Para mim ela é muito invasora, a gente invade a privacidade das pessoas. Mas tem o lado positivo e negativo; o positivo é que a pessoa que a gente aborda, às vezes ela não segue o que a gente orienta, por problema cultural; mesmo assim a gente chega a contribuir. O negativo é que uma mãe não quer levar a criança para consulta, mas eu digo: você vai levar senão eu vou pro SOS Criança (Maria do Rosário).

É fazer parte da comunidade e conhecer junto com ela, as dificuldades, os problemas de saúde, a gente se torna um amigo, um confidente [...], acaba fazendo parte da vida deles [...]. Veio na hora certa. A gente ver como as pessoas estão passando, o modo de vida delas, a cultura delas [...] (Maria Estrela do Mar).

É uma estratégia modelo na teoria em si. Precisa alcançar seus objetivos, deixar as pessoas mais autônomas [...] (Maria de Nazaré).

[...] veio para aproximar mais o profissional de saúde às famílias e assim, poder prestar uma assistência na perspectiva promoção, prevenção e tratamento mais eficaz (Maria dos Navegantes).

É a estratégia em que uma equipe é responsável por um número de famílias, por tudo o que acontecer com essas famílias [...] (Maria do Verdo Encarnado).

[...] atuar dentro de uma família, vendo ela como um ser holístico, que aquele ser vai depender da sua saúde de todos os fatores que envolvem os fatores que envolvem

as questões sócio-econômico e cultural dentro daquela família [...] (Maria dos Remédios).

Para os gerentes, a ESF se baseia no cuidado familiar integral, holístico, com base no respeito e na responsabilização do cliente, com estímulo à autonomia, incentivado o autocuidado. É a estratégia que necessita reconhecer as necessidades e os problemas das famílias e os estilos de vida dos sujeitos. Tem, ainda, a responsabilidade junto ao autocuidado negligenciado.

O MS aponta dentre muitas atribuições da equipe na ESF, a necessidade de estabelecimento de vínculo com compromisso e co-responsabilização com as famílias, sujeitos e comunidades durante o processo de cuidar (BRASIL, 2005f). segundo o MS, a “[...] responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS” (BRASIL, 2005f, s/p.).

O cuidado na ESF tem que ser o alicerce da atenção, não o cuidado numa perspectiva de efetivar uma consulta, uma visita domiciliar, como simples tarefa de execução de uma técnica/procedimento, mas numa perspectiva mais ampla, o cuidado integral. Para isso, é necessário que sejam vistos todos os aspectos biopsicosociais dos sujeitos, de suas famílias e comunidades, e que se permitam, equipe e clientela, a construção de relações de cuidado, de vínculo¹²⁵ real, e um apoderamento mútuo dos problemas e das necessidades de saúde da comunidade. Espera-se ainda que, também, sejam criadas possibilidades para a clientela – individual e coletiva – desenvolver o autocuidado, como base na promoção da saúde individual, coletiva e comunitária.

Matumoto (2003 *apud* MATUMOTO *et al.*, 2005, p. 11) afirma que a ação centrada na lógica da produção do cuidado baseia-se no “trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário”. Quanto as relações de cuidado, Waldow (2004, p. 133) as considera como aquelas

[...] que se distinguem pela expressão de comportamentos de cuidar, que as pessoas compartilham tais como confiança, respeito, consideração, interesse, atenção, entre outros [...]. Em um ambiente de cuidado, as pessoas sentem-se bem, reconhecidas e aceitas como são; conseguem

¹²⁵ De acordo com Franco e Merhy (2006) o “vínculo baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado” (p. 84). “O vínculo tem sido usado como um modo de organizar a relação entre equipes assistenciais e sua população usuária” (p. 97).

umas com as outras no sentido de atualizar informações, fornecendo e trocando ideais, oferecendo apoio e ajuda e se responsabilizando e comprometendo com a manutenção desse clima de cuidado.

O cuidado tem sido o elo da preservação da espécie humana. A história da humanidade registra que as mães desde a pré-história desenvolviam ações de cuidado para com seus filhos. Muitas profissões, principalmente, a Enfermagem, tem como base de seu trabalho com os sujeitos e as famílias, a arte e a ciência do cuidado.

Quanto à prática do cuidar de famílias no setor saúde, Cortez e Tocantins (2006) afirmam que a mesma não é uma inovação oriunda com a institucionalização da ESF, mas sim, da **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde** de 1978, em que definiu a atenção no primeiro nível deveria centrar-se no cuidado de famílias, sujeitos e comunidades.

Seclen-Palacin (2004, p. 17) afirma que o enfoque familiar nos sistemas de serviços de saúde apresenta uma...

característica diferente do modelo hegemônico de atenção à saúde, não se baseia unicamente na cura da doença do indivíduo, pelo contrário, dá ênfase substantiva às ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças; essas ações não se centram exclusivamente no serviço de atendimento primário, mas estendem-se ao meio social e familiar. Este enfoque considera a família como o 'nicho ideal' do planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção.

No que concerne ao cuidado sanitário com as famílias, Elsen (1994 *apud* MARTIN; ANGELO, 1998, p. 46) afirma que o mesmo “continua permeado por incertezas, apesar da família ter sido sempre considerada como cliente da enfermagem [...]”. Segundo a autora, “[...] faltam instrumentos precisos para abordar a família e a própria definição de saúde da família, ainda não é tida como um consenso”.

Segundo Rosa e Labate (2005, p. 1031) o surgimento da ESF na década de 1990 com o apoio institucional do MS, “[...] reflete a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras”. A prioridade da família como foco da atenção, segundo Silveira Filho (2005, p. 16) se dá por que:

(1) os reais objetos da atenção à saúde da ESF se orientam pela Promoção da Saúde. Promover saúde em um campo multidisciplinar e multissetorial, no qual a família desempenha papel fundamental para a construção de hábitos saudáveis; (2) a nossa sociedade é organizada mantendo como célula central a família, compreendendo toda a complexidade e diversidade em que as famílias contemporâneas se constituem. O núcleo familiar funciona como tradutor de toda uma dinâmica social, microrreproduzindo

conflitos, dificuldades, necessidades e outras questões que afetam o equilíbrio do processo saúde e doença; (3) o restabelecimento da saúde e sua manutenção se dão por meio do cuidado e a família é prioritariamente provedora de cuidados.

O cuidar, para Boff (1999, p. 33), “[...] é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.” Boff (2005, p. 7) reforça ainda que o “cuidado é o condicionador prévio de toda prática humana e, por esta razão, pertence à própria essência do humano”.

Coelho (2006, p. 747) classifica o cuidar em diversas categorias, dentre estas tem o cuidar social que é por ela definido como:

[...] a relação entre o profissional de saúde e os usuários e as dimensões humanas e (bio)éticas. É o cuidar pautado na preocupação com o sofrimento humano, a exclusão dos grupos principalmente, os mais pobres, que gera o esgaçamento do tecido social no que diz respeito ao atendimento de saúde [...].

Quanto ao cuidado na ESF, Cortez e Tocantins (2006, p. 801) compreende...

como algo maior do que apenas a execução de algum procedimento ou técnicas junto aos usuários dos serviços de saúde e sim um cuidar profissional que envolve interação, baseado em valores, em educação participativa e conhecimento tanto de quem cuida como de quem é cuidado.

Para as autoras, a “responsabilidade de cuidar de famílias de forma universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva, faz do PSF o caminho de ‘completar’ a Reforma Sanitária, no que tange ao desenho e à operacionalização de um novo modelo de atenção à saúde” (CORTEZ e TOCANTINS, 2006, p. 802).

Segundo Mano (*et al.*, 2007, s/p.)...

o desenvolvimento de políticas de cuidado à saúde no âmbito familiar e comunitário tem ajudado a romper barreiras do modelo biologicista e avançado na perspectiva inovadora da implementação de ações para consolidar um novo modelo de atenção à saúde, contribuindo, desta forma, na formação do profissional necessário a esse modelo.

Quanto a gestão do cuidado em saúde, Merhy (2007c, p. 8) afirma que a mesma deve está centrada nas necessidades do usuário e não em procedimentos.

Por isso, segundo autor não há como deixar de intervir no campo da gestão, com a finalidade de:

- a) produzir o cuidado em saúde de modo centrado no usuário – que mobiliza estrategicamente o território das tecnologias leves e leveduras - sem jogar fora a utilização dos processos de produção de procedimentos - mobilizador de tecnologias duras e leveduras e, em regra, centrada no profissional;
- b) produzir o cuidado em saúde, que está sempre inscrito em uma dimensão pública de jogos de interesses e representações, sem eliminar o exercício privado das produções intercessoras, base de constituição de qualquer ato de saúde, mas tomando o território particular do usuário como eixo de “publicização” dos outros;
- c) atuar em ambientes organizacionais, assentados em muitos grupos de interesses, pactuando o do usuário como se fosse de todos, em modos coletivos de expressão das várias intencionalidades.

Para Merhy (2006, p. 23), a principal finalidade das ações de saúde é a produção de atos de cuidar, “[...] procurando mostrar como isso é marcador dos territórios que delimitam o conjunto de processos de trabalho em saúde e sua micropolítica, e dos distintos modos tecnológicos de operar os atos produtivos deste campo de práticas”.

Quanto à promoção do cuidado à saúde, Silva Júnior (*et al.*, 2005, p. 34) afirmam que o mesmo depende do...

acesso à informação, de direitos sociais, da organização da vida em coletivos e da decisão política de praticar os princípios que caracterizam uma sociedade democrática, como a equidade, a solidariedade, o respeito aos direitos e a justiça social, definindo ações que objetivem a modificação dos determinantes e dos condicionantes da saúde nos ambientes de moradia, vida e trabalho.

Silva Júnior (*et al.*, 2005, p. 34) propõem ainda, a construção de uma malha de cuidados interruptos, a partir da APS, com o intuito/desafio de responder ao princípio da integralidade. E, assim, há a “[...] perspectiva da rede de atenção integral – e da malha de cuidados progressivos ininterruptos – é a heterogênesse, ou seja, produção de novidade/diferença/ inovação pelo confronto/contato/afecção de/por novidades/estranhamentos/singularizações”. Para tanto, o cuidado é o “processo central do Ser em saúde, também é coletivo, cultural e social” (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2005, p. 52).

No que concerne ao cuidado com famílias e comunidades na ESF, Andrade (*et al.*, 2004) afirmam que esta prática é essencial para se alcançar a efetivação do princípio da integralidade, fato que implica a necessidade dos

trabalhadores das equipes de saúde da família terem que aprender a desenvolver essa nova modalidade de cuidados, já que os mesmos foram formados para desenvolverem cuidados individuais.

A gerente Maria do Rosário alerta para a possibilidade do cuidado na ESF está sendo invasor:

um paciente com tuberculose, a gente vai lá fazer a dose diária, o homem não quer, mas a gente obriga ele a fazer uma coisa que ele não quer. Chega a ser uma agressão para essas pessoas. [...] eu sei da importância [...] mas é invasivo.

O que essa gerente apresenta, demonstra a fragilidade do cuidado. O cuidado deve ser afetivo, humanitário, responsável, integral, em que os sujeitos sintam-se pertencidos pela atenção da equipe. Segundo Waldow (2005, p. 11), as “pessoas, sentindo-se cuidadas, terão mais probabilidade de expressarem cuidado”. Vasconcelos (2004, p. 4) afirma que é “[...] cada vez mais evidente como que, na reorientação dos cuidados de saúde, a presença, o olhar e o afeto dos agentes de saúde são muito mais importantes do que a dimensão racional e lógica da palavra [...]”.

A fala dessa gerente remete ao seguinte questionamento: Como os sujeitos podem estabelecer o autocuidado e sentirem-se plenamente cuidados pela equipe de saúde? Na ESF, o cuidado tem que se manifestar de várias maneiras, da equipe de saúde para com as famílias, sujeitos e comunidades, da equipe para com a equipe, da equipe e da comunidade para com o território e com a fauna e a flora nele existente, com os processos sociais e culturas históricas ali instituídas, sempre numa perspectiva de preservação, de cuidado ecológico.

4.4 Gestão Participativa nos Territórios da Estratégia Saúde da Família.

[...] é o que nós temos hoje. Onde a gente ao invés de tá ditando algumas coisas na atuação como gerente hoje nós estamos coletivamente construindo as respostas, para as situações problema. Então, com isso, os funcionários se sentem mais participativos, com liberdade [...] e precisam saber usar essa liberdade para não ser preciso usar um outro tipo de gestão (Maria dos Remédios).

É a gestão com a participação tanto dos outros profissionais da unidade, como da comunidade (Maria do Bom Parto).

É a gente poder tá dando opinião, no que acha necessário na gestão, no dia a dia da gente para facilitar a vida como gerente, para planejar a unidade de saúde, tendo poder de tá participando [...] (Maria de Lourdes).

Quando todas as pessoas que trabalham, se envolvem em todo serviço, onde tem um trabalho interdisciplinar [...] (Maria da Assunção).

[...] é uma forma democrática [...] (Maria Aparecida).

Gerenciar algo de forma democrática, em que todos podem dar sua participação. O controle social do SUS não deixa de ser exemplo de gestão participativa [...] (Maria do Bom Conselho).

[...] gerenciar [...] articulando com outros setores (Maria dos Navegantes).

A comunidade, os usuários e os próprios profissionais de saúde participar do planejamento do município, da comunidade [...]. Participar do orçamento participativo [...], para conseguir melhorias para a comunidade (Maria Auxiliadora).

[...] prestação de contas, dos gastos. Planejamento em conjunto com a população [...], em que ela escolhe junto com os governantes, [...] o que vai ser construído (Maria Imaculada).

[...] é o gerenciamento de recursos humanos, dos agravos da saúde, das áreas de risco, em parceria com a Secretaria da Saúde do Município, com as redes sociais [...], com outras secretarias (Maria do Verdo Encarnado).

[...] O gestor não resolve os problemas só, [...] mas com a participação de todos [...] (Maria de Fátima).

[...] é uma forma de conscientização (Maria da Conceição).

Oportunidade de tá participando, dando idéias, contribuindo com o processo de construção [...] de forma participativa [...] (Maria do Rosário).

Apoderamento da própria comunidade, da equipe, de está participando do gerenciamento no território, da área (Maria de Nazaré).

É aquela em que todos profissionais e comunidade participam da gestão dos recursos de saúde, social, de desenvolvimento urbano [...] (José).

Os gerentes concebem a gestão participativa como uma prática democrática de gerenciar, em que todos os agentes, sujeitos, famílias, comunidades, sujeitos e grupos de risco ou em situação de vulnerabilidade, trabalhadores de saúde, gestores, organismos sociais, por meio da participação popular/social desenvolvem o exercício da democracia, através do planejamento de ações interdisciplinares e serviços de saúde no território sanitário, ou ações comunitárias que venham a influir na promoção da saúde no território, com o intuito fim de resolver os problemas de saúde local e suprir as necessidades de saúde dos usuários.

A gestão participativa, ainda segundo os gerentes busca apoderar os usuários do sistema de saúde de um sentimento de pertencimento, de co-responsabilidade e de co-gestão do território sanitário com a equipe de saúde.

A gestão participativa segundo Lück (2006, p. 4) caracteriza-se, por ser uma

administração profundamente democrática¹²⁶, permitindo aos membros de toda organização manifestar suas opiniões em relação aos caminhos a serem seguidos. [...] Este estilo de administração prioriza a tomada de decisões por consenso, procurando contemplar todas as opiniões e pontos de vista dos integrantes de uma equipe de trabalho. Para isto, estimula a exposição constante de razões, argumentos, críticas, sugestões e idéias por parte de todos os membros, inclusive dos mais introvertidos. Esta proposta busca um permanente envolvimento mental e emocional, apontando para a motivação e a assunção de maiores responsabilidades por parte dos integrantes do grupo. Pressupõe ampla liberdade de ação e pensamento, tanto nos relacionamentos humanos dentro do local de trabalho, quanto na forma de levar a cabo as diversas tarefas.

Para o Ministério da Saúde a gestão participativa (BRASIL, 2006??, p. 30)

[...] é a participação ativa da sociedade na formulação, implantação e avaliação da política de saúde, ampliação de espaços públicos e coletivos sociais para o exercício do dialogo entre gestores do SUS e a população, negociação e pactuação entre as três esferas de governo e aprimoramento do controle social, além de permitir a construção de uma cultura de participação democrática na gestão de ações, serviços, redes e sistemas de saúde. Um estimulante desafio para a construção do SUS.

A gestão participativa de acordo com a Política Nacional de Humanização é o modelo de gestão “centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva

¹²⁶ Voltaire na obra **Dicionário Filosófico** no verbete da democracia refere-se aos governos populares como menos iníquos e abomináveis que o poder tirânico. Sales (2003, p. 80) afirma que a democracia “[...] diz respeito ao compartilhamento real, ou exercício real de poder realizado pelos diferentes grupos sociais”.

(planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente” (BRASIL, 2004e, p. 7).

O princípio básico da administração participativa segundo Masiero (1996, p. 111) é “[...] valorizar e respeitar o trabalhador enquanto ser humano, como fundamental para a condução dos negócios, e não simplesmente um componente da estrutura produtiva como uma máquina qualquer”. A gestão participativa para Souto (2006, p. 21) é uma “[...] construção social que supera o poder tradicional, baseado em relações em que um manda e o outro obedece. É a afirmação de outro conceito de poder compartilhado de organização da sociedade sustentada em valores dos direitos do cidadão [...]”. De acordo com Rocha (2003 *apud* MISOCZKY, 2003, p. 337) a gestão participativa é a...

orquestração de um conjunto de políticas construídas em parceria com a sociedade. Participativa porque permite a construção de ações planejadas por executores e usuários; porque trabalha com recuos e avanços decididos pelos próprios protagonistas do processo; por proporcionar aos envolvidos o exercício da aprendizagem; por entender que a responsabilidade para se solidária deve ser, primeiramente, assimilada, compreendida, internalizada. Gestão participativa porque busca a eficiência e a eficácia com a devida efetividade, por meio da construção coletiva de todos os envolvidos.

Campos (2000, p. 142) concebe a gestão participativa como um “[...] sistema de cogestão em que coubessem vários tipos de arranjos institucionais, ou várias modalidades de espaços coletivos, ou seja, várias rodas de análise e cogestão. Isto tanto em instituições como em organizações, quanto em movimentos sociais”.

A co-gestão conforme o MS (BRASIL, 2004e, p. 6) é uma prática administrativa que “[...] inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores”.

A gestão participativa em saúde é uma prática de gestão democrática, em que todos os agentes – gestores, trabalhadores de saúde, famílias, sujeitos e comunidades, e mesmo as instituições formadoras de saúde – de um determinado território sanitário, utilizando-se dos princípios da participação popular com controle social e da equidade, organizam-se para definir os caminhos a serem trilhados no território, a partir de um sistema de consensos que contemple as opiniões e os

interesses da coletividade, na tentativa de resolver os problemas/necessidades de saúde e planejar um futuro com vistas à qualidade de vida, numa perspectiva ecológica e o desenvolvimento e exercício coletivo da cidadania integral.

A terminologia gestão participativa às vezes é utilizada como sinônima da democracia participativa. Quanto ao uso destas expressões “gestão participativa” e “democracia participativa”, Lück (2006, p. 27) assevera que há certa redundância necessária em utilizá-las como sinônimos, sendo, no entanto, útil para reforçar uma das dimensões mais importantes da gestão. Até porque diz ser comum o uso também das expressões “administração colegiada”, ou ainda, “gestão compartilhada”, “destacando-se, no entanto, que com estes dois enfoques, a gestão participativa reduz a participação a um colegiado ou a um grupo reduzido de pessoas como representantes da coletividade”.

É importante registrarmos, que no Brasil, com a abertura política em meados da década de 1980, após anos de ditadura militar, em que as manifestações de participação social e política eram limitadas e coibidas, os mais variados segmentos conjunturais – governamentais ou não – deram início à busca de um método de gestão que concebesse as vontades dos mais diversos agentes. Nesse processo, a gestão participativa se apresenta como um farol para os organismos governamentais e sociedade civil, sendo a mesma, às vezes cerceadas por conta dos resíduos do autoritarismo militar, que ainda encontravam-se impregnado no pensamento político brasileiro.

Na Assembléia Constituinte, durante a construção da Carta Magna de 1988, a República se abriu à participação social, para a ausculta cidadã, com o intuito de congregiar vontades e prioridades sociais, desejos corporativos, necessidades estruturais e de caráter educacional, sanitário, previdenciário, trabalhista, habitacional, étnico, de gênero, de segurança pública, dentre outros. Dá-se início, aparentemente, ao modelo de democracia participativa, mesmo com o processo lento e gradual da abertura política.

Dos setores que mais avançaram com a participação social, a saúde apresentou-se com a vanguarda no modelo de gestão, pois a mesma surge como princípio e diretriz do SUS. A participação social na gestão do SUS, desenvolve-se com a Lei complementar – Lei Nº 8.142/1990 – a LOS, com a criação de instâncias colegiadas de controle social – a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde –

além da influência de diversos agentes do movimento sanitário, que vão desde teóricos a pessoas dos movimentos populares de base.

A Democracia Participativa segundo Sampaio e Vasconcelos Filho (2006, p. 37) é um...

modelo em expansão e defendido, no caso do Brasil, pelo SUS, caracteriza-se, sobre modelo anterior, pela extensão do processo eleitoral – diretor de hospital, diretor de escola, p. ex. –, pela não profissionalização do agente político – diferentemente de vereador, do deputado, do senador dentre outros, que não são remunerados, com poder de auto-definir esta remuneração, estes novos agentes políticos exercem trabalho voluntário – e pela multiplicação de instâncias colegiadas e de decisão, simultaneamente consultivas e deliberativas, verdadeiras instancias de controle social.

A Reforma Sanitária, segundo Bravo (*et al.*, 2006a, p. 13) propôs uma “[...] nova forma de relacionamento entre Estado e sociedade civil, investindo na participação de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, por meio dos conselhos e conferências de saúde [...]”.

Segundo Costa e Noronha (2003), do processo de construção do SUS emergiu a necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde e desenvolvimento de um novo. Entretanto na visão dos autores, tal mudança só será possível no espaço institucional se ocorrer o aperfeiçoamento da prática da gestão participativa, entendendo-se que esta buscará uma maior valorização dos trabalhadores de saúde; o redimensionamento da organização dos serviços, no sentido de atender as necessidades dos sujeitos; e, no pano de fundo, a mudança subjetiva, que é a tentativa de construção de sujeitos, empoderados de seus papéis de agentes sociais e políticos.

Contudo, Assis (2003) refere que a proposta da gestão participativa...

é construir as possibilidades de co-gestão coletiva, de modo que as certezas ou incertezas se tornem instrumentos de criatividade no agir cotidiano. Implica inserir no jogo a visão acerca da mudança e o compromisso dos sujeitos participantes – gestores, trabalhadores e usuários – que planejam, articulam e integram um futuro desejado.

Álvares (2006, p. 3), ao referir a perspectiva da gestão participativa na organização do SUS Nacional, afirma que o MS em sua estrutura apresenta a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa que tem como competências a formulação e implementação da política de gestão democrática e participativa do SUS; o fortalecimento da “participação popular e os mecanismos de controle social em todas as suas esferas, bem como articular as ações do MS relacionadas aos

condicionantes e determinantes da saúde, à promoção da ética, da equidade e da mobilização social”.

É bem verdade, que a participação popular e social na construção do SUS tem sido uma marca registrada e um marco histórico e político, pois, segundo o MS (BRASIL, 1998c, p. 11), tal participação é uma “forma de controle social que possibilita a população, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúde”. O processo de democratização do SUS, segundo Souto (2006, p. 21), deverá ser permeado pela “[...] gestão estratégica enquanto componente estratégico a influir e interagir com outros fundamentos do processo de democratização, como a descentralização, a regionalização e mudança de cultura de gestão”.

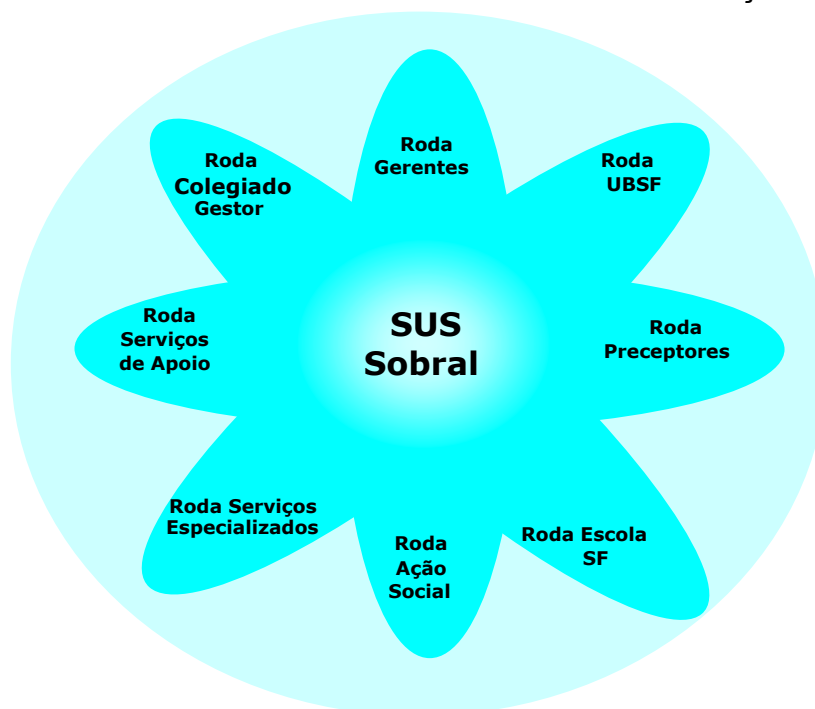
Costa e Noronha (2003, p. 359) afirmam que

o princípio de participação social se associa fortemente ao de descentralização pelo fato de aproximação territorial entre usuários e gestores. No entanto, vícios de cultura política podem constituir-se em fatores negativos na concretização das práticas democráticas e do respeito aos princípios da Democracia que perseguimos. O combate ao clientelismo requer a construção de instituições que garantam a capacidade de fortalecimento do governo agregada à capacidade de controle dos cidadãos sobre as ações.

Em Sobral, há quase uma década, os agentes sociais do setor saúde vêm sendo estimulados a exercerem a gestão participativa nos territórios da ESF e, em outros espaços de atuação e influência sanitária. O principal *locus* institucional da gestão participativa são as rodas de co-gestão, que ocorrem na alta, média e baixa gerência – Conselho Gestor, Roda de Gerentes e as Rodas dos territórios da ESF –.

Andrade (*et al.*, 2004) afirmam que a gestão do Sistema Municipal de saúde de Sobral está ancorada em três *locus* de gestão participativa: o Conselho Municipal de Saúde, os Conselhos Locais de Saúde e nos Conselhos Gestores, conforme mostrado na Figura 18.

Figura 18 Estrutura da Co-gestão de Coletivos na Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde de Sobral: identidades e relações¹²⁷.



Fonte: PAGANI, R. **A experiência, a vivência e os resultados do modelo de Co-Gestão de Coletivo no Sistema Municipal de Saúde, em Sobral/CE.** Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. (mimeo). s/p.

O CMS de Sobral é constituído por 24 membros titulares e igual número de suplentes, obedecendo o aponta a Lei Nº 8.142/1990.

A roda do Conselho Gestor do sistema municipal ocorre as terças-feiras, com o núcleo gestor da Secretaria da Saúde e Coordenações Setoriais – Secretário e Secretário Adjunto da Saúde, direção da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Coordenadores da Atenção à Saúde, do Fundo Municipal de Saúde, de Compras e Almoxarifado, de Avaliação e Auditoria, da Central de Abastecimento Farmacêutico, de Vigilância à Saúde dentre outros –, espaço em que são formuladas, aprovadas e avaliadas as macropolíticas de saúde

¹²⁷ “**Roda dos Preceptores de Território:** espaço de discussão e problematização do seu processo de trabalho e de questões pedagógicas, administrativas, terapêuticas e políticas da atuação [...]. **Roda da Escola de Formação em Saúde da Família:** participam todos os funcionários da Escola. Discussões sobre os temas, demandados e ofertados pelo grupo, dentre outros [...]. **Roda de Serviços de Apoio e de Serviços Especializados:** pontos de fragilidade atualmente, pela dificuldade de organizar o seu funcionamento de forma sistemática, através das rodas. Pretende-se que todos os serviços de apoio e especializados possam se organizar de forma a pensar permanente sobre o processo de trabalho e a relação com o todo do Sistema [...]. **Roda da Ação Social:** participam todos os coordenadores dos serviços ligados à Fundação de Ação Social” (PAGANI, 2004, p. 5).

do município; onde também, o gestor municipal da saúde se inteira de todos os processos administrativos e delega tarefas.

Segundo Assis (2003, p. 68) o Conselho Gestor, criado em 31 de julho de 2001, caracteriza-se como um “[...] espaço de deliberação e apoio administrativo ao secretário de saúde com macroatuação em todas as áreas, trabalhando intersetorialmente com as demais áreas ligadas à saúde”. Conforme a autora, o Conselho, “[...] estrategicamente foi pensado em sua criação para democratizar e descentralizar ações e decisões antes somente centralizadas no gestor da secretaria. De fato, não seria possível pensar a co-gestão sem uma instância de deliberação descentralizada tanto em decisões quanto em discussões e ações”.

Às quartas-feiras ocorrem as rodas da Coordenação da ESF com os gerentes de território da ESF – Roda de Gerentes –, em que são pactuadas as ações a serem desenvolvidas nos territórios, principalmente, aquelas que foram deliberadas no Conselho Gestor, além de avaliar indicadores, realizar planejamento anual, programar ações intersetoriais dentre outros.

Quanto a essas competências de gestão da Roda de Gerentes, Campos (2000, p. 142) afirma que a “[...] democracia institucional não anula a existência de [contrapoderes]. A co-gestão não prescinde de instâncias que pressionem as equipes de trabalho, obrigando-as a escutar e a dialogar com outros sujeitos, [...] pressões e exigências oriundas da gerência, de outras unidades de produção ou mesmo de usuários podem funcionar como poderoso antídoto contra o corporativismo, a burocratização ou o fechamento em departamentos”.

Às quintas-feiras ocorrem as rodas em todos os territórios da ESF. Na Roda dos Territórios participam todos os trabalhadores de saúde do mesmo – gerente, enfermeiros, médicos, cirurgiões dentistas, ACS, auxiliares de enfermagem, de consultório dentário, administrativo e de serviços gerais, vigilantes, atendente de farmácia, residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e os da Residência de Medicina de Família e Comunidade, além de preceptores de território dentre outros –. Não é muito comum a participação dos agentes de endemias nas rodas. A presença dos mesmos se dá basicamente, quando os índices de infestação predial do *Aedes aegypti*, estão acima das metas desejadas ou estão incidindo casos de dengue. No território, a participação de membros da comunidade somente ocorre quando a equipe tem a necessidade de deliberar determinadas situações

com o apoio dos mesmos. Como todos os territórios devem estar com seus Conselhos Locais de Saúde em pleno funcionamento, subentende-se que a participação da comunidade se dá com mais efetividade neste *locus*.

A roda, a partir da pactuação interna das equipes da ESF tem um grupo de coordenação que é responsável pela pauta, informes e organização da mesma, e tem um grupo de animação, que é responsável pela realização de atividades lúdicas, a exemplo de dinâmicas, para animar o momento.

De acordo com Andrade (*et al.*, 2004, p. 13)...

cada unidade de saúde tem uma roda, que reúne, no mínimo mensalmente e, em alguns casos, semanalmente, seus trabalhadores e sua gerência. As decisões sobre os problemas cuja governabilidade está na ESF são tomadas na roda da própria unidade de saúde, as demais, são encaminhadas para o Conselho Gestor, que si constitui na roda que congrega todos os coordenadores [...].

O Método da Roda segundo Campos (2000, p. 60)...

propõe-se a realizar uma costura entre uma perspectiva crítica (anti-Taylor) e outra de reconstrução dos modos de fazer política, gestão e construção de sujeitos. Cruzar este percurso saltando entre conceitos que funcionassem à moda de pedras e que permitissem meter-se em um rio de águas geladas e revoltas sem afogar-se na aventura. [...] o Método da Roda filia-se, [...], às escolas filosóficas que sustentam a existência de relação dialética entre o Pensar e o Agir, entre o Homem e o mundo, e entre os próprios homens. Criador e criatura embolados, todo o tempo. Um ente produzindo o outro e sendo produzido por este mesmo outro e por outros entes que por sua vez [...] Co-produção [...]. Propõe a construção de arranjos voltados centralmente para ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores. Construir uma nova dialética entre autonomia e controle social nos Coletivos Organizados para a Produção, essa é a tarefa, esse é o desafio. Em certa medida, inventar um sistema de gestão participativa, um sistema de co-gestão em que coubessem vários tipos de arranjos institucionais, ou várias modalidades de espaços coletivos, ou seja, várias rodas de análise e de co-gestão. Isso tanto em instituições, como em organizações, quanto em movimentos sociais (CAMPOS, 2000, p. 142).

Para Campos (2000), a Roda deve ser ter um papel administrativo – por constituir-se em espaço de gestão democrática, em que as ações e a organização do processo de trabalho são refletidos e planejados coletivamente –, pedagógico – porque leva a equipe a estudar coletivamente, por meio da aprendizagem significativa –, terapêutica – por proporcionar o desenvolvimento de relações interpessoais sólida entre a equipe e o crescimento individual e coletivo dos trabalhadores – e política – por reduzir a hierarquização e o desenvolvimento da democracia participativa.

Campos (2000, p. 147) concebe espaços coletivos, enquanto

[...] um conceito, ou melhor, um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de sujeitos e de Coletivos Organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise de escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). Os Espaços Coletivos são arranjos que podem tomar a forma de Equipes de Trabalho, Conselhos de co-gestão, assembléias, Colegiados de Gestão, reuniões e Unidades de Produção etc. [...]. Aos Espaços Coletivos onde ocorra o exercício da Co-Gestão, por convenção, se sugere nomeá-los de Conselhos. Nestes Conselhos, atores sociais internos e externos aos Coletivos expressam seus Desejos e Interesses, confrontando-os entre si e com a realidade, para que desses processos de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar a produção de bens e serviços.

A roda para gestão colegiada segundo Marques (2005, p. 31)...

tem natureza política e crítico-reflexiva e serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. Estando na roda, os parceiros criam possibilidades à realidade, recriam a realidade ou inventam realidades segundo a ética da vida que se expressa nas bases onde essas mesmas realidades são geradas.

Brandão (2006, p. 2) a partir de vivências e análises nos territórios da ESF de Sobral entende que a “roda é muito mais do que uma mera reunião de pessoas. Constitui, antes disso, um *bom encontro* de sujeitos, no sentido espinosano do termo”. Quando a Roda acontece segundo o autor, a “busca da paixão é substituída pela paixão da busca, porque idéia e sentimentos não estão dissociados”. Quando os sujeitos “[...] sentam-se em círculo e, olhando diretamente umas às outras, discutem seus problemas comuns e confrontam suas diferentes visões de si e do mundo, estão fazendo muito mais do que simplesmente debatendo. Constroem vínculos e desenvolvem uma solidariedade que também existirá no ato de fazer [...]”.

Brandão (2006, p. 4) compreende a roda como...

uma mandala humana arquetípica e repleta de símbolos. Para tanto ela precisa ser a ligação de três momentos nem sempre diacrônicos, que são o *sentir*, o *conhecer* e o *fazer* [...]. É, portanto, importante que a Roda tenha um momento de clínica das paixões, para usar o termo espinosano, cujo único objetivo é fomentar alegria no simples ato de estar no grupo. Os vínculos grupais conquistados ajudam a fazer do coletivo um espaço nutritivo e, por assim dizer, fortalecem a *autopoiesis* da equipe. O segundo momento é igualmente importante, pois é vital fazer da Roda um espaço de educação permanente [...]. A Roda de estudo ajuda, por um lado, a alinhar conceitos e, por outro, a construir um forte compromisso entre os participantes do grupo. O último momento deve estar ligado aos outros dois que o antecedem não numa perspectiva cronológica, mas epistemológica. O fazer para ser concreto e preciso necessita estar calcado na reflexão possibilitada pelo estudo. Para ser profundo necessita a base volitivo-afetiva construída no momento do sentir.

O Método da Roda segundo Pagani (2004, p. 1) “[...] objetiva fortalecer e dar maior autonomia às pessoas/grupos, tornando-os capazes de conhecer seus problemas e agir sobre eles, desenvolvendo a democracia institucional, a descentralização de poder”. Andrade (*et al.*, 2004) afirmam que desde o ano de 2001, a Co-gestão é método de gestão participativa utilizada na organização e no processo de trabalho das equipes no Sistema de Saúde de Sobral. Como vemos, as decisões relativas à/s política/s de saúde com deliberações nas rodas de gestão são encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde e/ou, no caso da ESF aos Conselhos Locais de Saúde.

Inicialmente, para a implantação do Método da Roda em Sobral, segundo Pagani (2004) “[...] ocorreram diversas discussões com os profissionais de saúde, coordenação da ESF, com os preceptores, com a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, gestores dentre outros, sobre a proposta, implementação e execução”.

É sabido que a gestão participativa, utilizando-se da estratégia do Método da Roda no setor saúde, em especial nos territórios da ESF, vem proporcionando uma nova práxis no processo de trabalho em saúde, principalmente, em equipe, devido ao posicionamento dos trabalhadores de saúde em roda, permitindo aos mesmos, um olhar no olhar, o cruzamento de subjetividades, e o posicionamento horizontalizado; pela dialética que é estabelecida, durante o sentir, o conhecer e o fazer; pelas trocas e vínculos construídos, transformando o trabalho em equipe, em um trabalho em time familiar, em que todos são responsáveis por todos. Na gestão participativa, a energia das relações interpessoais dos membros da equipe de saúde, entre si e com a comunidade, devem ser canalizadas de maneira apropriada, para uma utilização satisfatória, no alcance de melhores resultados.

Sobre esse método de gestão, Franco (2006a, s/p.) faz uma leitura de que esse é um...

inovador arranjo organizacional é o da ineficácia das estruturas do organograma e o reconhecimento de que a vida produtiva se organiza pelas relações ou, melhor dizendo, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações. Essa forma de condução de processos se repete para todos os níveis de produção, é social e subjetivamente determinada e vai configurando uma certa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra.

Em pesquisa realizada por Assis (2003, p. 50) acerca da implantação do Método de Co-Gestão de Coletivos no município de Sobral, foi possível identificar que

- 1) [...] a 'Roda' tem se constituído num espaço propositivo, discursivo e de debate, abrangendo situações que permitiram compor espaços de trabalho intersetoriais, o que possibilitou a abertura tanto no campo dos profissionais da saúde como de outras secretarias da municipalidade, pensar, refletir e trabalhar o 'todo' em busca de uma melhor qualidade de vida para a população sobralense.
- 2) [...] A existência e o funcionamento da Roda é evidente nas unidades de saúde do PSF, porém os serviços-meio, aqueles que dão suporte [...], tais como Centro de Zoonoses, Controle e Avaliação, Almoxarifado, Vigilância à Saúde e outros, a roda não funciona. [...] É certo que o número de pessoas qualificadas para acompanhar o processo da roda nos serviços é insuficiente devido ao tamanho atual da estrutura da secretaria.
- 3) Quanto às rodas das unidades, estas estão acontecendo com o apoio dos preceptores [...].
- 4) A roda nos serviços [especializados] ainda não é realidade, este fato pode interferir no processo de trabalho e na interação com as unidades, tendo em vista que a vivência da roda já têm um amadurecimento quanto às relações, a integração, aos vínculos de poder que em alguns serviços ainda funciona de maneira vertical, sem ter desburocratizado padrões e comportamentos e nem tampouco, democratizado ações e decisões. [...]
- 7) [...] evidenciou-se que nas unidades de saúde do PSF, os componentes administrativo, pedagógico e terapêutico têm seus espaços de existência em construção, refletindo-se como preponderante à organização do serviço atribuída ao componente administrativo, fortalecendo o empoderamento dos sujeitos enquanto ativos nas discussões e tomadas de decisão aos assuntos competentes às suas rodas [...]. No conselho gestor, houve o predomínio de discussões administrativas [...].

Pagani (2004, p. 7) ao realizar pesquisa avaliativa das rodas do município de Sobral, aponta como desafios a serem superados, tais como:

- 1) Necessita intensificar mais o espaço da roda nos seus componentes – pedagógico, terapêutico, administrativo e político. Na maioria das rodas estão presentes as discussões administrativas e pedagógicas [...].
- 2) Implantar e aprimorar o método em todos os serviços do sistema de saúde – com destaque para serviços de apoio, serviços de especialidades e hospitais.
- 3) Intensificar, ou aprofundar, as discussões sobre o método da roda, para que, cada vez mais, todos reconheçam o espaço como seu e participem ativamente, superando medos e anseios de participarem de grupos (heterogêneos), com destaque para os profissionais que não são de nível de formação superior.
- 4) Necessita maior otimização das reuniões de roda: menos informes (externos) e número menor de pautas, para dar espaço a outras discussões e a construção de soluções aprofundadas.

Em Sobral, a prática da gestão participativa por meio do Método da Roda, tem mobilizado agentes, com vontades e sonhos, além de motivar

sentimentos de pertencimento, de apropriação e busca de resolução dos problemas do território sanitário, com o intuito de uma maior democratização do setor saúde, através da participação mais efetiva dos diversos agentes – usuários, trabalhadores de saúde, gestores e escolas formadoras –, com o fim da construção coletiva do SUS Municipal e da cidadania integral rumo a qualidade de vida.

As rodas em Sobral têm se efetivado como uma ferramenta de gestão contemporânea extremamente potente, que integram vontades dos diversos agentes do sistema de saúde e horizontaliza as decisões, transformando um modelo anterior de gestão, baseado no sistema piramidal, fragmentado e hegemônico no que concerne às decisões do gestor municipal. A Roda do Conselho Gestor constrói macropolíticas para o sistema, as dos territórios da ESF constroem micropolíticas para o território de atuação, e na Roda de Gerentes há um encontro destes dois níveis, com suas tensões e conflitos, com suas paixões ou desilusões, com seus fluxos e contra fluxos, com suas deliberações e consensos. A gestão participativa permite uma dialética, antíteses, até mesmo pleonasmos, desde que o objetivo final seja a conformação do processo de trabalho em saúde com qualidade, buscando a atenção integral, com a consequente satisfação da clientela.

As rodas têm permitido também, um olhar dos trabalhadores de saúde para um novo desenho de organização do território, como do CSF referência da equipe, contribuindo para que o mesmo seja organizado a partir de um olhar à qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores de saúde, para a humanização da atenção e, principalmente, para as demandas e necessidades sociais e sanitárias das famílias, sujeitos e comunidades.

O Método da Roda, ou melhor, a práxis da gestão participativa no Sistema de Saúde de Sobral é algo que vem se consolidando com a maturidade de seu exercício, e que se tornou de extrema necessidade para o gerenciamento nos diferentes espaços do sistema. Constantemente, em Sobral, tal prática em alguns territórios deve ser reavaliada e, através da resignificação do processo de trabalho da equipe, ser pactuada uma nova sistematização.

4.5 Participação Sócio-Política dos Gerentes no Território.

[...] Quando a gente tem alguma demanda, a gente vai e repassa para eles, vê se realmente essa demanda é o que eles também tão sentindo [...]. A gente acaba

conseguindo muitas coisas com essa parceria (Maria dos Remédios).

[...] Temos envolvimento com algumas lideranças comunitárias, como a Pastoral da Criança, com os prefeitinhos, que sempre estão lá na unidade trabalhando em conjunto com a gente [...] (Maria do Bom Parto).

A gente tenta ter participação com o PET [o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil], com as escolas. No momento não tem Conselho Local de Saúde, por falta de presidente que tenha uma visão boa para assumir (Maria de Lourdes).

A gente tá articulando com as rezadeiras, com a escola, que é uma parceira [...] (Maria da Assunção).

A gente trabalha com grupos, o conselho é atuante, é participativo, [...] há envolvimento da liderança local, o vereador que é o atual Presidente da Câmara [de Vereadores] [...] (Maria Aparecida).

Participo do Conselho Local de Saúde, representando a Unidade Básica de Saúde [...] (Maria dos Navegantes).

Encaminho as pessoas para aposentadoria, para a delegacia da mulher [...] (Maria Imaculada).

[...] Acho uma coisa difícil! Não é em todo território que a equipe exerce bem essa ação (Jesus).

[...] Há três meses tento criar o CLS e a própria equipe rejeita. Eles entendem que o conselho seja um órgão fiscalizador, eles não querem. Temos um vínculo bom com as associações. Nós nos reunimos uma vez por mês com o Prefeitinho, em que trabalhamos as demandas da comunidade (Maria dos Impossíveis).

O Conselho Local está desativado. Tenho articulação com a Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente-SDUMA, para fazer limpeza de terreno baldio, e o com o a gente local, o chamado "prefeitinho", a gente leva as necessidades para ele, e ele vai a prefeitura tentar resolver (Maria de Fátima).

A gente não tem muita atuação. Nosso trabalho se direciona a gerenciar a unidade como todo [...] (Maria Aparecida).

[...] Tenho tentado trabalhar com as escolas, com os adolescentes. No mais não tem (Maria das Graças).

[...] a gente tem um trabalho com a Pastoral da Criança, com o colégio, com a comunidade, com as rezadeiras, a gente sempre pode contar com a ajuda deles (Maria das Dores).

É pontual! Quando agente chama o prefeitinho [...]. Na escola não tenho acesso. Não possuí Conselho Local de Saúde (Maria Estrela do Mar).

[...] não fui convidado para nenhuma reunião do conselho. Não fui informada da reunião. [...] Acho que tenho que procurar mais. A gente dá um suporte para os risca-faca [casas de prostituição] [...] (Maria do Bom Conselho).

Não gosto muito desse lado político. “Político” de politicagem. Participo do Conselho Local. Procuo trabalhar com a comunidade, questões de cidadania. Eu também preciso trabalhar isso em mim (Maria de Nazaré).

Apesar dos gerentes apresentarem uma compreensão sobre gestão participativa, a prática da participação social e política dos gerentes parece ser muito limitada às demandas que vão surgindo e a ações pontuais, e não como algo próprio do processo de trabalho e da índole de cada um. Em alguns momentos, a participação centra-se no ordenamento de terceiros para a resolução das demandas e problemas surgidos no território. Os gerentes apresentam certa articulação intersetorial e utilizam-se dos prefeitinhos – agente de desenvolvimento local, nomeado pelo prefeito municipal – para resolver os problemas do território.

A prática da participação, seja ela social ou política, para qualquer trabalhador da área social deve ser condição *sine qua non* para o exercício de seu processo de trabalho, principalmente, no contexto do setor saúde, pois um dos princípios do SUS é a participação da comunidade com controle social. Na ESF o exercício da participação se torna mais proeminente, por exigir que trabalhadores de saúde estejam mais próximos de sua clientela nos territórios sanitários, e a participação deixa de ser uma teorização política e passa a uma ferramenta necessária para o trabalho das equipes da ESF.

A participação como concepção política para Rios (1987, p. 17), é um “[...] atributo essencial da natureza humana”. Já Sales (2003, p. 95) a concebe como a...

aprendizagem do poder em todos os momentos e lugares em que se esteja vivendo e atuando. E é fundamentalmente uma postura, para a qual não está preparado que é submisso a pais, chefes, maridos, mulheres, filhos, partidos, políticos, ou seja, que agüenta todas as imposições cujo enfrentamento pareceria incômodo, difícil, impossível ou até mesmo catastrófico.

Para Bravo (2002, p. 44) participação é...

a gestão nas políticas através do planejamento e fiscalização pela sociedade civil organizada. Ou seja, a interferência políticas das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas elaboração e gestão das políticas públicas na área social [...].

Participação segundo Teixeira (2001, p. 27) “[...] supõe uma relação de poder, não só por intermédio do Estado, que a materializa, mas entre os próprios atores, exigindo determinados procedimentos e comportamentos racionais”. O mesmo autor define participação como controle social, entendendo-a como um instrumento de controle do Estado pela sociedade, em que são estabelecidas prioridades para orientar a ação pública. Jacobi (1992, p. 116) afirma que a “[...] participação deve ser entendida como um processo continuado da democratização da vida municipal [...]”. A participação, segundo Bordenave (1994, p. 16) é o “[...] caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo [...]”. Conforme Luck (2006, p. 30)...

a participação em sentido pleno é caracterizada pela mobilização efetiva dos esforços individuais para a superação de atitudes de acomodação, de alienação, de marginalidade, e reversão desses aspectos pela eliminação de comportamentos individualistas, pela construção de espírito de equipe, visando a efetivação de objetivos sociais e institucionais que são adequadamente entendidos e assumidos por todos.

Segundo o MS (BRASIL, 2007c, p. 34), a participação social permite a “atuação dos vários segmentos sociais na formulação, na organização e na vigilância de políticas de saúde pública”. Participação para Cataneli (2000, p. 23) na “[...] perspectiva do controle social permite à população interferir na gestão da saúde, colocando as ações e os serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre o Estado e a Sociedade [...]”.

Todavia de acordo com Luck (2006, p. 50) para que ocorra a ação participativa como prática social, deve-se seguir o espírito de equipe, com base em valores orientadores da ação participativa, como prática social, que são:

A **ética** é representada mediante a ação orientada pelo respeito ao ser humano, às instituições sociais e aos elevados valores necessários ao desenvolvimento da sociedade com qualidade de vida, que se faz traduzir nas ações de cada um. De acordo com esse respeito, a ação participativa é orientada por cuidado e atenção aos interesses humanos e sociais mais elevados.

A **solidariedade** é manifestada mediante o reconhecimento do valor inerente a cada pessoa e o sentido de que como seres humanos nos desenvolvemos em condições de troca e reciprocidade, para cuja efetivação são necessárias redes abertas de apoio recíproco.

A **eqüidade** é representada pelo reconhecimento de que pessoas e grupos em situações diferenciadas ou desfavoráveis necessitam de atenção e condições especiais, a fim de que possam colocar-se em paridade com seus semelhantes no processo de desenvolvimento. Vale dizer que os benefícios da atenção são distribuídos de forma diferente, de modo a possibilitar, aos que apresentam maior dificuldade de participação, as condições mais favoráveis para superar essa dificuldade.

O **compromisso** se traduz na ação dos envolvidos no processo pedagógico, focada e identificada com os seus objetivos, valores, princípios e estratégias de desenvolvimento. Pressupõe o entendimento pleno dessas questões e o empenho para sua realização, traduzido em maior e melhor aprendizagem pelos alunos, assim como sua formação sólida e segura.

De acordo com Sales (2003, p. 95),

contrariamente ao que, por vezes se pensa, que participação tem muito a ver com disciplina, definição de responsabilidade e criação de mecanismos para garantir a realização das decisões tomadas, bem como com sanções para quem, concernindo por aquelas decisões tomadas, não as toma em consideração, ou as infringe. Disciplina, responsabilidade, criação de mecanismos, sanções ou algo do gênero só se opõem à participação quando são impostas, ou seja, quando não são definidas coletivamente por quem as julgou importantes para efetivação das suas próprias decisões.

Conforme análise das falas dos gerentes, a participação no Conselho Local de Saúde-CLS é limitada, pois apenas em cinco territórios, o mesmo está funcionando e em dois estão articulando instalação.

Segundo Andrade (*et al.*, 2004, p. 13) em Sobral no ano de 2004 existiam 22 CLS em funcionamento, com representação paritária. Nos CLS, conforme os autores “[...] são discutidas necessidades e as potencialidades das comunidades e de seus atores para resolução dos problemas enfrentados. Trata-se de uma instância de participação da comunidade, portanto, com grande poder de mobilização, de organização e de regulação social”.

O exercício da participação popular e o incentivo e a capacitação da comunidade para o controle social deve ser uma prática não só dos gerentes da ESF, mas também, de todos os trabalhadores de saúde que atuam no território. Tal prática leva ao exercício e busca da efetivação do princípio da participação popular. Pois, os Conselhos de Saúde são arenas de tensão político-social, em que estão em jogo diferentes interesses. São baseados na participação social e democrática, em busca de direitos sociais e da cidadania integral por meio do controle social.

Os Conselhos de acordo com Bravo (2002, p. 47) são “[...] *locus* do fazer político, como espaço contraditório, como uma nova modalidade de participação, ou

seja, a construção de uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa e na possibilidade de construção da democracia das massas”. Os Conselhos para Costa (2002, p. 47) “[...] são espaços de interação que se caracterizam por um tipo de distribuição do poder justificada pela realização de uma tarefa comum, de interesse comum, para o cumprimento de uma responsabilidade comum”.

De acordo com Brasil e Ximenes Neto (2005, p. 74):

Em cada território da ESF existente no município, pode ser implantado o CLS, de caráter consultivo, com a finalidade de elaborar e remeter demandas da população para o CMS, com o intuito propositivo de contribuição na formulação de políticas público-sociais de saúde [...]. A composição do CLS deverá levar em conta os grupos organizados da sociedade, os órgãos governamentais e a organização dos trabalhadores em saúde, existentes nos territórios.

A composição do CLS deve adotar o princípio da paridade estipulado pela Lei Nº 8142/1990 e pela Resolução Nº 333/2003/CNS, que exige o seguinte:

50% da representação no segmento de usuários; 25% da representação no segmento dos trabalhadores em saúde; e 25% da representação dos segmentos do governo e prestadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2004e; BRASIL; XIMENES NETO, 2005; BRAVO *et al.*, 2006b).

Os CLS são denominados por Bravo (*et al.*, 2006b) de Conselhos Gestores. Segundo as autoras a VIII, IX e a X CNS apontaram os CLS como espaços de implementação da gestão democrática e exercício do controle social, apesar de não serem reconhecidos oficialmente em lei federal. Para que os CLS sejam reconhecidos, as mesmas sugerem que estes tenham sua aprovação no CMS e constar na LOS do município. As autoras sugerem para os referidos Conselhos, as seguintes atribuições:

fiscalizar, acompanhar, controlar, avaliar e orientar a política de saúde da unidade local, conforme normatização do SUS;

planejar ações individuais e coletivas da unidade, a partir da realidade local onde estejam implantadas;

estabelecer e aplicar critérios de avaliação e controle do trabalho desenvolvido pela unidade de saúde, deliberando sobre mecanismos corretivos, tendo em vista o atendimento às prioridades da população local;

estabelecer canais de comunicação com a comunidade (BRAVO *et al.*, 2006b, p. 62).

Na fala da gerente Maria dos Impossíveis que há certa resistência da equipe da ESF quanto ao funcionamento do CLS, em que os trabalhadores de saúde compreendem que o mesmo será um fiscal de seu processo de trabalho. Tal

compreensão da equipe mostra o desconhecimento da legislação sanitária brasileira, principalmente, no que concerne ao princípio da participação comunitária com controle social do SUS. É sabido que o CLS tem o poder de exercer o controle social sobre a organização da atenção à saúde no território, mas a mesma deve compreender esta prática não como fiscalização, mas como um meio de busca pela qualidade da atenção.

Bravo e col. (2006a) sugerem que os trabalhadores de saúde e suas entidades incorporem que o Conselho de Saúde é um espaço de legitimação da participação social. Já que, segundo Araújo (2006), tanto os Conselhos como as Conferências de Saúde, devem acompanhar e deliberar as formas e quando os trabalhadores de saúde devem ser contratados além de atuarem nas negociações coletivas entre trabalhadores e gestores.

De acordo com o MS o “[...] direito à participação e ao controle social nas políticas e práticas de saúde é um dos princípios fundamentais do SUS [...]” (BRASIL, 2006e, p. 30). Nesse sentido, Carvalho (1995, p. 21) aponta que:

No campo da saúde, pode ser dito que a idéia da participação desenvolve-se tendo como pano de fundo o crescente desencanto de agentes vinculados ao pensamento crítico em saúde com os poucos resultados políticos e técnicos das práticas de participação comunitária.

Silva Júnior (*et al.*, 2005, p. 106) afirmam que,

para uma configuração em rede, sob comando único descentralizado, controle social e a integralidade na qualidade da atenção e nas formas de gestão, o SUS precisa investir nas noções de acolhimento, responsabilidade e resolutividade. A forma como os processos de trabalho se estruturam e as formas de gestão precisam ser colocadas em análise na produção da integralidade e do comando único por esfera de governo sob controle social. A gestão produz atores e não haverá mudança sem a participação dos operadores do SUS, seus trabalhadores.

A gerente Maria do Bom Conselho afirma que não está participando do CLS por falta do convite. A referida gerente apresenta desconhecimento acerca da legislação sanitária e uma incompreensão sobre sua participação no CLS, em que a mesma deve ser convidada. É sabido, que o gerente do território tem seu assento no Conselho garantido, sendo que este tem que assumir um papel de grande articulador desta instância colegiada e que as deliberações dele emanadas, deva estar sendo pactuada na roda local da ESF, para posterior resolução.

O CLS deve ser visto pelos trabalhadores da ESF e famílias, sujeitos e comunidades como um espaço de participação e exercício do poder local, que busca a resolução dos problemas/necessidades de saúde e a melhoria da qualidade de vida.

O poder local é definido por Teixeira (2001, p. 20) como a “[...] relação social em que a sociedade civil, com todos os seus componentes – organizações, grupos, movimentos, é um dos atores, e, embora limite-se por uma territorialidade, nela não se esgota”. Bravo e col. (2006a, p. 29) afirmam que “somente a partir da clara compreensão do espaço do conselho enquanto uma arena de disputa de diversos interesses é que se pode avançar na implementação do projeto de Reforma Sanitária, que tem como uma de suas propostas a gestão democrática”.

Faz-se mister reforçar, que é importante para o desenvolvimento da gestão participativa e o alcance dos princípios da ESF e, conseqüente, os do SUS, que nos territórios da referida estratégia, as equipes de saúde busquem a promoção solidária da participação de todos – gestores, trabalhadores de saúde, famílias, sujeitos e comunidades –, com o exercício de uma prática democrática em busca de melhoria dos níveis sanitários e exercício da gestão coletiva e da cidadania integral. É importante valorizar o papel dos conselheiros no nível local, pois os mesmos apresentam-se como sujeitos sociais, políticos e de gestão, por atuarem na formulação de política e fiscalização tanto da ESF, como do SUS-inframunicipal.

Pois, segundo o Ministério da Saúde...

as ações desenvolvidas pelo PSF devem seguir as diretrizes estabelecidas pela legislação no que se refere à participação popular. Muito mais do que apenas segui-las, o PSF tem uma profunda identidade de propósitos com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população (BRASIL, 1997b, p. 23).

Muitas são as ações, leis e até mesmo políticas que vêm buscando a consolidação do SUS, por meio da efetivação de seus princípios e diretrizes. A atualidade, coloca na arena das políticas de saúde o desafio da implementação, e conseqüente, efetivação dos princípios da integralidade e da participação comunitária com controle social. Apesar do grande amadurecimento político que a população brasileira aos poucos vem demonstrando, ainda não foi possível o pleno exercício do controle social sobre as políticas sociais do país, principalmente, as de saúde.

Segundo Sampaio (2006) a Política Nacional de Humanização-PNH tem permitido a construção de dispositivos construtores da cidadania, a exemplo do CLS e das Ouvidorias. São reconhecíveis os desdobramentos da PNH e suas influências na gestão da saúde, mas é notório que apenas uma política não será suficientemente forte para efetivação de tais princípios. Precisa-se, porém, o ordenamento de todas as políticas, ações e vontades de trabalhadores de saúde, gestores e, principalmente, da clientela para o alcance destes.

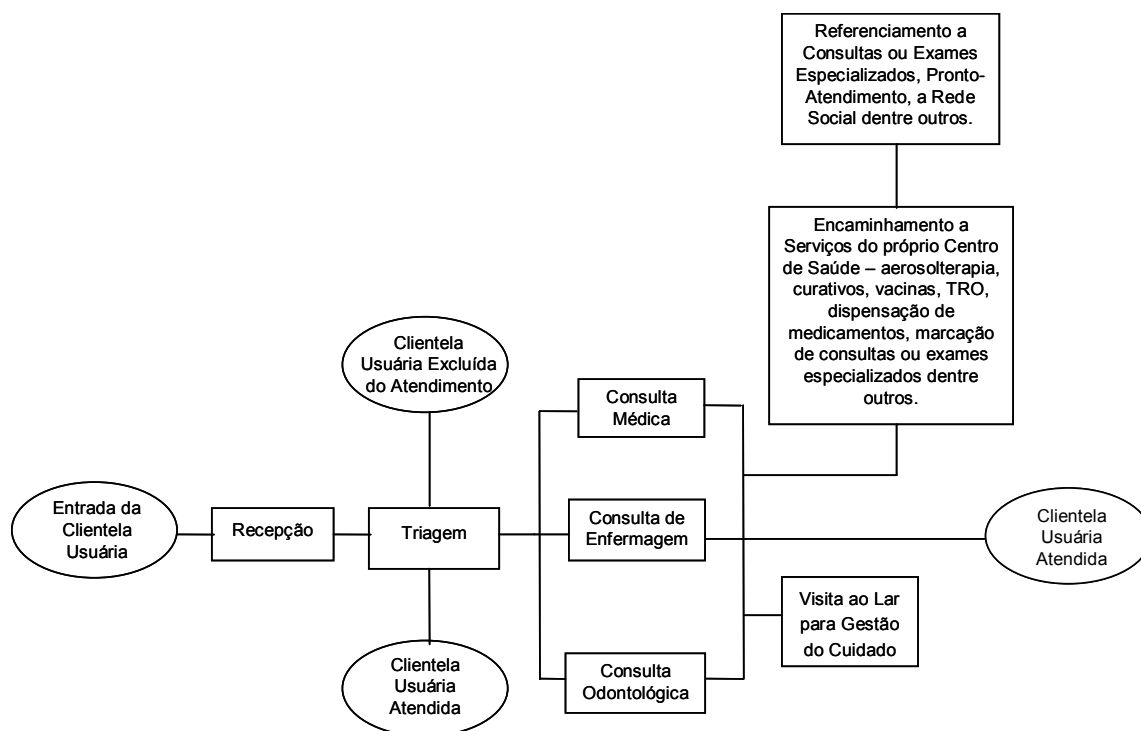
4.6 Processo de Trabalho dos Gerentes no Território.

No território da ESF em Sobral, o gerente atua em microespaços de trabalho e poder: o Centro de Saúde da Família, os lares, os aparelhos sociais, a rede assistencial de apoio, a roda de gerentes, dentre outros. Nesses espaços em sua grande maioria, o gerente atua como agente; já na Roda de Gerentes, o mesmo atua mais como sujeito do que como agente, do Conselho Gestor e das determinações oriundas da Secretaria da Saúde e do CMS. Com a prática da gestão participativa instituída no Sistema de Saúde de Sobral, na Roda de Gerentes, os mesmos deveriam atuar, prioritariamente, como agentes, numa perspectiva de atuação horizontal e de produção social em saúde.

Quanto à organização do processo de trabalho da equipe que o gerente gerencia no Centro de Saúde da Família em Sobral, suas etapas podem ser representadas na Figura 19, a partir do “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde” proposto por Merhy (1997). O fluxograma analisador é um “[...] diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de ‘desenhar’ [um] certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de [uma] certa cadeia de produção” (MERHY, 1997, p. 73). No fluxograma alguns símbolos são utilizados para a construção do diagrama: a elipse – o começo e o fim da cadeia produtiva; o retângulo – etapas importantes da cadeia produtiva, nas quais realizam consumo de recursos e produção de produtos bem definidos; e o losango – momentos de decisão a serem seguidos durante a cadeia produtiva. O Fluxograma, segundo Franco (2006b, p. 165), “permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas”.

Pesquisa realizada por Barboza e Fracoli (2005), com equipes da ESF, utilizando fluxograma analisador, permitiu capturar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, com suas lógicas, saberes e práticas predominantes, além da visualização das práticas, oferecendo oportunidade de mudá-las, caso necessário e em havendo abertura para tal. O trabalho em saúde, segundo as autoras, “[...] por estar sempre em estruturação, dentro de um quadro incerto sobre o que é o padrão de seu produto final, necessita de estratégias organizacionais competentes para “capturar” o autogoverno dos trabalhadores, no sentido de torná-lo capaz de viabilizar o SUS” (BARBOZA; FRACOLLI, 2005, p. 1043).

Figura 19 Fluxograma do Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família no Centro de Saúde da Família em Sobral.



O fluxograma apresenta o processo de trabalho dos gerentes, os momentos de entrada e saída da clientela, durante o processo de cuidar no Centro de Saúde, além da divisão técnica do trabalho na ESF, com seus espaços de

produção da saúde¹²⁸, numa perspectiva de busca de autonomia e de uma maior resolubilidade da atenção.

No Centro de Saúde da Família de Sobral, o cliente adentra e encaminha-se à recepção, onde colhe seu prontuário¹²⁹ e segue para a sala de triagem, onde refere seu problema e o profissional que lhe recebe oferece três possibilidades: encaminhamento para atendimento no mesmo momento; agendamento para momento posterior; e retorno à triagem em outro dia. Pode-se dizer que a sala de triagem é uma arena, marcada por uma relação tensa entre os profissionais e a clientela, em que este último busca a efetivação do acesso. É sabido que em Sobral tenta-se reduzir a racionalização, com incremento da integralidade¹³⁰ da atenção, buscando aumentar a satisfação da clientela. Apesar da sala de triagem ser uma arena de tensões, o profissional busca ao extremo evitar conflitos.

Caso o cliente da ESF seja encaminhado para atendimento no mesmo dia, este se dirigirá ao setor de procedimentos, para verificação de peso, comprimento ou estatura, de pressão arterial, glicemia, dependendo de sua necessidade ou problema de saúde¹³¹.

Em seguida, o cliente é encaminhado à sala de espera do setor de atendimento – Consultório de Enfermagem, Consultório Médico ou Consultório de Saúde Bucal. Após o atendimento, o cliente, caso tenha sua necessidade ou problema resolvido, deixa o Centro de Saúde. Senão, o mesmo é encaminhado a

¹²⁸ O território de produção da saúde conforme Franco (2003, p. 90) é “[...] por excelência um lugar no qual se estabelecem inúmeras relações interdependentes, no espaço micropolítico. Essas relações formam uma rede de petição e compromissos e o seu funcionamento está ligado à idéia de produção de saúde, isto é, se produz a partir do trabalho interativo entre os sujeitos colocados nesse lugar”.

¹²⁹ O serviço de arquivo dos prontuários familiar fica anexo à recepção.

¹³⁰ Pinheiro (2001, p. 65) define integralidade “[...] como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual- onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico- onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados”. Na Polissemia que se constitui o conceito de integralidade, Mattos (2001, p. 61) aponta três categorias: “o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro, aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde”. A integralidade da atenção à saúde, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004d, p. 11) envolve: “o conceito ampliado de saúde; a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais; o conhecimento sobre a realidade; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a ação intersetorial; o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária).

¹³¹ Teixeira (2001, p. 13) considera problema de saúde “[...] qualquer acontecimento considerado fora dos padrões de normalidades para quem está analisando uma determinada situação”.

outros serviços nas dependências do Centro de Saúde, a exemplo da sala de vacina, sala de procedimentos dentre outros, ou então, caso necessite de consulta ou exame especializado, dirigi-se à “sala de marcação de consultas”. Para o cliente que necessita de seguimento, o próprio profissional realiza agendamento de retorno no consultório ou o encaminha para a recepção.

Segundo Franco (2003), no caminho percorrido pela clientela durante a busca da assistência, estão distribuídas diversas etapas do processo de trabalho. O autor distingue as etapas, como cada momento de atendimento na unidade, a exemplo da recepção do cliente, a triagem e as consultas. Em cada etapa dessas ocorre um micro processo de trabalho específico, determinado pelos atos de cada trabalhador de saúde e que estão interligados entre si ao longo da linha de produção da saúde.

O Centro de Saúde deve ter como missão principal, segundo Cecílio (1997a, p. 476)...

o reconhecimento dos grupos mais vulneráveis na sua área de atuação e a responsabilidade de garantir atendimento adequado às pessoas sujeitas a maior risco de adoecimento e morte que compõem estes grupos. Para cumprir esta missão, o centro deverá se estruturar para as seguintes atividades principais: delimitar e conhecer em profundidade o seu território, em todos os aspectos que são pertinentes aos cuidados de saúde; prestar atendimento direto às pessoas que pertençam aos grupos mais vulneráveis e funcionar como articulador competente do acesso destas mesmas pessoas a recursos tecnológicos mais complexos, em outros pontos do sistema. O centro de saúde deve se qualificar bem para ser *uma das* portas de entrada do sistema de saúde e, como parte de uma rede básica, não deve mais ser pensado como a porta de entrada do sistema (a porta hegemônica). O centro de saúde tem o papel muito importante de articular o acesso dos usuários aos outros pontos do sistema, devendo, por outro lado, organizar-se para dar acolhida a todas as pessoas que, tendo entrado em outros pontos do sistema, necessitam de atendimento regular e qualificado.

Quanto à organização do processo de trabalho em Centros de Saúde, Campos (1997b) sugere que o mesmo tenha fluidez e flexibilidade, e se baseie em parâmetros pactuados localmente. É o que se tem buscado na organização e gerenciamento dos territórios da ESF em Sobral, apesar do financiamento limitado, de dificuldade de contratação do profissional médico para 100% das equipes e do difícil, mas constante, aprendizado das equipes de saúde em trabalhar numa nova lógica de atenção à saúde.

4.6.1 Organização do Processo de Trabalho dos Gerentes no Território.

Analisar o processo de trabalho, segundo Motta (2001, p. 49), significa compreender a equipe em ação,

[...] é ver o trabalho em ação, compreender o valor e o significado das atividades que o compõem. Administrativamente, significa considerar elementos como: chefia e liderança, inter-relacionamentos pessoais, demandas e respostas, conhecimentos e tecnologia, clientela, missão, valores, visão e sistema de contribuição e retribuição. Além desses fatores, compreender o trabalho de uma equipe é revelar como as características singularizam uma equipe perante outras.

Nogueira (1997, p. 72) sugere que para analisar o processo de trabalho em saúde é necessário considerar três aspectos fundamentais:

[...] Em primeiro lugar, ele é um exemplo do processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha características comuns com outros processos que ocorrem na indústria e em outros setores da economia. Segundo, ele é um 'serviço', já que toda assistência à saúde constitui um serviço. Terceiro, é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa. Há muitas outras formas de serviço que dependem de um laço interpessoal, mas, no caso da saúde, ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia da ação [...]. Essas três dimensões são complementares e interatuantes. De um lado, tem-se um processo de trabalho, com sua direcionalidade técnica, envolvendo instrumento e força de trabalho, sendo passível de uma análise macroeconômica geral, na forma efetuada por Marx em o Capital. Nessa obra encontram-se elementos para analisar igualmente o processo de trabalho em saúde, inclusive em suas questões complexas de composição econômica e técnica do capital, bem como da dinâmica das trocas, que têm também uma correspondência no setor saúde.

A análise da organização do processo de trabalho dos gerentes no território foi sistematizada a partir das seguintes subcategorias: acolhimento da comunidade no Centro de Saúde da Família; resolução de problemas do território e da comunidade; cuidado de famílias, sujeitos e comunidades; gerenciamento de pessoas; manutenção e organização do Centro de Saúde da Família; transporte sanitário e da equipe; vigilância epidemiológica do território; consolidação e análise de mapas dos SIS; coordenação de rodas e reuniões; negociação com a Central de Marcação de Consultas; e responsabilidade sanitária pelo território.

4.6.1.1 Acolhimento da comunidade no Centro de Saúde da Família.

Outro papel da gerência é justamente a recepção também de pessoas que vem. Elas saem de casa com a intenção de falar com a gerente daquela unidade pra resolver algo, desde um mau atendimento, desde uma

demora de exame, desde um problema mais complexo que ela vem tentando resolver algum tempo. Lida bastante diariamente é com a própria comunidade, que nos procuram para resolver aquele exame que está emperrado, que não é marcado. Então é assim, nosso contato com a própria comunidade é feito diariamente também. Sempre tem caso que você precisar está resolvendo [...] da comunidade, que fica procurando e você tem que dar um retorno. Na verdade as demandas vêm da comunidade, algumas vezes a gente resolve na unidade, mas são coisas do território, por exemplo, as agentes de saúde quando estão com problema de encaminhamento, para o Bolsa Família [o Programa] elas trazem os problemas da comunidade para a gente intervir, a família está nos critérios, orientar como ela vai fazer, relação da gerente ou da unidade em si com as associações que tem no bairro, relação com as escolas, relação com o conselho local, com o grupo de idosos, tem toda uma relação com as redes sociais. A articulação com a comunidade também é da responsabilidade da gerência, porque somos nós que fazemos essa ponte entre a comunidade. Tem sempre que ser disponível as pessoas pra recebê-las, pra resolver problemas mais específicos da população e a gente tem que está preparado a todo o momento que é de instante-instante vocês falarem com a gerente da unidade eles vão especificamente aquela pessoa. A gente faz muito acolhimento!

Os gerentes, em suas falas, referem que, durante a produção sanitária diária, dispõem de parcela do tempo para a acolhida da clientela, com o intento de resolver os problemas individuais ou derivados da organização do processo de trabalho da equipe no território ou do próprio modelo de atenção à saúde.

O acolhimento, segundo a Política Nacional de Humanização-PNH, é...

uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. [...] é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o cliente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004f, p. 5).

O acolhimento é mais que uma ferramenta tecno-assistencial que inclui a subjetividade, tanto que, Teixeira (2000), em suas análises dos modelos de atenção à saúde, o vem considerando de modo ampliado. O fato de o gerente acolher as famílias, os sujeitos e as comunidades em suas demandas e necessidades, leva-o a

um apoderamento das relações e ao fortalecimento político da gerência e, conseqüente, da gestão sanitária no território.

O agir sanitário de maneira acolhedora permite um encontro de subjetividades entre equipe e clientela, proporcionando uma resignificação do processo de trabalho em saúde, e, com isso, levando a equipe a uma responsabilização junto aos problemas e às necessidades coletivas e individuais no território. Permite, ainda, um olhar sobre as relações da equipe com a clientela durante o processo de trabalho.

A ESF, conforme Gomes e Pinheiro (2007, p. 11) tem sua prática alicerçada nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias, sujeitos e comunidades...

a partir da efetivação de suas diretrizes operacionais. A primeira possibilidade de efetivação dessas ações pode estar localizada no momento do acolhimento. O confronto entre as necessidades de saúde (ou outras) trazidas pelos usuários e o que a instituição, no caso o PSF, tem a oferecer, poderá revelar as mudanças no modelo assistencial.

A prática do acolhimento, desenvolvida coletivamente pela gerência, com sua equipe na ESF, em um determinado território adscrito, desenvolve nos trabalhadores de saúde um sentimento de pertencimento a este, de vínculo com as comunidades que assistem, permitindo o desenvolvimento de um cuidado mais holístico, responsável e humanizado, em que as vontades e as necessidades da clientela são auscultadas, e buscadas sua efetivação, com um padrão de qualidade satisfatório.

Franco e Merhy (2006c) apontam como uma das principais características positivas da ESF a adscrição da clientela, pois cria uma referência e permite a construção de vínculo da população com a equipe. Merhy (2001, p. 149), ao escrever sobre as necessidades de saúde e o “Mundo-Objeto” das ações de saúde, aponta como uma das necessidades, “[...] ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe - sujeitos em relação -”, podendo este “[...] acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento”.

Takemoto e Silva (2007, p. 3) afirmam que o acolhimento configura-se, como uma “[...] etapa do processo de trabalho responsável pelo atendimento da demanda espontânea”, funcionando segundo Franco, Bueno e Merhy (2006, p. 39)...

como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados pelos serviços de acordo com certos modelos de atenção à saúde. [...] Como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia, na sua relação com o usuário, o Acolhimento pode analiticamente evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários – portadores das necessidades centrais e finalísticas de um serviço – estão submetidos, nas suas relações com “o quê” os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si.

O sentido e a prática do acolhimento devem estar presentes em todos os momentos do processo de produção e de cuidar em saúde, desde a acessibilidade e o acesso ao Centro de Saúde, até as diversas fases ou seguimentos da atenção à saúde, permitindo aos trabalhadores de saúde e clientela, a construção de relações produtivas e melhoria da qualidade de vida, com conseqüente, satisfação da clientela.

4.6.1.2 Resolução de problemas do território e da comunidade.

Tem os problemas mais difíceis de ser resolvidos no território, sempre chegam ao gerente pra tentar desenrolar alguma coisa, por mais que tenha a enfermeira da área, mas o gerente sempre tem que estar a frente da resolução desses problemas mais críticos. O problema é de determinada área, mas se o gerente não souber acaba ficando perdido. E muitas vezes a própria colega enfermeira chega para gente e diz: Me ajuda nisso? O tempinho que a gente tem, quando não estou atendendo, estou vendo os problemas, as pessoas que chegam. É muito corrido e dispensa muito tempo se está no telefone, fala com um, fala com outro, liga mais tarde, liga outra hora às vezes, se é uma coisa mais urgente então o gerente também tem essa prática de tá ajudando a equipe dar soluções aos problemas da comunidade. A partir das nossas necessidades diárias de rotinas do dia-a-dia, a gente vai desenvolvendo a nossa prática, nossas rotinas de gerenciar aquela unidade. Até mesmo porque a gente nunca [...] teve um treinamento específico para gerência. Dentro da unidade a gente pode está identificando os problemas que tem, pode ser sanitário, quais são as ruas que não tem esgoto, quais são as ruas que não há coleta de lixo, identificando junto com as agentes de saúde, justamente onde estar o foco, as doenças maiores, das diarreias, das doenças e aí tendo contato com outros setores tipo, habitação com a SDUMA [Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente], setor de saneamento da prefeitura pra ver alguma solução, o setor de transporte, essa coisas assim por exemplo.

O gerenciamento baseado em problemas é uma prática no território da ESF. Problema, de acordo com Silva Júnior (*et al.*, 2005, p. 152) é uma “brecha entre um aspecto da realidade e um valor ou desejo sobre como deveria ser essa realidade para um determinado observador – individual ou coletivo”. Os problemas são, necessariamente, “subjetivos porque são produtos da percepção das pessoas individualmente ou de coletivos de pessoas”.

Para Mendes e col. (1999, p. 165) “território, problemas, prática sanitária e processo de trabalho em saúde, na realidade, interpenetram-se de tal modo que não podem ser considerados isoladamente [...]”, principalmente, no caso do acolhimento das demandas da clientela, durante o processo de trabalho dos gerentes.

O gerente de UBS segundo Pinheiro (2004), destina grande parte de seu tempo ao exame crítico de questões, resolução de problemas e tomada de decisões.

No que concerne ao processo comum de resolução de problemas Marquis e Huston (1999) durante o processo de gerenciamento sugerem:

Identificação do problema;

Coleta e análise de dados, com o intuito de identificar as causas e conseqüências do problema;

Buscar soluções alternativas;

Avaliar alternativas;

Selecionar a solução apropriada do problema;

Implementação da solução; e

Avaliação dos resultados.

Já Silva Júnior (*et al.*, 2005) sugerem as seguintes fases ao processo de resolução dos problemas:

Descrição do problema;

A explicação do problema;

Fazer planos para atacar as causas do problema; e

Análise de viabilidade e propostas para construir viabilidade.

Durante o processo de gerenciamento de problemas na ESF, o poder de decisão é fundamental para o agir dos gerentes e de toda a equipe de saúde. Nesse sentido, Pinheiro (2004) afirma que o gerente deve ser um tomador ou agente de

decisão, responsabilizando-se pela execução individual ou coletiva das ações. Tanaka e Melo (2001 *apud* PINHEIRO, 2004) apontam que exercício da tomada de decisão poderá ser influenciado pelo contexto e organização do processo de trabalho.

4.6.1.3 Cuidado de famílias, sujeitos e comunidades.

Eu faço o gerenciamento e também atendimento. Eu que fico com a maior parte dos grupos, por exemplo: grupo de gestantes, grupo de hipertensos e diabéticos, o grupo de adolescentes, [...] os demais enfermeiros ficam mais na área. Eu tenho os meus agendados, tem o dia pré-natal, prevenção e puericultura. [...] Outros atendimentos não tem dia do adolescente, por que eu não tenho tempo, nem horário. Temos que ser também responsáveis pelos grupos, de estar prestando conta com o trevo. o gerente tem que saber por que aquele paciente da hanseníase está com a dose atrasada, porque que aquele paciente de tuberculose abandonou o tratamento.

No DSC dos gerentes, fica evidente que, a maioria destes, não atua somente no gerenciamento do território, mas também no cuidado de enfermagem de famílias, sujeitos e comunidade. É notório que em qualquer forma de produção em saúde, o cuidado deve ser à base do trabalho, seja no agir em saúde no dia-a-dia dos territórios da ESF, sejam na ação gerencial das equipes gestoras municipais.

Quanto ao processo de trabalho em enfermagem, Sanna (2007) afirma existir várias formas: o processo de trabalho administrar, o processo de trabalho ensinar, o processo de trabalho pesquisar, o processo de trabalho participar politicamente e o processo de trabalho assistir. Segundo a autora, o processo de trabalho assistir ou cuidar em enfermagem...

tem como objeto o cuidado demandado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades. Algumas pessoas entendem que o objeto de trabalho é o corpo biológico desses indivíduos, mas a Enfermagem é uma ciência e uma prática que se faz a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida, que são providos por seus profissionais (SANNA, 2007, p. 222).

É importante registrarmos que o processo de trabalho em enfermagem, assim como o do gerente do território da ESF, é integrante do processo de trabalho em saúde, seja ele individual ou coletivo.

Quanto à lógica de organização do processo de trabalho dos gerentes Fracoli e Egry (2001, p. 15) afirmam que no mesmo ocorre envolvimento de um “[...]”

duplo movimento, de um lado, a execução de práticas gerenciais que tomam como seu campo de ação o território de formulação e decisão política e, de outro lado, o território de práticas gerenciais que enfrentam o fabricar ‘bens’ do trabalho em saúde”.

O DSC apresentado traz um dado importante, que é a responsabilidade que os gerentes têm em estar cuidando dos grupos, ou seja, de responsabilidade parcelar da promoção da saúde no território da ESF, que deveria ser de responsabilidade de todos, não de um profissional isolado.

Quanto a essa prática, Franco e Merhy (2006, p. 118) afirmam que a...

a solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas competências, pré-requisitos para o desafio desta equipe, fica desestimulada pelo detalhamento das funções de cada profissional. [...] O PSF, com seu caráter prescritivo, não contribui para a superação deste problema, e pode propiciar aos profissionais assumirem a atitude que predominantemente assumem hoje: isolar-se em seus núcleos de competência. [...] Ao contrário, “o campo de competência” ou “campo do cuidado”, além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado.

Tal situação é de extrema delicadeza e preocupação, devido aos gerentes estarem trabalhando a promoção da saúde, numa perspectiva disciplinar de núcleo, e não de campo, e insistentemente, verbalizarem que não possuem tempo, pela sobrecarga de trabalho, pois a cada dia aumentam as atribuições. Então, como deixar as ações de promoção da saúde sob a responsabilidade do gerente de território, se eles já apresentam sobrecarga em suas produções sanitárias?

Rodrigues e Araújo (2007, p. 7) acreditam que se deve...

construir novos modelos de processo de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que possibilitem combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas de resultados, cura, proteção e promoção, é tarefa urgente a ser realizada pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

O gerente não deve estar enclausurado no espaço do CSF, vinculado apenas às demandas gerenciais internas, ou atuando no território, vinculado às ações de saúde, porém não pode prescindir de nenhuma delas. Gerenciar um território da ESF exige muitas habilidades e responsabilidade, sem dúvida alguma.

Outra ação desenvolvida pelos gerentes é o cuidado a partir de ações programáticas ou pelo modelo da oferta organizada, a exemplo de se ter um turno de atendimento exclusivo para a consulta de pré-natal, de puericultura, aos portadores de tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial sistêmica, diabetes

mellitus, para visita domiciliar dentre outros. A ESF ainda não conseguiu subverter essa lógica de organização do modelo de atenção que, muitas vezes, reprime a demanda espontânea, e configura sua organização em ações curativistas do tipo enfermeiro-centrada, médico-centrada ou dentista-centrada.

Quanto a essa lógica organizativa, Merhy (2005, p. 119) a destaca como maior ponto atual de tensões dos processos de produção em saúde:

A lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção de procedimentos como cuidado, como por exemplo, a tensão nos moldes médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura;

A lógica da produção de atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e exclusivamente presas as competências específicas de alguns deles, como por exemplo: as ações de saúde enfermeiro-centradas ou médico-centradas, sem ação integralizadas e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e procedimento centrada e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde.

Por conta do crescimento geométrico das necessidades e demandas e dos gastos com o setor saúde, urge a mudança em tal prática assistencial, sendo o processo de trabalho das equipes de saúde, um dos marcos iniciais para a respectiva mudança.

Segundo Paim (1999, p. 205), é a “[...] organização social das práticas de saúde que vai explicar um dado modelo de atenção, contemplando necessidades sociais do conjunto da população ou demandas individuais de consumo médico, pelas leis do mercado ou socializadas pela ação estatal [...]”. O MS aponta como um dos principais desafios institucionais da ESF a “[...] contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com reforço às estruturas gerenciais nos municípios e estados [...]” (BRASIL, 2005f, s./p.).

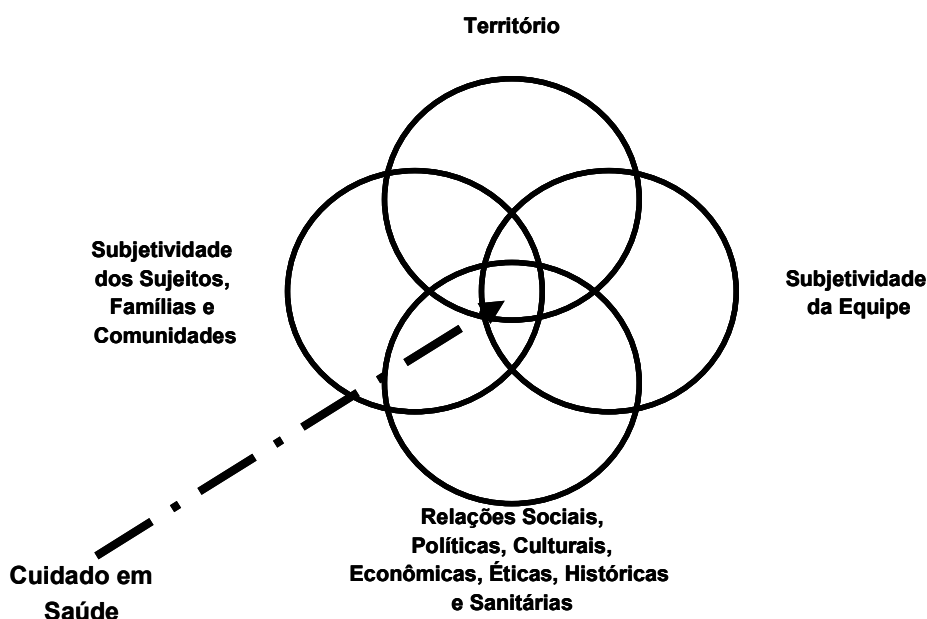
O gerente, durante seu processo de produção, tem a responsabilidade de cuidar das famílias, sujeitos e comunidades adscritas, da equipe, de si, do CSF, e, principalmente, do território sanitário.

Leonardo Boff (1999), em sua obra **Saber cuidar: ética do humano – compaixão da terra** apresenta o cuidado como *ethos* do humano e mostra a necessidade de estar cuidando de forma ética, dos seres humanos, das relações entre homem e natureza, da fauna, da flora, e, principalmente, da terra. O gerente do território, com sua equipe, tem de buscar abrir-se para essas diferentes maneiras

de cuidar, e atentar para a responsabilidade de estar cuidando não somente dos seres humanos, mas também de suas relações e subjetividades¹³², e desenvolver, com a participação das comunidades, o cuidado ecológico.

Na obra de Félix Guattari (1990), **As três ecologias**, este afirma existir uma articulação ético-política, uma ecosofia, entre três registros ecológicos básicos: o do meio ambiente, o das relações sociais e o da subjetividade humana. A partir desta leitura, foi possível construir a Figura 20, na perspectiva de visualizar a ecologia da produção do cuidado em saúde na ESF. Na figura, desconsidera-se o termo meio ambiente, por considerá-lo limitado, sem base teórica consistente, e opta-se pela apropriação do termo/conceito de território.

Figura 20 – Ecologia da Produção do Cuidado em Saúde



A produção do cuidado em saúde, conforme mostrado na Figura 20, leva em consideração o território com suas simbologias e população adscrita, onde estão as famílias, sujeitos e comunidades, vivenciando relações sociais, políticas, culturais, econômicas, éticas e sanitárias, historicamente instituídas, em que se

¹³² Subjetividade é um “modo próprio e específico de ser e atuar no mundo e em relação com os demais” (CAPOZZOLLO *et al.*, 2005, p. 75).

permite o encontro de subjetividades destes com as subjetividades da equipe sanitária.

Segundo Vanderlei e Almeida (2007, p. 445) a gerência, no caso da ESF, que se...

utiliza mais de tecnologias leves – das relações – e considera os profissionais de saúde e os usuários como atores em potencial na produção das ações de saúde, inclusive compreendendo-os como co-responsáveis do trabalho em saúde, se contrapõe à racionalidade gerencial burocratizada, normatizada e tradicional.

A análise micropolítica do processo de trabalho de gerência Fracolli e Egly (2001, p. 17), apontou que a enfermeira...

ao desempenhar um papel gerencial, o faz como uma visão idealista e disciplinadora do trabalho em saúde e “frustra-se” ao perceber que as “coisas” não acontecem como ela espera, chegando algumas vezes a tomar para si a “culpa” dos “quebras” cotidianos do processo de trabalho. Tal fato torna o trabalho gerencial uma fonte constante de tensão para a enfermeira.

O processo produtivo em saúde, conforme Franco (2003, p. 129), “se dá por meio das relações entre a equipe de trabalhadores, e destes com os usuários, os processos de subjetivação, a partir da experiência da saúde, atravessam os diversos modos de produção do cuidado”. O componente da subjetividade deve ser considerado a todo o momento, durante a análise dos processos de trabalho, principalmente, quando focados na micropolítica. Para o autor, falar de subjetividade no contexto do processo de trabalho, “justifica-se pelo fato de que cada indivíduo possui um modo próprio de estar no mundo, de produzir e estabelecer relações, determinando uma forma singular de agir [...]” (FRANCO, 2003, p. 160).

4.6.1.4 Gerenciamento de pessoas.

Elaborar escalas de motorista, escala de enfermeiro, escala de zeladores, todas as escalas de funcionários. A questão de estar cuidando, cobrando das pessoas, as responsabilidades de cada um. As rotinas dos auxiliares administrativo, do auxiliar de serviço, que lá a gente já implantou foram as primeiras que a gente fez. Uma coisa que é muito difícil, que dói muito é a parte dos Recursos Humanos. Primeiro porque a gente se sente muito despreparado, depois porque é uma “autonomia”. A gente ver aquele problema, repassa, mas muitas vezes fica impotente em relação, diante de uma situação em que os colegas cobram do gerente certas soluções que não estar no nosso domínio de jeito nenhum. E outra coisa que pega muito é a demora na solução dos

problemas que a gente leva, quer seja de recursos humanos, quer seja estrutural, então a gente tem sempre que está pedindo várias vezes a mesma coisa [...].

O gerenciamento dos trabalhadores de saúde é uma das principais dificuldades apontadas pelos gerentes no gerenciamento do território. O DSC aponta que as ações acerca do gerenciamento de pessoal que os gerentes exercem estão centradas na elaboração de escalas, controle sobre os trabalhadores e está sistematizando o processo de trabalho dos mesmos.

Segundo Campos (1997a, p. 259),

na verdade, termina-se atribuindo à gerência o grosso da função de controle sobre os processos de trabalho. No entanto, sabe-se que há uma tradição brasileira em gerenciar o trabalho em saúde segundo regras tayloristas, normatização burocrática, supervisão direta e controle de horário e de produtividade.

Numa perspectiva de gerenciamento do território na lógica da gestão participativa, a gestão de pessoas não se restringe ao controle dos trabalhadores com o ditar de ações que comporão seu processo de trabalho, mas sim agregá-los como parceiros numa lógica horizontalizada, em que o coletivo de trabalhadores de saúde tenha como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida da clientela, com a conseqüente satisfação da mesma.

Para Chiavenato (1999, p. 9), as “[...] pessoas constituem o principal ativo da organização. Daí a necessidade de tornar as organizações mais conscientes e atentas” a seus trabalhadores. Segundo o autor, a gestão de pessoas se baseia nos seguintes aspectos fundamentais: as pessoas como seres humanos; as pessoas como ativadores inteligentes de recursos organizacionais; e, as pessoas como parceiras da organização. Quanto à utilização das pessoas como recursos ou parceiros, o autor faz a seguinte diferenciação, mostrada no Quadro 13.

Quadro 6 As pessoas são recursos ou parceiros da organização?

Pessoas como Recursos	Pessoas como Parceiros
<ul style="list-style-type: none"> • Empregados isolados nos cargos • Horário rigidamente estabelecido • Preocupação com normas e regras • Subordinação ao chefe • Fidelidade à organização • Dependência da chefia • Alienação em relação à organização • Ênfase na especialização • Executoras de tarefas • Ênfase nas destrezas manuais • Mão-de-obra 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboradores agrupados em equipes • Metas negociadas e compartilhadas • Preocupação com resultados • Atendimento e satisfação do cliente • Vinculação à missão e à visão • Interdependência entre colegas e equipes • Participação e comprometimento • Ênfase na ética e na responsabilidade • Fornecedoras de atividade • Ênfase no conhecimento • Inteligência e talento

Fonte: CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999. p. 7.

É importante reforçarmos que os trabalhadores de saúde não são insumos, por isso não se pode denominá-los de recursos.

Chiavenato (1999, p. 9) aponta ainda como objetivos da gestão de pessoas, o seguinte:

Ajudar a organização a alcançar seus objetivos e realizar sua missão [...].

Proporcionar à organização empregados bem qualificados [termo nosso] e bem motivados [...].

Aumentar a auto-atualização e a satisfação dos empregados no trabalho [...].

Desenvolver e manter qualidade de vida no trabalho [...].

Administrar a mudança [...].

Manter políticas éticas e comportamento socialmente responsável.

Pinheiro (2004) afirma que um sistema de saúde é formado, principalmente, por pessoas, que atuam no processo de criação, organização, comando e controle das atividades. A autora afirma ainda, que na ESF o gerenciamento compreende o processo de trabalho com pessoas.

A gestão de pessoas na ESF tem uma singularidade muito própria, devido o cuidado está centrado, principalmente, na família. Com isso, os gerentes e demais trabalhadores de saúde devem apropriar-se de práticas de organização do trabalho, como referências aos princípios éticos e elos que regem as famílias. E os gerentes

buscarem rever suas práticas de gerenciamento de pessoal, com um enfoque mais centrado na democracia participativa. Pois, assim como a família é o principal patrimônio da ESF, os trabalhadores de saúde são patrimônios do trabalho em saúde no cuidado estas no território da APS, reforçando, são a força de trabalho em saúde.

4.6.1.5 Manutenção e organização do Centro de Saúde da Família.

Dou uma olhada, primeiro na qualidade da limpeza, uma das coisas que eu mais olho, se o posto está muito sujo, e por mais que você limpe não tem aquela aparência de limpo. Então, por mais que as pessoas achem que está sujo, a gente procura deixar limpinho, que não vai ter problema, a qualidade da limpeza. Ver a organização das salas, a limpeza dessas salas. Ver se todos os aparelhos de ar condicionado estão funcionando, as lâmpadas, os banheiros, [...] as cadeiras não estão quebradas, manutenção, arquivos. Ver como está a organização dos prontuários, a organização do SAME, os agendamentos. Na organização do serviço vemos a sala de curativo, todas essas salas que tem risco de contaminação, tanto para o paciente quanto para o profissional. Visita a todos os setores de uma forma geral, odontologia, vacinação, a parte dos exames. Ver como está a limpeza, abastecer o setores, em termos de material de limpeza, a preocupação de ver a medicação porque até a dinâmica da CAF [Central de Abastecimento Farmacêutico] hoje a gente tem que condensar todos os pedidos, não ficar mandando todo dia, uma coisinha que faltou, a gente tem que fazer a listagem do que está faltando pra ver se chega a contento a medicação na unidade. Outra coisa que a gente faz muito também, [...] passar na unidade pra ver [...] como está a sala de vacina, pra ver se a geladeira está na temperatura correta, como é que estão os mapas do preenchimento do dia, se está correto, a temperatura do isopor, se está ficando limpo, [...] como é que ficou a vacina do dia pro outro. A sala de vacina a gente sempre tem um olhar muito pesado, porque é muito complicado, [...] o acondicionamento, se está adequado, tanto os imunobiológicos que estão em uso e os que já estão desuso, o estoque de vacina, o atendimento em si. Dou uma olhada na farmácia. Criei nos setores pessoas responsáveis. Lá na sala de aerossol [...] o que estiver quebrado a auxiliar de enfermagem que é responsável de lá, [...] me avisa [...]. Tanto a do TRO, quanto a da copa, a moça da limpeza da parte de cima do posto e de baixo [...]. De acordo com que elas foram me dizendo eu vou tentando agilizar. Normalmente, na semana eu tiro um dia para dar uma geral nesses setores e tá vendo com elas, o que é que estar quebrado para agilizar. Faz testagem de equipamentos, ver se a balança tá tarada ou não. A gente é responsável por todo o serviço, desde o mais [...] elementar ao mais relevante.

O cuidado com a organização, higienização e manutenção do CSF, tem sido considerado uma grande responsabilidade, apresentada no DSC dos gerentes. Os gerentes referem que, constantemente, visitam os diversos setores para supervisão da organização e higienização, como para avaliar equipamentos e estruturas que necessitem de manutenção, conserto ou reposição.

Durante as vivências do pesquisador nos territórios, como preceptor de enfermagem, tem-se presenciado que o tempo do gerente para o cuidado com o CSF, seja na organização ou na manutenção, é extremamente limitado, aproveitando os poucos momentos para o desenvolvimento de tal ação, que quase sempre são absorvidas pelos auxiliares de enfermagem.

A organização e supervisão dos diversos serviços existentes no CSF, sob a responsabilidade administrativa do gerente, podem ter sua responsabilidade técnica delegada a terceiros, a exemplo do que historicamente vem acontecendo, em que os enfermeiros são responsáveis pela organização da sala de vacina e a dispensação de imunobiológicos, sala de TRO, de esterilização, de curativos e procedimentos diversos, de aerosolterapia dentre outros. Tais responsabilidades técnicas foram sendo assumidas pelos enfermeiros a partir da institucionalização de políticas, programas e serviços de saúde, como os dos SESP, 1942, dos Programas de Saúde Pública nos anos 1970, a partir do modelo de atenção das Ações Programáticas de Saúde, do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS, 1976, das Ações Integradas de Saúde-AIS, 1984, do Sistema Único e Descentralizado de Saúde-SUDS, 1987, e do próprio Sistema Único de Saúde-SUS, criado na Constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas Leis Nº 8.080/1990 e Nº 8.142/1990, e, por conseguinte, com a institucionalização das Estratégias de ACS e de Saúde da Família.

No caso de Sobral, em que 100% dos gerentes dos territórios da ESF são enfermeiros, muitas destas ações que poderiam ser delegadas, estão sendo naturalmente absorvidas pelos mesmos, o que vem sobrecarregando e levando os mesmos a uma sobreposição de atividades em seu processo individual de produção sanitária, não permitindo a realização de uma supervisão mais aguçada, criteriosa tanto do serviço, quanto do processo de trabalho dos trabalhadores que atuam nesses espaços.

No caso do auxiliar de enfermagem que vem absorvendo esta ação, o mesmo segundo, normas do MS e a própria Lei do Exercício Profissional – Lei Nº 7.498/1986 – não possui responsabilidade técnica e legal para tal. A preceptoria de enfermagem vem insistindo/motivando os gerentes a descentralização por delegação de tais práticas, para os enfermeiros assistenciais do território, fato que permitirá uma gestão colegiada com responsabilidade técnica do CSF.

4.6.1.6 Transporte sanitário e da equipe.

a questão dos transportes, que é uma coisa a mais, que o gerente da sede não tem que é o controle dos transportes. Agendamento de quem vai hoje [...]. No caso de emergência, o carro que tem que ajeitar para as pessoas que tem que vir fazer exames em Sobral, uma consulta, [...] você já tem que programar a questão do carro. Temos que ficar indo atrás dos transportes. Temos que prestar conta de gastos com almoxarifado, transportes.

O cuidado com o transporte, seja a ambulância nas urgências ou o que desloca a equipe para o território de atuação ou a clientela quando no agendamento de exames especializados dentre outros, faz parte do processo de trabalho dos gerentes da zona rural. Os gerentes controlam agendamento de atividades e escala de motoristas, encaminha veículos para manutenção, requisita reparos aos setores competentes, analisa os gastos com veículos alugados dentre outros.

A responsabilidade pelos transportes, conforme o DSC parece ser uma responsabilidade a mais para os gerentes. Mas, o transporte da equipe, principalmente, as da zona rural ou áreas de difícil acesso, desde a implantação do PSF em 1994, tem sido uma exigência fundamental do programa. A equipe da ESF que possui um transporte, principalmente, na zona rural, facilita seu planejamento e a organização do processo de trabalho, permitindo o deslocamento para micro-áreas distantes ou de difícil acesso.

Pesquisa realizada em municípios do Ceará por Serapioni e Silva (2006, p. 46) acerca da qualidade da ESF, identificou que o transporte utilizado pelas equipes da ESF são de propriedade da prefeitura, ou alugados de locadoras prestadoras de serviços ou ainda, adquiridos por meio do Programa de Apoio as Reformas Sociais para a Criança e Adolescente-PROARES. Sendo que, a maioria desses carros encontra-se em péssimo estado de conservação.

A partir de vivências nos territórios da ESF, em vários municípios do Ceará, percebe-se que muitas equipes deixam de visitar e prestar cuidados às puérperas e aos RN ou aos idosos acamados, portadores de doenças crônicas, e sujeitos em situação de risco ou vulnerabilidade, devido à inexistência de transporte exclusivo. Tal situação vem levando, cada vez mais, as equipes, principalmente, enfermeiros e médicos, seja da zona urbana ou rural, a centrarem seu processo de trabalho nas dependências do Centro de Saúde, com ações assistenciais, formais, assim reduzindo as práticas sanitárias de prevenção de doenças e promoção da saúde em todo o território sanitário.

Então, como se exigir uma maior produtividade e reversão do modelo assistencial pelas equipes, sem os instrumentos necessários a efetivação do processo de trabalho? A resposta fácil é: quase impossível! Não se pode exigir que os trabalhadores de saúde pintem um arco-íris sem que disponham de instrumentos necessários para tal, como pincéis, tintas e o conhecimento sobre a classificação e a ordem das cores.

4.6.1.7 Vigilância epidemiológica do território.

A questão da vigilância epidemiológica, dos casos de notificação, [...] se tiver um caso de Tb [tuberculose], se não notificar, não tem medicação. Então, se de repente estoura um caso, aí ligam lá para unidade e perguntam: Cadê a gerente? [...] Um dia desses foi um caso de leishmaniose, que era de uma área vizinha a minha, [...] aí eu tive que articular com a outra equipe e depois passar para a epidemiologia, que não era minha.

O processo de trabalho dos gerentes, conforme o DSC, encerra também a vigilância epidemiológica dos agravos de notificação compulsória, como também as diarreias e as IRA.

No Brasil, o termo vigilância epidemiológica passou a ser utilizado para o controle de doenças transmissíveis, a partir da década de 1950, com o intuito de designar as atividades subseqüentes à erradicação da malária. Referia-se inicialmente, a sujeitos, ou melhor, a casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e seus comunicantes. Já na década de 1960, com o Programa de Erradicação da Varíola também instituiu uma fase de vigilância epidemiológica, subseqüente à de vacinação em massa da população. Em 1968, a 21ª Assembléia Mundial de Saúde adotou o temário da vigilância epidemiológica, firmando seu

conceito e permitindo sua utilização a diversos problemas de saúde pública, além das doenças transmissíveis, a exemplo das malformações congênitas, envenenamentos na infância, leucemia, abortos, acidentes, doenças profissionais dentre outros. No caso Brasil, a institucionalização da vigilância epidemiológica se deu a partir da Campanha de Erradicação da Varíola, no período de 1966-1973, levando a FSESP a organizar, em 1969, um sistema de notificação semanal de doenças selecionadas, com a disseminação posterior das informações em boletim epidemiológico, fato que motivou o desenvolvimento de ações de impacto no controle de doenças evitáveis por imunização. Um dos principais resultados destas ações foi o controle da poliomielite na década de 1980. No ano de 1975, por recomendação da 5ª CNS, o MS instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica-SNVE, tornando obrigatória a notificação de doenças transmissíveis estabelecidas previamente por portaria (BRASIL, 2005g, p. 20).

A utilização da vigilância no sistema de saúde, segundo Teutsch e Churchil (2000 *apud* WALDMAN, 2007, p. 510), deverá possuir um ou mais dos objetivos que seguem:

Identificar novas doenças ou eventos adversos à saúde.

Detectar epidemias e documentar a disseminação de doenças.

Estimar a magnitude da morbidade e mortalidade causadas por determinados agravos.

Identificar grupos e fatores de risco envolvendo a ocorrência de doenças, assim como resíduos de fontes de infecção e de suscetíveis.

Recomendar, com bases objetivas e científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde.

Avaliar o impacto de medidas de intervenção e a adequação das táticas e estratégias aplicadas.

Revisar práticas antigas e atuais de sistemas de vigilância com o objetivo de propor novos instrumentos.

São funções da vigilância epidemiológica, segundo o MS (BRASIL, 2005g):

Coleta de dados;

Processamento dos dados coletados;

Análise e interpretação dos dados processados;

Recomendação das medidas de controle apropriadas;

Promoção das ações de controle indicadas;

Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;

Divulgação de informações pertinentes.

Em cada uma das fases da vigilância epidemiológica são emanados esforços de um processo de trabalho parcelar ou coletivo. No caso da ESF, atualmente, por seu caráter coletivo, é praticamente inaceitável realizar a vigilância epidemiológica no território por apenas determinado trabalhador de saúde. A vigilância epidemiológica, por ser processual, agrega os diferentes trabalhadores da equipe de saúde, exigindo responsabilidade sanitária no cuidado atento ao território. A vigilância epidemiológica constitui ação transversal, não especialização. O gerente, por sua vez, tem papel fundamental no gerenciamento das informações e controle das ações, como também o provimento de insumos necessários à vigilância epidemiológica do território.

4.6.1.8 Consolidação e análise de mapas dos Sistemas e Informação em Saúde-SIS.

Quase todas as semanas nós temos os mapas, que tem que enviar para vários setores, tem uns que são semanais que muitas vezes nós não fazemos, mas temos que revisar, e têm outros que são mensais, que coincidentemente, quase toda semana a gente tem que está enviando os mapas, as notificações. Eu ajudo a está consolidando o SIAB, tanto da equipe que eu faço parte [como enfermeiro assistencial], quanto da segunda equipe [...], e o BPA [Boletim de Produção Ambulatorial]. Além de eu também está olhando e conferindo o mapa de vacinas, se está indo certo, os mapas que são enviados para zoonoses, de anti-rábico, [...] está conferindo para ver se está mandando certo, porque o mapa de vacina é feito pela auxiliar de enfermagem. Semanalmente estou conferindo o mapa e enviando [...] o mapa das IRA e diarreias, os das doenças de notificação. Todos esses mapas têm que passar pela gente. Mapas também da medicação. Tem que ser preenchido o Sis-pré-natal. Eu delego muitas funções nessa parte de mapas. Essa alimentação das informações desses dados vai gerar recursos, e que vai manter a unidade.

O DSC aponta, como uma das responsabilidades do processo de trabalho dos gerentes, a vigilância epidemiológica, o que exige a conseqüente alimentação dos SIS. Para isso, os gerentes têm a tarefa de estar preenchendo, conferindo e consolidando uma infinidade de impressos e mapas dos diversos SIS.

Os SIS, segundo Carvalho e col. (1998, p. 79) refere-se a um “conjunto de mecanismos de coleta, processamento e armazenamento de dados, visando à produção e à transmissão de informações para a tomada de decisões sobre as ações a serem realizadas, avaliando os resultados da sua execução e o impacto”. Pinheiro (2004) afirma que os SIS constituem-se numa ferramenta suporte a organização e gestão dos serviços de saúde, integrando a estrutura organizacional dos mesmos, contribuindo para o cumprimento dos objetivos institucionais e técnico-operacionais, além de oferecer subsídios para o planejamento do cuidado aos sujeitos e/ou coletividades. Para autora, o processo de trabalho dos gerentes durante o gerenciamento de UBS deve possuir como base os SIS, contribuindo conseqüentemente, para a construção de conhecimento local e colaborando diretamente para a implantação de um modelo assistencial que tenha por base os princípios e diretrizes do SUS.

Os SIS para Silva Júnior (*et al.*, 2005, p. 146), configuram-se em um “instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde”. Segundo os autores, um dos objetivos dos SIS, na concepção do SUS, é “possibilitar a análise da situação de saúde no nível local considerando a influência das condições de vida da população no processo saúde-doença e orientar a tomada de decisão”.

No território da ESF, existem formulários referentes aos:

a) Mapas de atendimentos diários de toda equipe, que geram os Boletins de Produção Ambulatorial-BPA para alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial-SIA;

b) Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB produzidos, principalmente, pelo ACS;

c) Sistema de Controle do Câncer do Colo Uterino-SIS-Colo, que gera as informações das consultas e exames de prevenção do câncer de mama e de colo uterino;

d) Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose-SILTb;

e) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-SINASC, com formulários referentes aos eventos de nascimento que ocorreram no território;

- f) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação-SINAN por meio das fichas de investigação epidemiológica e de notificação compulsória;
- g) Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM - formulários - declarações de óbitos - referentes aos eventos de morte que ocorreram no território;
- h) SIS-Pré-natal, com formulários de cadastro e acompanhamento das mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério;
- i) HIPER-DIA - formulários de cadastro e acompanhamento mensal dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*;
- j) SIS-PNI do Programa Nacional de Imunização - consolidados das doses de imunobiológicos administradas no território;
- k) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN, que coleta informações acerca da situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes de grupos específicos;
- l) Notificações de imunização com a vacina anti-rábica;
- m) Censo dos cartões das crianças menores de um ano de cada território;
- n) Bolsa Família, Bolsa Escola, Vale Gás, Fome Zero, além dos cadastros de novas demandas de programas e políticas governamentais oriundos da assistência social, educação, agricultura, pecuária dentre outros, quase sempre realizado pelo ACS, acompanhado pelo enfermeiro da área, com supervisão final do gerente.

Apesar da equipe de saúde e, principalmente, o gerente dispor de inúmeros SIS, vê-se nos territórios a grande dificuldade da utilização dos mesmos, devido à falta de tempo e de habilidade para a interpretação das informações geradas a partir destes. Os mais expressivos, para o território, alimentam a sala de situação em saúde. Os demais, raramente são analisados pela equipe, não por irresponsabilidade da mesma, mas pela inexistência nos territórios de um sistema de gerenciamento de informação que processe e permita uma análise complexa das informações geradas pelos diferentes SIS. É comum ouvir de gestores e demais trabalhadores de saúde que os “SIS não conversam entre si”, fato que dificulta seu uso.

Tal realidade nos territórios está dissonante do que o MS prega acerca dos SIS, ao afirmar que os mesmos são...

parte dos sistemas de saúde; como tal, integra suas estruturas organizacionais e contribui para sua missão. É constituído por vários subsistemas e tem como propósito geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões. Para tanto, deve contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações (BRASIL, 2005g, p. 68).

Seria de grande importância que o MS, por meio do DATA-SUS, provesse os municípios de uma ferramenta gerencial dos SIS informatizada, que permitisse a equipe gestora municipal e dos territórios da ESF utilizar mais facilmente destas informações, e, a partir destas, subsidiar as discussões nas Rodas dos Territórios para um melhor planejamento do processo de trabalho.

4.6.1.9 Coordenação de rodas e reuniões.

Eu começo sempre a semana me reunido com os agentes de saúde, a gente faz um resumo do final de semana, se aconteceu alguma novidade e o que ficou para ser feito, tá sempre cobrando, porque mesmo tendo acontecido a reunião da gente na quinta-feira, mas é impressionante como ninguém anota nada, é tudo na cabeça. Se a gente não estiver cobrando, lembrando, não vou nem dizer cobrando, sim lembrando, as coisas passam pela gente também e acaba atropelando. Diariamente se tem reunião com as agentes de saúde, [...] se não ficar cobrando aquelas coisas pendentes, cai no esquecimento. A gente faz uma reunião todo dia de manhã depois da triagem, faz uma reunião com as enfermeiras para está repassando alguma coisa importante que a gente recebeu na reunião de gerente e também para elas estarem repassando para mim, algum fato da área delas que a equipe toda precisa está intervindo. Na unidade a gente realiza as mini-rodas, só com os auxiliares de enfermagem, só com os zeladores, [...] só com os enfermeiros, só com os ACS. De acordo com os problemas da unidade e os problemas que vão passando aqui para gente ou então, alguns informes que são passados pra gente na Reunião de Gerentes a gente organizar uma roda certo. Eu aproveito muito lá na unidade, o momento das mini-rodas não só pra reclamar, mas também, ma para a gente fazer a capacitação. Terça a gente está na educação permanente, quarta na reunião de gerentes e, na quinta nas rodas [dos territórios]. Então, a gente também está conferindo, organizando a roda. E na reunião de roda é que a gente junta todo mundo [...], e repassa todas as informações. Faz uma reunião semanal. [...] participo da reunião do Conselho Local de Saúde, que é mensal. Na

programação anual um dos nossos encontros é a reunião de pais e mestres.

O reunir-se, o encontrar-se e o planejar é um agir em saúde próprio do processo de trabalho dos gerentes. O DSC mostra que o gerente atua no planejamento, controle e avaliação do processo de trabalho da equipe a partir das Rodas do Território, rodas setoriais e reuniões parcelares. O encontro de subjetividades entre diferentes agentes do processo de trabalho em saúde na ESF é comum nas Rodas dos Territórios ou outras. A tomada de decisões coletivas, com base na gestão participativa, favorece a democratização do processo de trabalho.

Quanto à prática do planejamento com decisões coletivas, com base na democracia participativa, Cecílio (1997b) afirma que o mesmo garante a flexibilização do processo de trabalho em saúde, permitindo a participação não somente da equipe, mas também da comunidade e de lideranças políticas, o que contribuirá com mudanças no agir em saúde no território. Miranda (2007) aponta ainda, que as relações harmoniosas entre trabalhadores de saúde e gerente devem ser priorizadas, com o intuito de melhorar a qualidade do serviço. Na co-gestão segundo a autora, está a chave para essa forma de gerenciar.

No que concerne à gestão participativa, democrática no setor saúde, Dantas (2006) afirma que a democracia é um conceito e uma prática que precisa ser assumido e disseminado por todos os agentes da sociedade, no caso da ESF, por toda a equipe de trabalhadores de saúde, clientela, gestores e lideranças política.

O processo de democratização dos serviços de saúde, conforme Campos (1997a, p. 260), “pressupõe [uma] certa concentração de poder político suficiente para abrir canais de participação ou, pelo menos, para garantir espaço aberto, de baixo para cima, pelas bases”. Lück (2006) democracia são dois termos inseparáveis, mas nem sempre na prática andam juntos. Pois, a democracia transcende a participação e nem sempre se permite a participação, o entrar em cena de maneira que sejam assegurados os direitos e deveres.

As rodas no processo de organização e planejamento do território representam importante ferramenta de gestão. Tal prática está melhor detalhada no item 7.2 “Planejamento do Processo de Trabalho da Equipe na Roda”.

4.6.1.10 Negociação com a Central de Marcação de Consultas.

Um exame que [...] não consegue marcar, a gente vai e ligar para a central, fala com a pessoa responsável para ver se tem como adiantar ou se consegue esse. A menina da central, ela já sabe que alguns exames quando nós gerentes pedimos a resposta vem mais rápido. Acontece. Acontece! Mas, é verdade isso. Quando não é a comunidade que acha que está demorando demais e ela vêm querendo resposta e aí a gente vai ver o que está acontecendo se realmente foi um descuido ou se não está acontecendo [...] tendo o mesmo procedimento [na Central de Marcação de Consultas].

A Central de Marcação de Consultas de Sobral é um complexo regulador de abrangência macrorregional, em que os municípios, a partir de um terminal telefônico, e tendo por base a pactuação prévia ocorrida na Programação Pactuada Integrada-PPI estadual, negociam agendamento de consultas e exames especializados, além de cirurgias eletivas ou de urgência.

No caso da pactuação interna pelos CSF, ocorre da mesma maneira. Cada território possui um trabalhador de saúde responsável pela realização do agendamento. Após a triagem, ou consulta médica, consulta de enfermagem ou atendimento odontológico – como descrito na Figura 19 – , quando necessário, o cliente se dirige para local especificado, deixando requisição de encaminhamento ao serviço especializado para posterior agendamento. Ao consolidar o agendamento, o responsável pelo setor encaminha, pelo ACS da área do cliente, o informe da data, horário e local de realização.

Quando na Central de Marcação há um excesso de demanda para agendamento, o gerente, conforme o DSC, busca articulação pessoalmente com as videofonistas, para agilizar determinados procedimentos. É uma espécie de fura fila, com o intuito de dá respostas mais rápidas às demandas da clientela, instruída pela idéia da classificação de risco.

4.6.1.11 Responsabilidade sanitária pelo território.

O gerente é responsável pelo território todo, embora às vezes a gente não tenha área. Sei que é muito pior quando você tem é claro, sem dúvida. Mas você acaba também, sendo responsável pelo território todo, porque quando acontece algum óbito infantil, algum problema com a gestante eles [outros setores da Secretaria da Saúde] sempre ligam pra unidade se referenciando ao gerente. O gerente tem que está percebendo como é o perfil da sua comunidade, como é o perfil do seu território, para poder saber como é que vai trabalhar.

O DSC demonstra que a visão que os gerentes têm do território constitui parte integrante de seu processo de trabalho e da responsabilização sanitária para com o mesmo. Carvalho e col. (1998) afirmam que o território pertence a uma determinada sociedade e esta o transforma e responsabiliza-se pelo mesmo, articulando forças sociais.

O CONASS (BRASIL, 2007d, p. 75) estabelece que...

a ESF é a estratégia organizativa da APS no SUS, [...] reafirmando a necessidade de tornar a prática assistencial no Saúde da Família uma prática integral, por meio da responsabilidade clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na co-responsabilidade pela saúde da população no seu território [...].

Os gerentes têm um papel fundamental durante o seu agir, que é a responsabilização pelo território, o controle sobre o processo saúde-doença ali desenvolvido, na vigilância, na territorialização sanitária como ferramenta constituinte do planejamento do processo de produção em saúde.

4.6.2 Planejamento do Processo de Trabalho da Equipe na Roda.

O planejamento, como já dito, é um pilar importante da Saúde Coletiva, sobretudo daquele com enfoque participativo. A ESF deve planejar o território sanitário, a partir da territorialização, por meio de práticas coletivas, a exemplo do Método da Roda, com base na gestão participativa. Um território da ESF que não planeja sua organização, em pactuação interna com a equipe e externa com as famílias e comunidades, incentiva o trabalho fragmentado, centrado na doença, dificultando o processo de descentralização do setor saúde e de outros afins, para espaços inframunicipais.

Apesar de todos os avanços do SUS e da própria ESF, conforme afirma o MS, a “gestão descentralizada da saúde ainda enfrenta o desafio de encontrar mecanismos que superem a fragmentação de estruturas municipais, muitas vezes, atomizadas com iniquidades na qualidade e na oferta de acesso [...]”, comprometendo o objetivo maior que é a legitimidade do sistema, como também, a missão dos sistemas de saúde, que é a da atenção integral em busca da melhoria da qualidade de vida com a conseqüente satisfação do usuário (BRASIL, 2006o, s/p.).

No caso da ESF, para organização do território, Silveira Filho (2005, p. 16) sugere que as equipes de saúde realizem, dentre outras ações, o planejamento participativo, com os seguintes objetivos:

[...] conhecer os fatores determinantes do processo saúde e doença da comunidade adscrita; estabelecer prioridades e traçar estratégias para enfrentar problemas detectados; conhecer o perfil epidemiológico da população; garantir estoque de insumos necessários para o funcionamento do trabalho. as principais ações de planejamento das equipes são: realizar apropriação do território, com a espacialização das diferenças e desigualdades entre as microáreas, e a identificação dos grupos prioritários para atenção e assistência programada; planejamento do cuidado longitudinal às famílias, identificando aquelas que convivem com situações, conflitos que propiciam o aparecimento ou agravamento dos quadros patológicos; identificação e proposição de parcerias com a Rede Social, Comunitária, de Apoio Intersetorial para a superação dos principais problemas comunitários [...].

Para Tinôco (1980, p. 248) o planejamento como um “[...] processo racionalizador de decisões voltadas para a mudança de situações consideradas não-satisfatórias, tem um grande papel a desempenhar”.

Quanto às definições de planejamento, Ciampone e Melleiro (2005, p. 38) o definem como a “[...] arte de fazer escolhas e de elaborar planos para favorecer um processo de mudança [...]”. O planejamento “[...] compreende, assim, um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar a interação com a realidade, programar as estratégias e as ações necessárias, para alcançar os objetivos e metas desejadas e preestabelecidas” (TANCREDI *et al.*, 1998 apud CIAMPONE; MELLEIRO, 2005, p. 38).

Planejamento é concebido por Ferreira (2004) como:

- 1) ato ou efeito de planejar.
- 2) trabalho de preparação para qualquer empreendimento, segundo roteiro e métodos determinados; planificação [...].
- 3) processo que leva ao estabelecimento de um conjunto coordenado de ações (pelo governo, pela direção de uma empresa etc.) visando à consecução de determinados objetivos.
- 4) elaboração de planos ou programas governamentais, especialmente na área econômica e social [...].

A palavra planejamento, segundo Sampaio e Vasconcelos Filho (2006, p. 39), em “[...] seu sentido mais simples, significa ‘fazer um plano’. Como nome de uma disciplina operacional cientificamente fundamentada, Planejamento designa um conjunto de atividades que subsidia a tomada de decisão e refere-se a um cálculo

que preside e precede a ação”. Os autores afirmam ainda que o planejamento é um...

instrumento para facilitar o processo de gestão, podendo ser autoritário ou democrático, tecnocrático ou participativo. O objetivo do planejamento é buscar soluções para problemas de determinada cidade, região ou país, de forma organizada, responsabilizando indivíduos e envolvendo o poder. Suas etapas, de uma maneira geral, independente do método, escala ou teoria, são: diagnóstico, construção do plano e avaliação (SAMPAIO; VASCONCELOS FILHO, 2006, p. 40).

O planejamento para Tancredi, Barrios e Ferreira (1998, p. 15) é uma “[...] ferramenta que nos possibilita alcançar um ponto desejado no futuro, atravessando um caminho desconhecido entre o presente e o momento almejado [...]”. As autoras completam afirmando que o mesmo é um “[...] processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir aquela a que se pretende chegar” (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998, p. 14).

Paim (2007, p. 768) afirma que o planejamento “[...] permite que os diversos servidores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósitos claros e explícitos, do mesmo modo que os gestores da coisa pública poderão reconhecer e acompanhar o trabalho dos que se encontram sob sua orientação”. Ao se socializar o planejamento nos diferentes níveis da gestão, os trabalhadores aos poucos se apropriam do mesmo como ferramenta de trabalho, permitindo o alcance dos objetivos da instituição e, principalmente, da missão.

Planejar segundo Motta (2001, p. 43) é uma “[...] forma de ensinar interdependências, antecedentes e efeitos colaterais das ações da equipe. Provoca confrontações de ideais, argumentos e justificativas, por que determinadas coisas são feitas e outras não. [...] Planejar é uma forma de aprendizado”. O planejamento para Paim (2007, p. 768) atua na mobilização de vontades. “[...] A identificação dos problemas e dos meios de superá-los eleva a consciência sanitária das pessoas, facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde”. Para o autor, o “planejamento corresponde ainda a um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quê. Esta é uma interface com a política de saúde”. Pois, conforme o autor, para “[...] uma sociedade que se pretende democrática, essa forma de explicitação de uma política é fundamental para que os cidadãos e suas organizações próprias acompanhem a ação do governo e cobrem a concretização das medidas anunciadas”.

Teixeira (2001, p. 17) sugere como momentos do processo de planejamento os descritos a seguir:

a **Análise da Situação de Saúde**, que contempla a identificação, priorização e análise dos problemas de saúde;

o **Desenho da Situação-Objetivo**, que implica a identificação da “Imagem-Objetivo” que se pretende alcançar no médio e longo prazo, a definição dos cenários prováveis nos quais se estará atuando no curto prazo e a formulação dos Objetivos propriamente ditos;

o **Desenho das Estratégias**, que inclui a definição das linhas de ação, a análise de viabilidade das ações propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade;

a **Programação, Acompanhamento e Avaliação**, que corresponde à programação detalhada das ações a serem realizadas, concomitante aos estabelecimento dos mecanismos de acompanhamento e avaliação periódica dos resultados alcançados com a execução das ações propostas.

No caso da saúde, o propósito do processo de planejamento segundo Mário Testa (TESTA, 2005) é o de mudança social. A transformação social, para o autor, é se pensar na construção de uma nova sociedade, que se possa intervir na sua construção histórica, em que se pensa o planejamento como prática histórica e não como uma prática gerencial isolada.

O Pacto de Gestão de 2006 (BRASIL, 2006n, p. 31) aponta como diretrizes para o Planejamento em Saúde no SUS, as seguintes diretrizes:

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão, [...] com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersectorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

O Pacto apresenta a necessidade de construção do planejamento nos diferentes níveis de gestão do SUS, de maneira horizontalizada e solidária, com responsabilidade sanitária. No entanto, não aponta a necessidade de envolvimento

dos agentes de controle social e da participação popular no processo de elaboração do referido planejamento.

Segundo o CONASS (BRASIL, 2007d, p. 63):

Não é tradição consolidada no Brasil o planejamento das ações para definição de serviços de saúde. Em geral, os gestores utilizam os dados de séries históricas, que são fundamentais no processo de planejamento, mas carregam consigo um perigo que é a possibilidade de se estar cometendo o mesmo erro ao longo dos anos. Ou seja, o sistema pode conter vícios e, apesar de estável ao longo dos anos, pode ocultar uma despesa desnecessária e, por outro lado, não contabilizar uma ação que deveria estar sendo promovida, mas é negligenciada pela população, gestores e profissionais. [...] Portanto, além das séries históricas, é importante levar em consideração as diretrizes contidas na literatura, as políticas e ações programáticas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde e estudos das necessidades locais. O processo de planejamento envolve estudo da realidade local, adequação desta realidade às diretrizes contidas na literatura e no estabelecimento de um programa de metas.

A situação apontada pelos CONASS, mostra que no Brasil não há um planejamento no setor saúde centrado nas necessidades sociais e sanitárias, como também, nas concepções de risco. Quase sempre os governos utilizam das séries históricas dos serviços, que nem sempre representam dados fidedignos das condições sanitárias e agravos da população, devido, principalmente, devido a contabilização do número de procedimentos, somente ao ajuste do teto financeiro de cada serviço de saúde ou município; perfazendo, conseqüentemente, um número expressivo de glosas de procedimentos tanto do SIA quanto do SIH. Constituindo, portanto, um referencial frágil ao planejamento, não permitindo o envolvimento dos usuários do SUS.

No ano de 1988, a OMS, em publicação própria, apresentou alguns problemas existentes nos serviços assistenciais, que estavam dificultando a efetivação da estratégia de saúde para todos. Destacam-se os seguintes problemas (KEKKI, 1994, p. 302, tradução nossa):

As funções, as metas e os procedimentos, freqüentemente, estão mal definidos. [...]

Grande parte das informações obtidas com regularidade não se analisa nem se usa [...].

Os recursos a disposição do setor, não estão distribuídos equitativamente, nem se aproveitam como se deve [...].

É fato que, no setor saúde, em especial nos territórios da ESF, com sua complexidade de trabalho, baseada principalmente em tecnologias leves, relacionais

e comunicacionais, tecnologias leve-duras, organizacionais e de fluxos – de normatização burocrática e técnicas próprias para o desenvolvimento do processo de trabalho –, e no trabalho vivo em ato, em que a quantidade de demandas e ações a serem realizadas e a clientela apresenta uma tendência crescente, não se pode trabalhar com amadorismos e correr riscos de não se ter um planejamento construído coletivamente por gestores, trabalhadores de saúde e clientela – famílias, sujeitos e comunidades.

Assim, corroboramos com Artmann, Azevedo e Sá (1997) que apontam como um dos grandes problemas no desenvolvimento do processo de descentralização do SUS, a necessidade de um modelo de planejamento mais apropriado ao nível local de saúde, acrescido a isto, o envolvimento dos diferentes agentes locais.

No caso do gerenciamento de ações e serviços de saúde, Passos (2004, p. 3) afirma que os gerentes devem pautar em seu processo de trabalho o planejamento e avaliação destes em seu território de atuação, com o intuito de torná-los mais eficientes, eficazes e efetivos.

Os conteúdos das observações acerca do processo de trabalho dos gerentes nas Rodas de Gerente e dos Territórios no que concerne ao componente do planejamento, estão apresentados a partir das seguintes categorias: trato do coordenador da ESF com os gerentes, trato dos gerentes com suas equipes e operacionalização do planejamento.

4.6.2.1 Trato do Coordenador da ESF com os Gerentes e Trato dos Gerentes com suas Equipes.

Para construção dessa categoria foi priorizada a relação entre os sujeitos, que está apresentado em quatro subcategorias: autonomia, diálogo, negociação e participação.

4.6.2.1.1 Trato do coordenador da ESF com os Gerentes

- Autonomia

Autonomia, segundo o léxico é: “[...] 1) Faculdade de se governar por si mesmo, 2) Direito ou faculdade de se reger (uma nação) por leis próprias, 3) Liberdade ou independência moral ou intelectual, 4) Condição pela qual o homem pretende poder

escolher as leis que regem sua conduta” (FERREIRA, 2004, s/p.). Para o Ministério da Saúde autonomia é a:

Capacidade de aprender a pensar, argumentar, defender, criticar, concluir e antecipar, mesmo quando não se tem poder para, sozinho, mudar uma realidade ou normas já estabelecidas. Pressupõe que a organização do trabalho admita que as ações profissionais competentes transcendam as prescrições; porém não é sinônimo de independência e sim, de interdependência, entendida como responsabilidade e reciprocidade (BRASIL, 2003a, p. 12).

Campos (1997a, p. 229) apresenta como principal elemento para garantir a qualidade em saúde a...

combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores. Ou seja, haveria que se inventar modos de gerenciar que nem castrassem a iniciativa dos trabalhadores nem deixassem as instituições totalmente à mercê das diversas corporações profissionais. [...] Autonomia pressupõe liberdade, mas, para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas de outros.

Considerando-se as concepções supra-citadas sobre autonomia e as vivências de observação de campo, constatamos que mesmo os gerentes podendo criticar e argumentar acerca da pauta, dos informes apresentados e das ações deliberadas para execução nos territórios da ESF, os mesmos, nem sempre, possuem o poder de intervir contrariamente ou opor-se efetivamente ao que vem pré-determinado. O fato leva a um acirramento nas relações e a um endurecimento no modo de agir dos gerentes. Tal prática motiva a seguinte reflexão: Se Sobral acolheu a gestão participativa no setor saúde, como pode imperar processos dessa natureza?

Sabemos que a autonomia no setor estatal, ainda segue muito o modelo Taylorista de se administrar e não o Toyotista¹³³. A autonomia é limitada, parcial, outorgada, parece que a mesma ocorre por delegação de tarefas, de responsabilidades, com o fim de alcançar metas de maneira rápida, não levando em consideração o processo, a qualidade do produto final, a subjetividade dos sujeitos que estão envolvidos e nem o processo de organização do trabalho das gerências locais e de suas equipes. A autonomia é outorgada na “[...] medida em que ela é

¹³³ No toyotismo, o trabalho em equipe é um dos pilares da reorganização do processo de trabalho, associado a valorização do conhecimento múltiplo, em contraposição ao conhecimento especializado, comum ao fordismo (FRANCO, 2003).

'concedida' aos trabalhadores, mas se constitui, ao mesmo tempo, em uma ordem a ser obedecida [...]" (ENFIELD, 2003, p. 350).

Não parece que a prática dos gerentes, em Sobral, esteja realizando a seguinte consigna: "Se a autonomia e a natureza coletiva do trabalho passam a ser intrínsecas à nova organização do trabalho, a nova ordem é 'sejam sujeitos' e trabalhem em cooperação" (ENFIELD, 2003, p. 355).

No caso dos gerentes dos territórios da ESF, é importante que seja dado autonomia aos mesmos, mas sob controles objetivos, normalizados de modo participativo, para que estes possam exercer a autonomia real do trabalho, que é definida por Enfield (2003, p. 356) como o poder de "[...] 'fazer bem' e de 'fazer o belo', [...] reconhecido pelos seus pares. Essa autonomia permite proteger-se, uma vez que ela preserva o grupo como base identitária e possibilita um retorno sobre si mesmo, capaz de conferir um sentido ao trabalho". Segundo a autora a "[...] autonomia real é a iniciativa tomada, é a criação e o poder de decisão diante de uma situação imprevista".

Campos (2000, p. 33) ao se referir sobre a autonomia e o controle em processo de produção, afirma que:

O controle sobre a Autonomia dos trabalhadores é a fronteira que delimita o campo da maioria das teorias administrativas ou dos métodos de gestão. A Racionalidade Gerencial Hegemônica fundamenta-se na instituição de radical diferença de poder entre a cúpula diretiva e os agentes de produção. O exercício deste poder cuida de impor uma objetividade aos trabalhadores, restringindo-lhes os espaços por onde se poderia manifestar sua própria subjetividade. Note-se que esta "subjetividade" é uma manobra ideológica, já que produzida graças a uma naturalização de valores próprios das elites.

Conforme Cecílio (1999, p. 319) "[...] falar em autonomia é também falar do exercício do poder, mas em outros circuitos, outros arranjos: distribuição, desconcentração, capilarização do poder". Paulo Freire (2002, p. 66) afirma que "[...] o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros [...]".

Quanto ao contexto do processo de trabalho em saúde, Franco (2006a, s/p.) afirma que o mesmo "[...] tem como uma de suas principais características o alto grau de autonomia que os trabalhadores exercem sobre seu próprio trabalho. Estes operam a partir de certa singularidade, isto é, um modo específico de ser e atuar no mundo [...]", que não reconhecem os limites de sua autonomia dentro do processo de trabalho.

A autonomia profissional para Peduzzi e Ciampone (2005, p. 116), representa um aspecto “importante no campo da saúde, pois as ações não devem ser executadas automaticamente, mas segundo avaliações fundamentais no conhecimento profissional, a fim de implementar a conduta mais adequada às necessidades de saúde do usuário e/ou da população”.

A autonomia segundo Teixeira (*et al.*, 1996, p. 150) é “[...] requerida como mecanismo crucial para a boa prática profissional. As interferências – burocráticas, políticas ou gerenciais – são vistas como risco potencial à qualidade da assistência prestada”.

Quanto à construção de autonomia entre trabalhadores, Campos (2000, p. 34) afirma que a mesma “[...] não foi tomada como um desafio central por nenhuma das escolas de administração. O Método da Roda procura romper com esta tradição, tratando de combinar compromisso social com liberdade”.

Quando se dá autonomia a níveis gerenciais locais, está se descentralizando/desconcentrando poder, fato que nem todo gestor tem abertura para tal. Mas no caso de sistemas gerenciais, em que há a gestão participativa como política gerencial, a prática de descentralização do poder tem que fazer parte do *status quo*. Na ESF, em que ocorre um processo de descentralização para o território inframunicipal, a partir do momento em que se efetiva a implantação de cada nova equipe, instaura-se uma espécie de autonomia gerencial local para coordenação do território e da população adscrita.

A autonomia empregada pelo Método da Roda conforme Campos (2000, p. 231) apresenta um sentido de gradiente:

Não há autonomia ou dependência absolutas. Os Sujeitos somente adquirem autonomia relativa, já que se vive em redes de poder, em sistemas de dependências relativa. A autonomia de uma pessoa ou de um Coletivo é indicada pela capacidade de análise e de intervenção sobre as relações que se estabelecem entre as limitações impostas pelo contexto e pelas características próprias de cada Sujeito.

É importante ressaltarmos que a autonomia responsável é necessária para o trabalho gerencial na ESF, tendo em “vista que o gerente representa no nível local a consecução das diferentes diretrizes políticas de saúde” (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007, p. 459). Pois, o processo de trabalho gerencial “apreendido da perspectiva das práticas de saúde socialmente estruturadas tem um papel

fundamental na construção de um modo de fazer saúde voltado para a necessidade de saúde” (FELLI; PEDUZZI, 2005, p. 10).

- Diálogo

Na Roda há um intenso diálogo, com a predominância/monopólio da coordenação, dos setores da gestão sanitária e de um grupo limitado dos gerentes.

Ferreira (2004, s./p.) define diálogo como a “[...] troca ou discussão de idéias, de opiniões, de conceitos, com vista à solução de problemas, ao entendimento ou à harmonia [...]”. O diálogo é a peça fundamental para o convívio da espécie humana, para redução e eliminação de conflitos, resolução de problemas, construção de paixões, de amizades, de romances; incrementa as relações de trabalho e contribui, quando numa perspectiva amigável, para a construção de um mundo mais fraterno e solidário.

Na ESF, o diálogo, junto ao olhar e ao tocar, conformam as simbologias e a dialética do processo de cuidar. O diálogo permite o encontro de subjetividades da equipe com as famílias, sujeitos e comunidades. No caso da gestão em saúde o diálogo é o principal elemento para o acirrado processo de negociação e pactuação. No processo participativo, a dialética é o carro chefe.

Almeida (*et al.*, 1989, p. 52) ao se referirem sobre a visão dialética do processo de trabalho, afirmam que a mesma caminha para o “[...] entendimento de que produtos de trabalhos passados constituem-se em objetos e/ou meios de outros trabalhos. Do mesmo modo, meios de um trabalho podem constituir-se em objetos de outros trabalhos”.

Corroboramos com Campos (1997a, p. 250), quando o mesmo afirma que o “[...] trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo”, sendo o diálogo a base dessas relações. Teixeira (2003) aponta que o trabalho em saúde possui uma natureza eminentemente conversacional. No entanto, para que esse diálogo aconteça, segundo Gotardo (2003), é necessário o desenvolvimento de uma confiança mútua, respeito e atenção. A falta do diálogo, ou a ocorrência do mesmo de forma truncada ou apressada, limita as possibilidades desta construção. Ayres afirma que se deve apostar em um “diálogo aberto e produtivo entre a arte tecnocientífica do tratar e a construção livre e solidária de uma vida que sequer feliz” (AYRES, 2004, p. 696).

Para Bakhtin...

toda enunciação deve ser vista como um diálogo que faz parte de um processo de comunicação, sem interrupção, sendo o papel do outro de extrema importância. Para o autor, uma das mais importantes formas de interação verbal é o diálogo. Vale ressaltar, que ele entende como diálogo qualquer forma de comunicação verbal, não apenas a comunicação oral face a face. Além disto, considera o diálogo, por sua precisão e simplicidade, a forma clássica de comunicação discursiva (BAKHTIN, 1995, 2003 *apud* FREITAS; CASTRO, 2006, p. 50).

Bakhtin afirma que a “[...] comunicação verbal é sempre acompanhada por atos sociais de caráter não verbal - gestos do trabalho, atos simbólicos de um ritual, cerimônias dentre outros -, dos quais ela é muitas vezes apenas o complemento, desempenhando um papel meramente auxiliar” (BAKHTIN, 1995, p. 124).

Motta (2001, p. 44) aponta que o diálogo, quando deliberado estrategicamente, é uma “[...] forma planejada de compartilhar expectativas, intenções e análises sobre a razão de ser de uma equipe de saúde e sua forma de inserção em determinada organização ou comunidade”. O diálogo ou reflexão estratégica, segundo o autor significa:

- criar um momento exclusivo de reflexão, sem as interrupções e pressões diárias para restrição e conformidade;
- concentrar a mente no grande escopo e no longo prazo;
- liberar a criatividade e o potencial das pessoas para novas idéias;
- incentivar a liderança e os participantes do processo a pensar além do usual e a abrir caminho para novas ações;
- favorecer a perspectiva antecipatória, antevendo soluções e reduzindo a reação a problemas, como forma básica de gerências;
- ampliar as interações humanas com novas formas de comunicação e interdependência dos membros da equipe;
- introduzir instrumentos inusitados de análise de previsão de novas formas de definir prioridades e de concentrar recursos;
- aprender sobre demandas, apoios e capacidades de resposta da equipe;
- instituir na gerência o sentido de globalidade e interdependência das diversas atividades da equipe;
- desenvolver perspectiva de futuro como novas visões, cenários e alternativas;
- praticar o exame e a coletivização de idéias individuais.

As significações do diálogo ou reflexão estratégica propostas por Motta, vão de encontro à lógica do diálogo, da negociação, da participação e da pactuação que deve ser estabelecida/exercida na Roda de Gerentes, como também, nas

Rodas dos Territórios. Essa prática que questiona, reflete, analisa, motiva ações interpessoais, a criatividade, a liderança coletiva, e que leva ao desenvolvimento de uma visão globalizadora, tanto da ESF como de cada território, leva à construção de uma nova lógica de atenção, baseada na integralidade e na equidade, em referência a cultura e a historicidade local, como também às dinâmicas próprias do processo saúde-doença.

O diálogo, quando proporciona uma comunicação efetiva, constitui prática social que permite a produção de sentidos. É isso que deve ocorrer nos diferentes níveis gerenciais do setor saúde. A comunicação, numa abordagem dialógica, resulta, segundo Rozemberg (2007, p. 758), em que “[...] técnicos e população são ambos portadores de saberes e que haja o diálogo e a construção partilhada de novos conhecimentos”, a interação social, o partilhamento de experiências, a negociação e a participação.

Segundo Silva Júnior (*et al.*, 2005, p. 51) é no “diálogo, na conversa, na roda, na troca, no debate, nos impasses e nas soluções que fazemos e refazemos, em conjunto, nunca isoladamente”.

- Negociação

O processo de negociação na Roda de Gerentes se dá de maneira limitada e parcial. Pois, nem sempre nesse processo os gerentes podem colocar na arena suas condições e necessidades, por restrições demandadas pela coordenação ou por outros agentes da gestão, fato que proporciona uma espécie de angústia coletiva dos gerentes.

Conforme Franco (2003, p. 110) a construção, desenvolvimento e implementação de modelos assistenciais...

assim como a ESF dizem respeito também à política, enquanto lugar da defesa de interesses de diversos atores, em cenários complexos, que se colocam na arena decisória em relação à produção da saúde. A cena na qual é definido o modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos, com capacidade de operar pactuações entre si, de forma que a resultante dessas disputas é sempre produto da correlação de forças que se estabelece no processo.

Essa pactuação, segundo Merhy (2002 *apud* FRANCO, 2003, p. 110), “[...] não se dá apenas em processos de negociação, mas estrutura-se, muitas

vezes, a partir de conflitos e tensões vividos no cenário de produção da saúde, seja na gestão ou na assistência”.

Nessa arena de tensões que envolvem a negociação, Ciampone e Kurcgante (2005, p. 61) afirmam que a flexibilidade é uma das principais características necessárias no processo, que envolve a “[...] análise dos diferentes atores envolvidos e poderes correspondentes, capacidade de comunicação e de planejamento estratégico”. Segundo as autoras, uma boa negociação segue os seguintes passos:

- Separar as pessoas do problema;
- Concentrar-se nos interesses básicos de ambas as partes;
- Buscar alternativas de ganhos mútuos;
- Encontrar critérios justos e objetivos para a solução do problema que satisfaça ao máximo possível os lados envolvidos (CIAMPONE; KURCGANTE, 2005, p. 61).

Ciampone e Kurcgante (2005, p. 61) sistematizam variáveis necessárias ao processo de negociação:

- (1) o poder, ou capacidade de controlar recursos críticos que cada ator envolvido dispõe – econômicos, conhecimento e capacidade organizativa –;
- (2) o tempo correspondente ao prazo limite para resolução do problema, pois, quanto maior for a pressão do tempo, maior será a tensão de fazer concessões para a realização de um acordo; e (3) a informação, ou capacidade de conhecer as necessidades dos envolvidos que inclui, também, a capacidade de lidar com a comunicação verbal e não-verbal.

As autoras ainda apontam algumas características necessárias ao processo de negociação, que são:

- [...] ser proativo; não aceitar as coisas como elas são sem antes perguntar por que elas não poderiam ser feitas melhor; trabalhar o medo da perda e do ataque que surge diante do enfrentamento de situações desconhecidas; quebrar resistências e acreditar que é possível aprender a negociar (CIAMPONE; KURCGANTE; 2005, p. 61).

É importante que nos momentos de negociação sempre sejam lembrados os elementos essenciais aos grupos, comuns a todos os sistemas sociais, que são:

- Interdependência da cooperação e da divisão de trabalho;
- Finalidades e normas comuns a todos;
- Processos de controle e liderança ou poder (a idéia básica desses processos é que todos os elementos “leiam a mesma cartilha”, aceitem dogmas implícitos e usem linguagem comum);
- Os conflitos gerados pela diversidade de experiências e papéis e pela própria diferença de percepção das instituições (SILVA, 1996b, p. 113).

Na arena de negociação da gestão, o coordenador da Roda tem importante papel para tecer a rede de situações que emergem durante o processo de discussão. Na arena instituída na Roda, as tensões e os conflitos devem fortalecer um sistema de consensos gerenciais ali pactuados, permitindo uma construção coletiva, em que a proteção do risco financeiro do sistema, a melhoria da qualidade de vida e a satisfação da clientela sejam os objetivos maiores do Sistema Municipal de Saúde.

Segundo afirma Boehs (2002, p. 92) “[...] a negociação é algo difícil, pois os recursos que são trazidos para esta ação seriam básicos para manter o poder de barganha, possibilitando a cada parte propor e contrapor”.

- Participação

Na Roda, apesar da participação ser aberta a todos os gerentes, durante as discussões, há um predomínio da participação da coordenação, dos setores de diferentes níveis da gestão sanitária ou do próprio governo municipal, e de parte dos gerentes, talvez, por alguns não se sentirem a vontade ou com argumentos suficientes para colocar na arena de tensões, que em determinados momentos se mostra a Roda de Gerentes.

Parece redundante, mas é preciso enfatizar que a base da gestão participativa é a participação horizontalizada de todos, sem distinção hierárquica. Segundo o MS (BRASIL, 2007c, p. 28), a gestão participativa é a...

modalidade de administração que contempla a participação efetiva de cidadãos, gestores e todos os entes envolvidos com o exercício da democracia, por meio da construção de espaços coletivos em que são feitas as análises das informações e as tomadas de decisões no âmbito do SUS.

Bordenave (1994, 49p. 11) afirma que as “pessoas participam em sua família, em sua comunidade, no trabalho, na luta política. Os países participam nos foros internacionais, onde tomam decisões que afetam os destinos do mundo”. Essa participação é que fortalece os movimentos sociais, a gestão coletiva, os poderes hegemônicos ou não. A participação produz sujeitos sociais, que irão fazer seu controle.

Demo (1988b, p. 13) afirma que a participação...

trata-se de um processo histórico infundável, que faz da participação um processo de conquista de si mesma. Não existe participação suficiente ou acabada. Não existe como dívida ou como espaço preexistente. Existe somente na medida de sua própria conquista.

A participação como um valor ou direito, segundo Motta (2001, p. 72) apresenta-se como:

obrigação social democrática de ceder ao colega o direito equitativo de manifestar-se e de influenciar decisões e ações;

impulso ao sentido de pertencimento, de compartilhar e agregar as pessoas segundo um propósito comum.

O que Motta apresenta assemelha-se ao que deve ser o fazer nas Rodas, em seus diferentes níveis de institucionalização: uma visão social, com base na democracia participativa, que agrega as relações interpessoais com um sentimento de pertencimento, com um fim único, que é a melhoria da qualidade de vida, com base numa atenção integral, objetivando a satisfação da clientela.

A participação, para Matos (2002, p. 38) se “caracteriza pela capacidade de interação com o outro, pela intervenção no processo decisório de sua vida, em todas as dimensões. Percebo-a enquanto processo contínuo, inesgotável [...]”.

A participação durante o trabalho em equipe segundo Motta (2001, p. 71):

[...] nasce como um instrumento para a cooperação e a solução de conflitos, ou seja, uma forma eficaz de solução ou acomodação de divergências. [...] constitui uma forma dinâmica de restaurar o equilíbrio de poder e caminhar para solução de conflitos reais. Neste sentido, ela aos poucos altera relações de poder, porque sua aplicação muda as dimensões e a capacidade de escolha coletiva. [...] compreende todas as formas e meios pelos quais os membros de uma equipe, como indivíduos ou coletividade, podem influenciar os destinos dessa equipe [...]. pode ser vista como um valor, ou seja, uma forma de romper com a alienação, a dependências e a passividade, para colocar as pessoas em uma postura ativa perante o mundo [...]. tem a vantagem de contribuir para as decisões de processo e desenvolvimento, criando autonomia no local de trabalho, ajudando na cooperação e na distribuição de informações e na solução de problemas da equipe.

Conforme Matos (2002, p. 39) “falar em participação no espaço de organização do trabalho, enquanto condição fundamental para que se estabeleçam outras relações de trabalho na categoria, supõe a necessária discussão entre ‘pensar’ e ‘fazer’ [...]”.

Na saúde, com o advento do SUS na Constituição Federal, e a institucionalização da ESF, a participação, além de diretriz e princípio, tornou-se um

elemento essencial para organização do processo de trabalho em saúde. Os seus componentes afetivos e políticos contribuem para uma maior interação entre equipe e clientela do sistema de saúde, proporcionando melhores resultados, numa conformação adequada do processo saúde-doença e facilidade no alcance de metas gerenciais e assistenciais.

4.6.2.1.2 Trato dos Gerentes com suas Equipes

- Autonomia

Na observação das Rodas dos Territórios, viu-se que a autonomia exercida pela equipe é uma prática pactuada coletivamente com a gerência. No território de Aroeira o exercício da autonomia é desenvolvido com a descentralização de poder de maneira democrática e participativa, ocorrendo o exercício da autonomia real do trabalho. Nos territórios de Mufumbo e de Jucá há prática de autonomia outorgada, em que o gerente, a partir de uma necessidade do território, delega atribuição para algum membro da equipe. No território de Catingueira, a gerente, por apresentar dificuldades no exercício do cargo, confunde autonomia com falta de controle dos processos administrativos e relativos ao trabalho. Muitas vezes, durante a Roda do Território de Catingueira, ficou difícil compreender quem estaria exercendo o papel de gerente, se a gerente nomeada para o cargo ou algum membro da equipe.

Na ESF, por ser processual sua descentralização, os gerentes têm que carrear durante o exercício de sua função e, conseqüente, no desenvolvimento de seu processo de trabalho, certo grau de autonomia, que permite o incremento da gestão sanitária no território de atuação.

- Diálogo

No território de Aroeira, durante a observação, ficou clara a horizontalidade dos discursos, a presença de uma dialética fluida, crítico-reflexivo, acerca dos fenômenos, das necessidades e dos problemas existentes. No território de Catingueira, a diálogo também perpassa todos os momentos da Roda, de maneira mais restrita. No território de Jucá ocorre dueto entre a gerente enfermeira e um dos médicos da equipe, monopolizando as discussões dos informes e pautas, somente permitindo a fala de outros membros da equipe, quando os mesmos são invocados

para outorgar-lhes alguma tarefa ou cobrar-lhes acerca de situações próprias do território. No território de Mufumbo ocorre um monólogo do gerente.

Quanto a esta situação vivenciada nas Rodas dos Territórios de Jucá e Mufumbo, Matumoto (*et al.*, 2005, p. 21) afirmam que

Nas reuniões de equipe é freqüente observar uma hierarquização nas manifestações: primeiro fala o mais graduado, o socialmente mais reconhecido, para, em seguida, vir a fala dos demais, numa espécie de escala graduada pela posição-valor daquele profissional naquele micro-espaço social. Percebe-se uma polarização de falas entre os integrantes de formação universitária, tomando grande parte do tempo disponível. Os trabalhadores de nível médio colocam-se de forma muito acanhada e raramente se ouve os agentes comunitários. O conteúdo da fala tem impacto diferente a depender de quem fala e também do lugar que ocupa a pessoa que fala. Observa-se um movimento da equipe no sentido de delegar a decisão final ao médico, ao coordenador da equipe.

Para Motta (2001, p. 46) entre as equipes de saúde, a “[...] falta de comunicação, de participação e, sobretudo, de integração estratégica gera incompreensão das lideranças sobre as reais condições de trabalho [...]” das mesmas.

Nesse cenário recorremos a um questionamento de Boaventura de Sousa Santos (2000, p. 30): "Como realizar um diálogo multicultural quando algumas culturas foram reduzidas ao silêncio e as suas formas de ver e conhecer o mundo se tornaram impronunciáveis?".

Completa-se com o seguinte questionamento: Como efetivar a gestão participativa, com posicionamentos verticalizados entre a equipe?

- Negociação

No território de Aroeira o processo de negociação se dá de maneira democrática, em que todos participam e contribuem como poder decisório. De maneira mais tímida, limitada, o processo ocorre no território de Catingueira. Nos territórios de Mufumbo e Jucá, o processo de negociação é tenso na arena da Roda, pois, quase sempre, ocorre a outorgação de atividades para membros da equipe, sem prévia pactuação, fato que os coloca numa situação de inquietude, incômodo, por às vezes não concordarem com o que foi deliberado e terem que executar.

Concordamos com Merhy (2007b, p. 5) quando o mesmo afirma que “o agir em saúde é sempre tenso e sua alma é a produção do cuidado individual e/ou coletivo”. [...] “Pode-se dizer que todo processo de trabalho em saúde, para produzir

o cuidado, tem que primeiro produzir atos de saúde, e que esta relação em si é tensa”. Mas, porém, nesse caso descrito, há certa imposição fomentando a produção em saúde.

O conjunto das ações de saúde que operam em um território de base tensional, que, segundo Merhy (2007b, p. 5), está constituído em pelo menos três campos:

a) O primeiro, é demarcado pelo fato de que o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, cuja característica é a multiplicidade, desenhado a partir da ação de distintos sujeitos coletivos, que conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se e/ou confrontam-se, na tentativa de afirmar, ou mesmo impor, certa conformação de um “bem social” - a saúde - como objeto de ação intencional de políticas - portanto, como uma questão social – que lhe faça sentido, enquanto parte do seu universo de valores de uso [...], e como tal apareça como base para representar de modo universal o mundo das necessidades dos outros, nos planos coletivo e individual. [...]

b) o outro campo [...] está delimitado pelo fato de que hegemonicamente a produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto, visando a produção do cuidado. [...]

c) e, por último, o mundo das próprias organizações de saúde forma-se como território tensional em si, pois se constitui em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia a dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional.

Quanto ao vivenciado nos territórios de Mufumbo e Jucá, Ciampone e Kurcgante (2005, p. 64) afirmam que “[...] muitas vezes, as pressões no trabalho induzem os gestores a uma baixa demanda por planejamento, e conseqüentemente as decisões tendem a ser de baixa qualidade”. Segundo as autoras, “[...] grupos profissionais ou agentes, individualmente, perdem prestígio perante os demais, por não terem habilidades na análise de problemas, no planejamento estratégico, no gerenciamento de conflitos, ou na coordenação de grupos”. Nessas situações conforme as autoras, as “[...] competências relacionais, que incluem a habilidade de negociação, são essenciais”.

No processo de negociação, a utilização de informações necessárias e precisas, além do poder de influência na tomada de decisões e na redução ou extinção de conflitos é extremamente necessária. Nesse processo tem que ser exercido a lógica do ganha-ganha; pois, quando apenas um lado ganha, o processo de negociação passa a inexistir, nesse caso entra a força hierárquica, moral, econômica, estrutural, política dentre outras.

E no caso de um sistema de saúde, em que a gestão da ESF se estrutura a partir de um componente participativo, como é o caso de Sobral, em todos os momentos de planejamento e organização do território sanitário deve estar presente a negociação, com o intuito de reduzir os conflitos, as tensões, as animosidades e a perda de tempo, além de buscar influenciar na motivação e na qualidade de vida no trabalho dos sujeitos envolvidos.

- Participação.

Em Aroeira ocorre o exercício pleno da gestão participativa, em que todos os membros da equipe da ESF colocam-se horizontalmente diante das discussões emanadas dos informes e das pautas, participando e contribuindo ativamente com o planejamento do território. No território de Catingueira a participação ocorre de certa maneira efetiva, mas sem ordenado controle. Nos territórios de Jucá e Mufumbo, a participação é limitada à outorgação dos gerentes ou do médico citado anteriormente. Tal prática exacerba o uso do poder hegemônico e, conseqüentemente, acaba por proporcionar um distanciamento da equipe com suas gerências e com o médico referido.

Almeida e Mishima (2001, p. 150) afirmam que, no setor saúde, tem sido insistente a construção do trabalho em equipe. Porém, a “revisão do papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde, que pode se desdobrar em valorações hierárquicas e desigualdades sociais entre os trabalhos dos agentes, é imperativa”. As autoras afirmam ainda, que o trabalho na ESF “[...] pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade [...] e integração da equipe [...]”. Sendo este, segundo as autoras um dos maiores desafios dos trabalhadores de saúde que estão se inserindo nas equipes da ESF. Caso a integração não ocorra, corre-se o risco de haver um trabalho fragmentado, biologicista e desumanizado.

Barboza e Fracolli (2005, p. 1037) afirmam que para se “[...] atingir a dinâmica médico-centrada que opera no caso da saúde, é preciso que se organize o trabalho das equipes, atuando nos seus processos decisórios, o que ocorre no ato

mesmo da produção de saúde”. Segundo as autoras, para se atingir realmente a “[...] dinâmica do capital que opera no caso da saúde, é preciso que se reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos seus processos decisórios, os quais ocorrem no ato mesmo da produção de saúde”. Pois, de acordo com Peduzzi:

O trabalho multiprofissional refere-se à recomposição de diferentes processos de trabalho que, concomitantemente devem flexibilizar a divisão do trabalho; preservar as diferenças técnicas entre os trabalhadores especializados; argüir a desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes, bem como nos processos decisórios e tornarem consideração a interdependência dos trabalhos especializados no exercício da autonomia técnica, dada a necessidade de autonomia profissional para a qualidade da intervenção em saúde (PEDUZZI, 2000, p. 6).

A participação no território da ESF deve ser efetiva, solidária, responsável, afetiva, integral, equânime, que proporcione a conformação positiva dos poderes existentes no território – trabalhadores de saúde, gestores e, principalmente, deste com o dos sujeitos, famílias e comunidades usuários do sistema – de modo a instrumentalizar o planejamento do mesmo.

Nessa lógica, a participação, segundo Bordenave (1989, p. 16), apresenta duas bases complementares: a afetiva e a instrumental. A base afetiva se dá pelo prazer que os sujeitos têm em participar de construção coletiva. A base instrumental se dá pela concepção de que o trabalho coletivo é mais produtivo, eficiente e eficaz, do que o trabalho solitário, individualizado. Conforme o autor, essas duas bases devem estar em equilíbrio, para que não ocorram conflitos.

No caso da implementação da ESF, Barboza e Fracoli (2005, p. 1042) apontam que é necessária a interação da equipe de saúde com a “[...] comunidade, especialmente aquela da área de adscrição de cada equipe, visando a construir, de forma participativa, práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamentos aos problemas e necessidades de saúde [...]”.

4.6.2.2 Operacionalização do Planejamento.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde, conforme Pires (1998, p. 161)...

tem como *finalidade* – a ação terapêutica de saúde; como *objeto* – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como *instrumental de trabalho* – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o *produto final* é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida.

Segundo Sanna (2007), a finalidade do trabalho em saúde é a razão pela qual ele é feito, indo de encontro à sua necessidade inicial, que o levou a acontecer, dando significado a sua existência. O objeto de trabalho conforme a autora...

é aquilo sobre o que se trabalha, ou seja, algo que provem diretamente da natureza, que sofreu ou não modificação de corrente de outros processos de trabalho, e que contem em si a potencialidade do produto ou serviço em que irá ser transformado pela ação do ser humano [...]. Agentes são os seres humanos que transformam a natureza, ou seja, são aqueles que, tomando o objeto de trabalho e nele fazendo intervenções, são capazes de alterá-lo, produzindo um artefato ou um serviço. O agente necessariamente tem a intenção de transformar a natureza em algo que para ele tem um especial significado [...] (SANNA, 2007, p. 222).

No caso dos instrumentos utilizados durante o processo de trabalho, Sanna (2007) afirma que eles servem para alterar a natureza do trabalho, podendo ser prolongamento das próprias mãos ou conhecimentos.

Para análise da categoria planejamento, incorporando as contribuições de Pires (1998) e de Sanna (2007), foi possível desenvolvermos cinco subcategorias: finalidades, objetivos, concepção do processo saúde-doença, instrumentos, e agentes, a partir da análise da Roda de Gerentes e dos Territórios da ESF.

4.6.2.2.1 Roda de Gerentes.

A Roda de Gerentes inicia com a leitura sistemática da ata da reunião anterior pela secretária da Coordenação Municipal da ESF, de maneira incisiva. Somente, na terça parte da reunião é que a coordenadora chegou.

- Finalidades.

Durante a observação, percebeu-se que a Roda de Gerentes tem como finalidades demandar ações para os territórios da ESF, como também o planejamento de ações para a APS municipal. A reunião apresenta três momentos-fins: os informes, a pauta e as situações relacionadas ao processo saúde-doença no território.

- Objetivos.

O objetivo maior da Roda de Gerentes é a pactuação das ações a serem desenvolvidas nos territórios, principalmente aquelas que foram deliberadas no Conselho Gestor, além de avaliar indicadores, realizar planejamento anual, programar ações intersetoriais dentre outros. Vale ressaltar que parte dos objetivos já vem definido da Roda do Conselho Gestor, onde os gerentes não possuem assento e sem sua concordância prévia. Os gerentes demandam assento na Roda do Conselho Gestor.

- Agentes.

O coordenador municipal da ESF, os gerentes, a secretária da coordenação da ESF, os representantes de diversos setores da gestão municipal, que compareceram para dar informe ou que tenham interesse em pontos de pauta durante a Roda.

- Concepção do processo saúde-doença.

Há, nos espaços de planejamento da Roda de Gerentes, momentos de apresentação e análise de indicadores; discussão das situações que possam vir a comprometer o estado de salubridade dos sujeitos, famílias e comunidades; identificação de determinantes sócio-sanitários de sujeitos e famílias em situações de risco e/ou vulnerabilidade; indicação de planejamento para momentos como

carnaval, quadra invernos¹³⁴ – doenças respiratórias agudas e diarreicas –, período de vulnerabilidade à dengue dentre outros.

O fato de os gerentes conhecerem os determinantes do processo saúde-doença, e a partir de então, enfrentá-los, realizando planejamento coletivo para estabelecimento de vigilância e cuidado sanitário a todo o território sanitário municipal, vem fortificar seu processo de trabalho e de toda a equipe da ESF.

Mendes e col. (1999, p. 180) afirmam que o processo de trabalho em saúde “[...] tem como objeto o processo saúde/doença tanto em sua dimensão individual como coletiva, caracterizando seus sujeitos, meios de trabalho, formas de organização das relações técnicas e sociais e seu conteúdo técnico e socialmente determinado”.

Visando compreender o processo saúde-doença, Paim (1999, p. 203) afirma que desvendar seus determinantes deve...

resultar em necessidades sociais de saúde e, em casos específicos, em necessidades de serviços de saúde, supõe ultrapassar a dimensão biológica – anatomofisiológica, bioquímica ou molecular – e alcançar a estrutura social, seja nas esferas da produção e do consumo, seja nas representações elaboradas sobre a vida na sociedade, seja nas relações de dominação/subordinação entre indivíduos e classes sociais

O conhecimento do processo saúde-doença em sua dimensão coletiva, conforme Gonçalves (1994, p. 67), encontra-se “[...] codificado, em termos de seus procedimentos operativos, e acumulado, em termos de seus resultados, basicamente na Epidemiologia [...]”. Segundo o autor, algumas dimensões do processo saúde-doença, “enquanto fenômenos coletivos” são trabalhados e apresentam acumulação nas Ciências Sociais, principalmente, na “Sociologia e na Antropologia, mas também na Economia e na Ciência Política”. As questões relativas ao processo saúde-doença, enquanto “modos de andar a vida”, para o autor, “não são questões absolutas, mas historicamente relativas” (GONÇALVES, 1994, p. 70).

O conhecimento acerca do processo saúde-doença, segundo Minayo (1996 *apud* MARANHÃO, 2000, p. 1143)...

está associado às concepções que explicam o mundo, os costumes, os valores e as crenças da sociedade em que é gerado, refletindo o

¹³⁴ A Quadra Invernos refere-se ao período de chuvas que ocorre nos meses de fevereiro a maio, em que aumentam os casos de doenças diarreicas e IRA, como também de dengue e outras doenças por veiculação hídrica, a exemplo das hepatites, da meningite meningocócica dentre outras.

pensamento dominante em dado momento histórico. Esta concepção hegemônica pode coexistir com outras formas de explicar e lidar com o processo saúde-doença em cada contexto.

A teoria da determinação social do processo saúde-doença, baseada no materialismo histórico e dialético, aponta que “a causa última do comportamento do processo saúde-doença deve ser buscada na forma segundo a qual a sociedade se organiza para a construção da vida social”. Segundo a autora, a referida teoria faz uma interpretação dos “[...] fenômenos saúde e doença como expressões de um mesmo processo, evidenciando o seu duplo caráter: o biológico e o social, uma vez que encara que a natureza humana, apesar de ter um lastro biológico, determina-se a partir da vida do homem em sociedade” (FONSECA, 1997, p. 9). A autora aponta ainda, que a teoria citada “[...] permite compreender como cada sociedade cria um determinado padrão de desgaste em função do consumo e gasto de energia no processo de reprodução social [...]”.

Para Fonseca, Bertolozzi e Silva (1997, p. 24) a “teoria da determinação social do processo saúde-doença se contrapõe à da multicausalidade porque procura relacionar a forma como a sociedade está organizada ao aparecimento dos riscos ou de potencialidades que determinam os processos de adoecer e morrer”.

Segundo Laurell (1983), o processo saúde-doença da coletividade é entendido como sendo:

o modo específico pelo qual ocorre nos grupos, o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüência para o desenvolvimento regular das atividades quotidianas, isto é, o surgimento da doença (LAURELL, 1983 *apud* FONSECA; BERTOLOZZI; SILVA, 1997, p. 24).

O processo saúde-doença, segundo Wagner, Wagner e Talbot (2004, p. 30), “[...] está intimamente relacionado com o modo de viver, com os diferentes tipos de pressão a que as pessoas estão submetidas, alimentos que ingere, características de sua genética e metabolismo, além dos relacionamentos com seu meio”.

O processo saúde-doença segundo Verdecia, Borroto e Reinoso (1986, p. 17) “encontra sua expressão concreta na saúde da sociedade, o estado de saúde da população e na saúde do homem como indivíduo”. Os autores consideram “saúde

da sociedade a saúde da população condicionada pela complexa influência de fatores sociais, biológicos e naturais do meio”.

Para Sampaio (1988, p. 88), “saúde e doença não são dois fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos. Estão profundamente vinculados ao contexto socioeconômico-cultural, tanto em suas produções como na percepção do saber que investiga e propõe soluções”.

Na ESF, principalmente pela equipe, a concepção do processo saúde-doença de seu território deve estar claro e com um potente planejamento que o abarque em todas as suas nuances.

- Relação entre os Sujeitos.

A relação ocorre de forma amistosa, apesar de uma tônica de superioridade hierárquica entre os sujeitos dos setores da gestão municipal sobre os gerentes. É necessário destacar que a participação na gestão participativa deve ocorrer de maneira horizontalizada, honesta, responsável, crítica-reflexiva, em que todos os sujeitos se colocam em cena para contribuir com o planejamento e desenvolvimento do território.

O Método da Roda proposto por Campos (2000) sugere que as relações se dêem de maneira interpessoal, dialética, crítica-reflexiva, com a construção de vínculos afetivos entre os sujeitos e de coletivos organizados. O momento terapêutico da roda proposto por Brandão (2006) é o momento de desenvolvimento de relações interpessoais positivas e de crescimento coletivo.

Vanderlei e Almeida (2007, p. 449) afirmam que a “prática gerencial como uma ferramenta importante de transformação do processo de trabalho deve ter como um dos instrumentos a construção de relações entre as pessoas, onde a comunicação entre os profissionais” é determinante para o trabalho em equipe, pois, segundo as autoras, as “relações são partes constitutivas do processo de trabalho e são matéria-prima para compreender como está se dando a gerência, haja visto que nela se processam as relações de poder compartilhado, relativo, parcial, autoritário e departamentalizado”.

- Operacionalização.

Informes.

Seminário “Avaliação da Descentralização do SUS na 11ª Macrorregional de Saúde do Ceará”.

As folhas de frequência, com suas eventuais alterações, deverão ser entregues até o quarto dia de cada mês, no setor de RH.

Informações sobre preenchimento do requerimento de férias:

Mensalmente, até o último dia útil de cada mês deverão ser entregues a Coordenação da Atenção Primária as fichas da Educação Permanente, devidamente preenchidas.

Reunião do Comitê de Prevenção da Mortalidade.

Levantamento dos óbitos infantis.

Levantamento dos óbitos fetais.

Programação das atividades alusivas ao Dia Mundial contra a AIDS.

Os informes apresentados são densos e repassados de maneira rápida. Grande parte dos informes é oriunda da Roda do Conselho Gestor. Os desdobramentos dos informes assemelham-se ao das pautas, gerando muita discussão, utilizando parte do tempo da roda.

Pauta.

Bolsa Família.

Teste da Orelhinha.

Durante a observação da Roda foi percebida a rigidez para inclusão de novas pautas por parte dos gerentes. Porém, outras demandas de pautas e informes de terceiros na Roda vão aparecendo durante a mesma e sendo absorvida pela coordenação. Há uma espécie de desfile de setores da gestão municipal durante a Roda.

- Instrumentos.

Durante a Roda são entregues a pauta e informes por escrito, jornais, impressos diversos, oriundo de vários setores. A entrega de material, como impressos, folderes, cartazes e materiais educativos diversos proporciona um

desperdício de tempo, pois os gerentes se deslocam para angariar seus pacotes, com receio de ficar sem.

Os impressos com informes ou outras demandas, o quantitativo distribuído não corresponde ao total do coletivo de gerentes, o que leva a alguns destes ficarem inquietos e irritados durante a apresentação do conteúdo escrito. Seria importante o estabelecimento de uma lógica de distribuição de impressos, cartazes e outros, para evitar tumultuar a Roda.

- Articulação (Inter) Institucional.

Há uma articulação (inter) institucional com outros setores da gestão municipal, porém o planejamento não é de pactuação, mas sim de determinação de ações a serem desenvolvidas. Na roda observada, pessoas dos setores de teste de audição e do Programa Bolsa Família estiveram presentes, dentre outros. Por conta disso, as reações dos gerentes durante a apresentação das demandas dos setores a serem executadas nos territórios da ESF, apresentam certa tensão, causando uma reação de recusa e negação, levando-os a irritabilidade e uma impressão de sobrecarga dos mesmos e das equipes, conforme afirmado nas falas das gerentes a seguir:

Daqui a pouco o ACS não faz o papel dele, somente fará as outras demandas do município (Maria dos Impossíveis).

Há uma sobrecarga de demandas [...] (Maria da Conceição).

Há nos gerentes uma preocupação com o excesso de outras demandas, além das emergentes do território sanitário. Outro problema identificado na apresentação das demandas e na verbalização dos gerentes, é que os prazos para execução das demandas são muito limitados. Registramos que as demandas institucionais de outros setores da administração municipal são rígidas, não permitindo uma pactuação com base nas necessidades dos gerentes e no processo de organização do território.

Apesar de não aceitarem a forma como se dá a transmissão das informações de outros setores, sem a pactuação prévia dos gerentes e a clareza necessária, uma gerente, por sentir-se reprimida verbalizou o seguinte:

Desculpa pelo nosso posicionamento! (Maria da Conceição).

Na Roda de Gerentes não há uma lógica organizacional de Roda, na perspectiva estrutural, e nem a organização conforme sugere Brandão (2006), em que se compreenda o sentir, o conhecer e o fazer, e Campos (2000), em que a Roda deva possuir um papel administrativo, pedagógico, terapêutico e político. Se levar em consideração o que os autores propõem, a Roda de Gerentes tem apenas a formalidade de uma reunião como muitas outras, não se traduzindo como um espaço de resolução dos problemas, pedagógico ou terapêutico, para os gerentes, conforme afirma a gerente Maria do Desterro:

[...] ultimamente [...] as reuniões de gerentes não estão acrescentando muito não. Eu fico ali ouvindo, muitas coisas burocráticas que a gente ouve de baixo para cima. Eu fico avaliando. Às vezes eu tenho uma dificuldade, eu gostaria de estar socializando com as colegas, mas não encontro espaço. E essa observação já foi feita pelo próprio secretário de saúde, [...] que a nossa Roda de Gerentes tem que ser mais discursiva, que a gente tenha espaço pra esta fazendo algumas colocações. A verdade é que vem tantas pautas, e as pessoas acabam pegando tanto espaço e é um horário incômodo, um horário de final de tarde, onde todo mundo quer terminar para ir para suas casas, às vezes avança até seis e pouco da noite. Então, eu penso que não tem esse horário de troca [...]. Sinto necessidade de desabafar uma coisa, de trocar uma coisa com as colegas, e vejo que não está tendo espaço dentro da Roda de Gerentes. Às vezes eu não vejo receptividade nas pessoas, para aceitarem as colocações.

A disposição dos sujeitos durante a Roda se dá em posição militar, um atrás do outro, não permitindo que durante as discussões e verbalizações todos se vejam e se escutem numa perspectiva de organização horizontalizada.

Por conta da organização não acontecer em forma circular, existem pequenos grupos de gerentes espalhados pelas cadeiras de todo o auditório da Escola de Saúde da Família, com conversas paralelas insistentes. Os pequenos grupos parecem ser formados por amizade/afinidade. A Roda se torna Fila ou arquipélago de acasalamentos (BION, 1970), de qualquer modo, perdendo-se a metáfora de círculo de iguais.

As metáforas das rodas segundo Silva Júnior (*et al.*, 2005, p. 51) sugerem uma forma específica de sermos e andarmos na vida: “andar em diálogo, lado-a-lado, na horizontalidade, na construção conjunta”. Para os autores, a construção do “processo de **co-gestão** cria espaços de **poder compartilhado** e possibilita a ampliação significativa de aprendizagem no trabalho, podendo contribuir para estimular o compromisso e a responsabilização pelo processo e por seus resultados” (SILVA JÚNIOR, *et al.*, 2005, p. 131).

Por conta do excesso de demandas à Roda, não há um momento de discussão acerca das necessidades e problemáticas vivenciadas pelos gerentes nos territórios da ESF. A mesma não é utilizada como espaço pedagógico e de sentidos.

4.6.2.2.2 Roda dos Territórios da ESF.

As finalidades e objetivos das Rodas dos Territórios estão apresentados de forma genérica a seguir, com a especificação por ocorrência em cada território:

- Finalidades

Construir e pactuar o planejamento¹³⁵ do território sanitário – Aroeira, Jucá e Catingueira.

Estimular o desenvolvimento interpessoal e profissional da equipe da ESF - Aroeira, Jucá e Catingueira.

- Objetivos

Refletir sobre o processo de trabalho individual e coletivo, numa perspectiva de núcleo¹³⁶ e campo¹³⁷ - Aroeira, Jucá, Mufumbo e Catingueira.

¹³⁵ No caso do território de Mufumbo, o gerente no momento da observação chegou à Roda com o planejamento da quadra invernososa todo pronto para apresentar a equipe.

¹³⁶ “Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicas a cada profissão ou especialidade. [...] O Núcleo marcaria, dessa forma, a diferença entre os membros de uma equipe. Os elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade, a isto se convencionaria denominar Núcleo” (CAMPOS, 1997a, p. 248).

¹³⁷ “Por Campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. Todo o saber básico, por exemplo, sobre processo saúde-doença. Conhecimentos sobre o funcionamento corporal, sobre relações profissional/paciente, sobre risco epidemiológico e

Gerenciar conflitos internos e externos à equipe - Aroeira, Jucá, Mufumbo e Catingueira.

Discutir casos clínicos - Aroeira, Jucá e Catingueira.

Desenvolver processo de educação permanente e/ou qualificação - Aroeira, Jucá e Catingueira.

Proporcionar um espaço lúdico e interação profissional - Aroeira, Jucá e Catingueira.

Desenvolver ação política, com o intuito de reduzir as barreiras hierárquicas e o fortalecimento da participação, com foco na democratização das práticas sanitárias - Aroeira e Catingueira.

Percebemos que o território de Mufumbo apresenta dificuldade em motivar a equipe para o desenvolvimento de uma reunião com base no Método da Roda, na lógica da gestão participativa, além da dificuldade de estabelecer um relacionamento interpessoal e realizar o planejamento de maneira coletiva. Em contraponto, a Roda do Território de Aroeira é um exemplo de exercício da cidadania no *locus* do trabalho em saúde, com o desenvolvimento e o exercício da gestão participativa por todos os trabalhadores, universitários ou não.

A estruturação do processo de trabalho no território deve ser organizada e gerenciada numa perspectiva coletiva de núcleo e campo, como aponta Campos (2007a), mas não na lógica gerente-centrado. O processo de trabalho, quando produzido e exercido no território da gestão participativa, naturalmente se consolida coletivamente, deixando a individualidade e a fragmentação.

A Roda, por sua condição processual, permite o afloramento das características individuais e coletivas de todos os trabalhadores de saúde, suas virtudes, fortalezas e debilidades. A Roda aflora também o/s poder/es hegemônico/s dos trabalhadores constituídos ou em processo de constituição.

A Roda que se organiza e exerce o sentir, o conhecer e o fazer, como sugerido por Brandão (2006), assume maturidade na gestão participativa, em que sai da lógica de trabalho unidisciplinar, individual e fragmentado, elevando-se à condição de sujeito e coletivos organizados democraticamente, com o intuito de

melhorar a qualidade de vida de sua clientela e desenvolver a cidadania integral nos territórios.

4.6.2.2.1 Território de Aroeira¹³⁸

- Agentes.

Gerente, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ACS, auxiliar de farmácia, cirurgião dentista, ACD, auxiliares de serviços gerais, preceptora de território, cuidador de patrimônio (vigilante) e auxiliar administrativo.

Durante a Roda, um agente de endemias veio até a gerente e entregou Boletins de Acompanhamento das Atividades de Febre Amarela e Dengue, referente aos anos de 2005 e 2006. O agente entra e sai da reunião “como se fosse um raio”.

Os agentes de endemias, apesar de desenvolverem seu processo de trabalho nos territórios da ESF, não participam e/ou não são convidados para a Roda, fato observado em todas. As endemias representam, na atualidade, para os territórios sanitários, uma grande prioridade, devido ao grande impacto na qualidade de vida das populações, principalmente no que concerne a dengue, que, anualmente, tem apresentado incremento do índice de infestação positiva e casos das doenças em grande parte dos territórios da ESF em Sobral, com ocorrência de óbitos por dengue hemorrágica.

- Instrumentos.

A equipe utiliza dados de diferentes SIS, datas comemorativas e a identificação de necessidades no território como instrumentos para o planejamento.

- Concepção do Processo Saúde-Doença.

As discussões que permeiam a Roda, em todos os momentos, estão centradas no processo saúde-doença, seja no planejamento da quadra invernos, no combate ao dengue, na organização da atenção à saúde em geral, no atendimento a novas demandas, na consolidação do novo modelo de atenção dentre outros.

Conforme o CONASS (BRASIL, 2007d, p. 83):

A mudança do modelo assistencial do SUS através da Estratégia Saúde da Família exige uma mudança no processo de trabalho da equipe de saúde

¹³⁸ O CSF tem plantões noturnos e em finais de semana.

que deixa de focar apenas na atenção às doenças e passa a ter seu foco dirigido à promoção e manutenção da saúde. Nesta mudança do processo de trabalho, as atribuições dos membros da equipe não são estanques, assim como não o é o processo saúde-doença da população sob cuidado. Toda a equipe de saúde é co-responsável pelo processo de atenção aos problemas, assim como pelas práticas promotoras de saúde, respeitando-se os limites de cada categoria profissional. A divisão de tarefas entre os componentes da equipe, dentro das atribuições de cada categoria, deve ter flexibilidade para adequar-se a situação de saúde da população sob cuidado.

Nessa perspectiva que o CONASS apresenta vai de encontro à lógica de organização do território de Aroeira, em que há uma forte percepção da necessidade de mudança no modelo tecnoassistencial, mas sempre focado no processo saúde-doença e na busca efetiva da integralidade da integralidade.

- Relação entre os Sujeitos.

A relação entre os diversos trabalhadores é de respeito mútuo, com caráter de horizontalidade, desde a organização das cadeiras em círculo, até o respeito e reconhecimento das falas do companheiro de trabalho. Durante a arena de discussões, há um aparente pacto entre a equipe de se aplicar um sistema de consensos nas decisões finais.

No território da ESF onde deve ocorrer o trabalho em equipe integrado, com a valorização das ações executadas por todos, Peduzzi (2001 *apud* CREVELIM; PEDUZZI, 2005, p. 325) aponta como aspectos positivos:

[...] a comunicação entre os agentes do trabalho, a articulação das ações, o reconhecimento das diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, o questionamento das desigualdades estabelecidas entre os diversos trabalhos e o reconhecimento do caráter interdependente da autonomia profissional.

Tais características apontadas por Peduzzi (2001) fortalecem a construção do processo de trabalho em saúde coletivamente, com uma visão de núcleo.

- Operacionalização

Informes¹³⁹

¹³⁹ Grande parte dos informes é demandado da roda de gerentes.

A reunião inicia com os informes: doação de sangue; avaliação da educação permanente dos trabalhadores de nível técnico; definição de rota para unidade móvel. Os desdobramentos dos informes assemelham-se ao das pautas, gerando muita discussão, utilizando parte do tempo da roda.

Pauta

Análise dos indicadores do território sanitário referente ao ano de 2006.

A análise dos indicadores foi realizada com a facilitação da preceptoria de território. Inicialmente, a equipe foi dividida em quatro subgrupos e, como estratégia foi utilizado um bingo, com perguntas sobre as informações referentes ao processo saúde-doença e a organização técnica no território, tendo como informação básica os dados de 2006 do SIAB.

O bingo priorizou determinados indicadores, que deveriam ser acertados pelos grupos, como a TMI e a cobertura de pré-natal. O grupo que acertasse todos os dados da cartela sairia vitorioso no jogo. Positivamente, o bingo proporcionou momento lúdico e reflexão acerca dos indicadores, permitindo avaliar a equipe quanto ao seu conhecimento dos indicadores do território. Mas, o bingo, por si só, não proporciona análise aprofundada dos indicadores, impondo-se a necessidade de estratégia posterior de análise efetiva para o planejamento.

Os resultados do bingo mostraram a pouca apropriação dos indicadores pela equipe. Apesar de o Centro de Saúde possuir uma sala de situação na recepção. Após o bingo, os indicadores foram analisados com vistas à avaliação da qualidade da atenção e da gestão, por atividade/procedimento profissional, e, por conseguinte, buscando a responsabilização motivadora, em relação aos indicadores bons, e de compromisso, quanto aos indicadores que precisam ser trabalhados, melhorados, carentes de intervenção.

Após análise dos indicadores, a equipe apontou a necessidade de mudanças no planejamento de 2007, que tinha sido finalizado na última roda de 2006, no intuito de organizar melhor a atenção à saúde no território.

- Condução.

A Roda é organizada por equipe própria, que trabalha a programação e a pauta com a gerente. A referida equipe elabora dinâmicas de grupo a serem aplicadas durante a Roda, que tenha a ver com o temário da pauta e/ou com o momento vivenciado no

calendário de festividades locais. A dinâmica utilizada no momento da observação era dominada de “Desatando nós”, que sugere o trabalho coletivo como fonte de solução dos problemas, e que se deve tentar sempre, quantas vezes forem necessárias, para a construção dos acertos. Após a realização da dinâmica, um ACS verbalizou o seguinte, quanto à resolução dos problemas em equipe e o papel do gerente:

Mostrar a capacidade de resolução dos problemas em equipe, o espírito de equipe e liderança, tem que ter aquela pessoa, que exerça a liderança, não a liderança autoritária (ACS, sexo masculino, zona rural).

A condução da Roda é feita de maneira democrática e participativa. A Roda ocorre quinzenalmente, sendo que a gerente apontou a necessidade de realizá-la semanalmente. Na roda, muitas ações são pactuadas e planejadas, mas não ficam claros os encaminhamentos dados, para o desenvolvimento e a possível efetivação do planejamento. Em referência a essa situação a preceptora de território comentou que o...

planejamento só é válido, quando a gente planeja o que é capaz de fazer.

- Demandas

As demandas, durante a Roda são acolhidas, negociadas e pactuadas, com o conseqüente planejamento para sua resolução.

- Articulação (Inter) Institucional.

A equipe e, principalmente, a gerência, apresenta uma visão e uma prática de trabalho com outros segmentos e/ou setores para prover as necessidades de saúde do território, resolvendo os problemas dos sujeitos ou das coletividades.

Cabe à gerência segundo Passos (2004, p. 35), um caráter “articulador e integrativo, ou seja, a ação gerencial é determinada pelo determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas social, em especial, as de saúde”. Conforme as autoras, onde há uma “escassez de recursos de ordem organizacional, material, cognitiva e, até mesmo ética, fazem

com que o trabalho da gerência se reduza a controlar e executar tarefas destinadas a alcançar o produto e o impacto necessário”.

4.6.2.2.2 Território de Mufumbo

- Agentes.

Gerente, auxiliares de enfermagem, ACS, cirurgião dentista, preceptor de território e preceptor de enfermagem.

- Instrumentos.

O instrumento utilizado durante a Roda foi um plano da quadra invernososa, apresentado e construído pelo gerente.

- Concepção do Processo Saúde-Doença.

O gerente mostra a importância da necessidade de qualificação do quadro epidemiológico do território, ou seja, acerca do processo saúde-doença concreto da população, principalmente em relação à quadra invernososa que se aproxima.

Para Barboza e Fracolli (2005, p. 1.036), pensar a ESF como cuidadora de famílias no território em que elas vivem, leva as equipes a uma “[...] compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas”. A prática deve ser, portanto, antecipatória.

- Relação entre os Sujeitos.

É de aparente autoritarismo e exacerbação da hierarquia.

- Operacionalização

Informes

Os informes são dados a partir dos informes e da pauta da Roda de Gerentes. A coordenação da Roda do Território é do gerente, sendo centralizada na fala deste.

Apresentado o planejamento da quadra invernososa a ser trabalhado com os ACS, sem sistematização. O gerente declara sua busca por um trabalho intersetorial com rezadeiras, agentes sociais, prefeitinhos, lideranças locais, escolas, residentes e grupos comunitários.

A preceptoria de território mostrou a necessidade de elaboração do planejamento de 2007, coletivamente.

Pauta

Os participantes não têm acesso à pauta antes do início da reunião, sendo o planejamento da mesma centrado no gerente. Na Roda observada não foi apresentado pauta. O planejamento da quadra invernososa foi apresentado como um informe, erroneamente, já que o mesmo deveria estar como pauta e ser construído coletivamente na Roda do Território. A preceptora de território fez menção à necessidade de pauta prévia e a construção do planejamento da quadra invernososa, coletivamente.

- Condução.

O gerente inicia a roda com a leitura da ata, que é feita por este. Há uma postura de julgamento acerca das decisões pessoais da clientela.

A condução se dá com características de um monólogo, em que só o gerente fala. Nos momentos de inquietação os preceptores, o tempo todo, instigavam o gerente para uma prática participativa na Roda, com um planejamento coletivo.

A Roda não apresenta uma organicidade e dinamicidade, própria da gestão participativa.

- Demandas.

As demandas que surgem durante a Roda são recebidas pelo gerente como algo desagradável.

- Articulação (Inter) Institucional.

Apesar do planejamento gerente-centrado, há uma busca pelo trabalho intersetorial com rezadeiras, agentes sociais, prefeitinhos, lideranças locais, escolas, grupos comunitários e residentes em saúde da família, conforme verbalização do próprio gerente.

4.6.2.2.3 Território de Jucá

- Agentes:

A gerente, ACS, enfermeira, auxiliar de enfermagem, médicos, auxiliar administrativa, recepcionista e acadêmicas de medicina.

- Instrumentos.

Relatórios dos SIS, prontuários familiares, informe técnicos do MS.

- Concepção do Processo Saúde-Doença.

As discussões da equipe de saúde durante a Roda do Território centram-se no processo saúde-doença das famílias, dos sujeitos e das comunidades. Durante a observação da Roda foi presenciada uma discussão acerca dos dados do SIAB do território, em que foram analisados indicadores e planejadas ações.

- Relação entre os Sujeitos.

Há uma espécie de respeito à fala da gerente e de um médico, que gera uma análise de possível respeito à autoridade hegemônica.

- Operacionalização.

A reunião teve início, com frases motivadoras, lidas pelos trabalhadores de saúde, dinâmica facilitada por uma enfermeira. Após a leitura das frases, a facilitadora fez uma breve reflexão sobre a motivação do trabalho em equipe. Na Roda, parte dos trabalhadores coloca-se sentada à frente dos outros. A gerente senta-se em posição estrategicamente diferenciada dos demais membros da equipes.

Informes

Seleção de mãe social – a gerente mostra a necessidade de ampliação do número de mães sociais no território, que atualmente só tem uma. A seleção se dará por conta do Projeto Trevo Quatro Folhas, no próprio Centro de Saúde.

Epidemia de Sarampo no Estado da Bahia – apresentado a situação da epidemia e a necessidade da equipe, principalmente, os ACS estarem em plena vigilância epidemiológica, investigando origem dos sujeitos que migraram recentemente para o território. Estimular a vacinação de grupos vulneráveis e/ou grupos de risco, como taxistas, professores e outros.

Receita especial/medicamentos controlados – mudança na lógica de organização do atendimento e dispensação, devido parte da clientela, a gerência acredita possuir deficiência no acompanhamento e excesso de clientela, por conta de muitas sujeitos não estarem cadastrados, por meio do prontuário familiar.

Acompanhamento de gestante pelo ACS no território, sendo que a partir de 37ª semana a visita deve ocorrer por semana, com o preenchimento de impresso próprio.

Visita domiciliar a puérpera e ao recém-nascido – análise de sua operacionalização pelo ACS, que deve ocorrer até 24 horas após a chegada da maternidade.

Conselho Local de Saúde – está em fase de articulação para reestruturação. Foi realizada uma reunião para discussão entre a Equipe da ESF e algumas lideranças comunitárias. Comunicada a data e horário da próxima reunião.

Discutida a acolhida dos novos Residentes de Medicina Comunitária e Família.

Agendamento da doação de sangue no Centro de Saúde, que será realizada pelo HEMOCE.

Pauta

A Roda do Território, nesse dia, não apresentou pauta. Embora pauta, nas reuniões que gerem/demandem planejamento, constitua parte necessária da organização.

- Condução.

A coordenação da roda é feita pela gerente, que se inicia na lógica de um monólogo, e depois passa a um dueto com um médico da equipe, em alguns momentos os outros participantes entram em cena, pontualmente, quando são convocados a falar; sendo que as falas ocorrem, às vezes, sem coordenação, com vários sujeitos se pronunciando ao mesmo tempo.

- Demandas.

Apesar da lógica de condução, as demandas são acolhidas pela Roda, e pela gerente. Mas no momento da roda, não há uma discussão do planejamento para resolução das mesmas.

- Articulação (Inter) Institucional.

Durante a observação não ficou claro como se dá a articulação.

4.6.2.2.2.4 Território de Catingueira

- Agentes:

O gerente, ACS, preceptor de território, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de enfermagem e residentes de saúde da família - educador físico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta.

- Instrumentos.

Boletins de Acompanhamento das Atividades de Febre Amarela e Dengue e de diarreias e IRA.

- Concepção do Processo Saúde-Doença.

A equipe apresenta uma concepção crítica acerca do processo saúde-doença, sendo grande a preocupação com as metas de cobertura vacinal do território, com a vigilância das crianças menores de um ano, quanto aos episódios de diarreias e IRA, crescente no período da quadra invernososa; além da vigilância com o surto de rubéola em município vizinho e o controle da dengue no território.

Apesar de a equipe apresentar compreensão do processo saúde-doença, o planejamento da quadra invernososa foi realizado pelas enfermeiras e a médica do território, e apresentado à equipe. O planejamento realizado de maneira participativa permite que os vários olhares sobre o território sejam conjugados e somados, a partir da articulação de enfoques, biológicos, sociais, psicológicos e culturais.

Quanto ao fator cultural, no processo saúde/doença, Boehs (2002, p. 90) afirma que o mesmo era “[...] considerado fator secundário, (mas) recentemente tem começado a receber mais atenção dos profissionais da área de saúde e dos cientistas sociais”.

- Relação entre os Sujeitos.

A relação entre os trabalhadores de saúde da equipe é positiva, bem estruturada, apesar de em alguns momentos, parecer que a gerente não tem domínio da Roda, não no sentido de opressão, mas de liderança com a equipe. Parece até que os sujeitos da equipe estão confundindo autonomia com heteronomia.

- Operacionalização.

Informes

A Roda do Território inicia com os informes: cobertura vacinal; surto de rubéola em municípios da Microrregião de Saúde de Sobral. Durante os informes é requisitado que os ACS reforcem cuidados as crianças menores de um ano, com riscos de diarreia e outros riscos, por meio de visita.

Os desdobramentos dos informes assemelham-se ao das pautas, gerando muita discussão, utilizando parte significativa do tempo da Roda.

Pauta

Surto de dengue no território - índice de infestação predial 0,84.

Organização do serviço.

Planejamento da quadra invernososa – o planejamento é feito a quatro portas entre enfermeiras e médica, sem a participação de toda equipe. A gerente chega à roda e anuncia o que deve ser feito. Ele é rígido e desconsidera toda a lógica da gestão participativa, empregada no sistema de saúde de Sobral. Não somente o planejamento da quadra invernososa, mas todo o planejamento do processo de trabalho da equipe é centrado no ato médico e na atenção à criança, ou seja, em práticas historicamente, hegemônicas.

A pauta é feita pelo próprio gerente, sem pactuação prévia com os demais membros da equipe.

- Condução.

Tanto durante a apresentação dos informes como da pauta, predomina um monólogo gerencial, em que somente em alguns momentos pontuais, alguns trabalhadores entram em cena para pedir esclarecimentos, com pontuais contribuições e sem contestações aparente. Apesar de às vezes ocorrer euforismo generalizado, em que os demais trabalhadores parecem querer tomar a fala da gerente.

O local de realização da roda apesar de bastante arejado, apresenta limitações de espaço, pois a estrutura não comporta toda equipe e uma parcela dos trabalhadores fica por trás dos demais, sobre mesas de exames, cadeiras abarrotadas, umas sobre as outras, inferindo na horizontalidade da roda. Mesmo assim, há uma sensibilidade em querer acomodar todos.

- Demandas.

Muitos assuntos que alguns trabalhadores apresentam como informes, mereciam estar na pauta. As demandas não são valorizadas como mereciam.

- Articulação (Inter) Institucional.

É percebido, a partir das verbalizações, que a equipe tem boa articulação com outras secretarias da gestão municipal, com as lideranças locais e a rede assistencial.

O processo de observação das Rodas dos Territórios mostra uma diversidade de organização entre as mesmas, de práticas gerenciais, da organização do trabalho em saúde, até mesmo da atenção à saúde e do próprio modelo de atenção.

A Roda do Território de Aroeira, à semelhança da árvore que lhe dá o nome, é produtiva, terapêutica, têm “serventia” para a saúde das famílias, sujeitos e comunidades. Nela se expressam o sentir, o conhecer e o fazer, proposto por Brandão (2006), e os componentes do Método da Roda, proposto por Campos (2000) – administrativo, pedagógico, terapêutica e política – estão processualmente sendo desenvolvidos. Nela, o planejamento participativo, estratégico e coletivo é uma prática instituída pela equipe, com toda sua subjetividade.

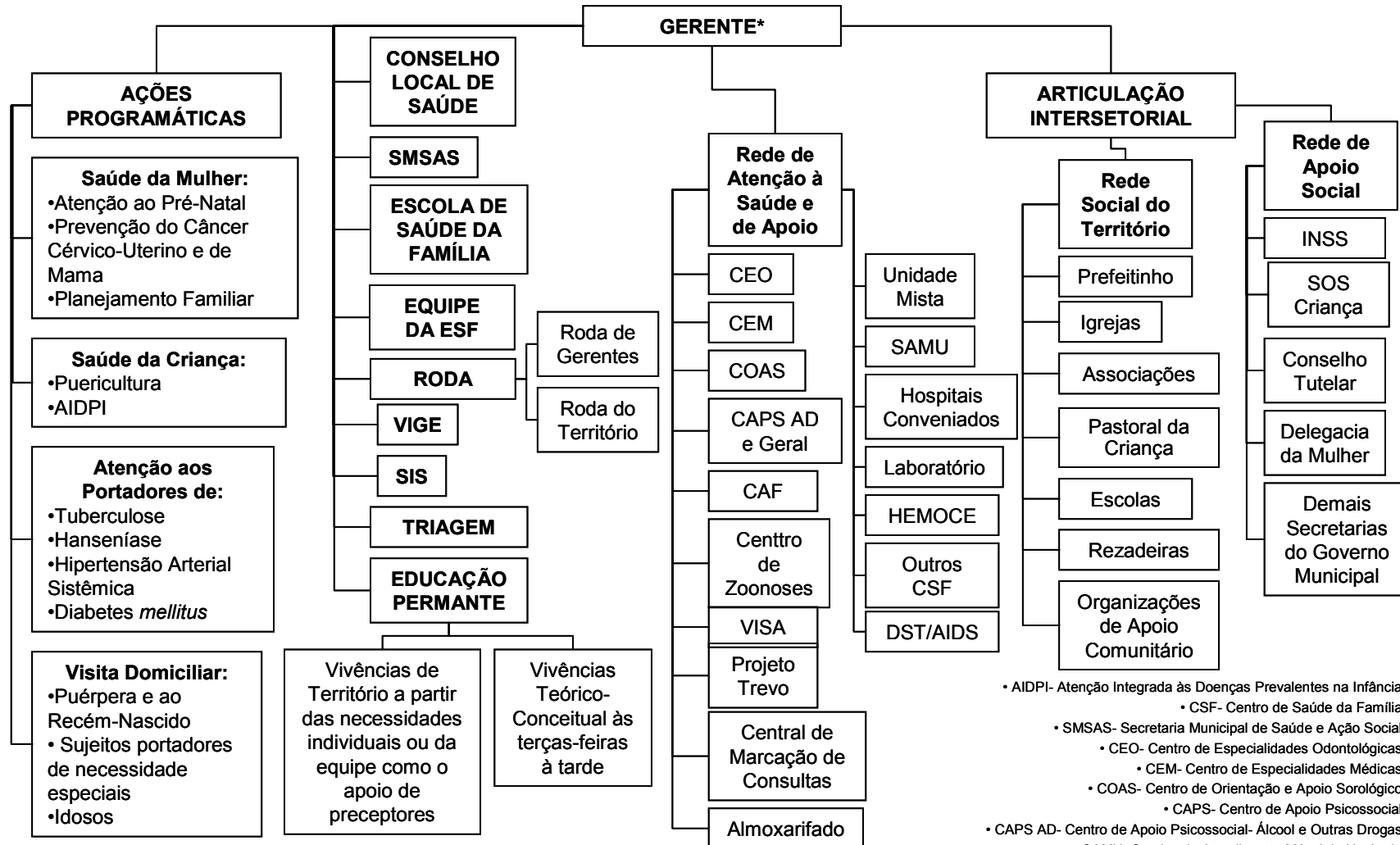
Já as Rodas dos Territórios de Jucá, Mufumbo e Catingueira apresentam uma semelhança, quanto ao planejamento do território sanitário, pois, o mesmo está centralizado na gerência e em limitados agentes. Predomina uma superioridade hegemônica, tanto gerencial, quanto de determinadas categorias profissionais – enfermeiros e médico. O Método da Roda e, conseqüentemente, o da gestão participativa, começa a ser fragmentado a partir das hegemonias instituídas – que não é a do coletivo de trabalhadores de saúde –, da prática de planejamento centralizado, do posicionamento dos trabalhadores na Roda, que não seja uma lógica horizontalizada, como também da inexistência de pauta nas Rodas de Jucá e Mufumbo, e como se dará o desdobramento das limitadas pactuações nos três territórios.

Corroboramos com Franco e Merhy (2006) afirmam que no atual modelo tecnoassistencial – a ESF – o principal problema está no processo de trabalho, e para que se consiga efetivá-lo é necessário mudar os sujeitos protagonistas da ESF.

4.6.3. Fluxograma do Processo de Trabalho do Gerente no Território da ESF.

Após análise do processo de trabalho, com a utilização de diferentes métodos de pesquisa, foi possível a construção da Figura 21, em que estão descritos os diversos momentos do agir dos gerentes: Centro de Saúde da Família – gestão e atenção –, participação nas Rodas de Gerentes, Território e do Conselho Local de Saúde, Escola de Saúde da Família, SMSAS e a articulação intersetorial, utilizando-se de ferramentas próprias da Saúde Pública como da Saúde Coletiva, a exemplo da epidemiologia e do planejamento.

Figura 21 Fluxograma do Processo de trabalho dos Gerentes no Território da ESF.



*O posicionamento das ações, serviços e redes não leva em consideração ordem de prioridade e hierárquica

- AIDPI- Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
- CSF- Centro de Saúde da Família
- SMSAS- Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social
 - CEO- Centro de Especialidades Odontológicas
 - CEM- Centro de Especialidades Médicas
 - COAS- Centro de Orientação e Apoio Sorológico
 - CAPS- Centro de Apoio Psicossocial
- CAPS AD- Centro de Apoio Psicossocial- Álcool e Outras Drogas
- SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico
 - HEMOCE- Hemocentro Ceará
 - VISA- Vigilância Sanitária
 - VIGE- Vigilância Epidemiológica

O processo de trabalho no gerenciamento do território da ESF segundo Pereira (2005) divide-se em dois componentes: a gerência do cuidado e a gerência de serviços. O primeiro tipo de gerência opera o cuidado desenvolvido pelos profissionais aos sujeitos, famílias e comunidades. O segundo tipo desenvolve o trabalho provendo os serviços de condições favoráveis para execução do cuidado, suprindo os mesmos com insumos necessários e estabelecendo uma organização favorável a execução da produção em saúde. Nesta perspectiva identificamos tal abordagem no processo de trabalho dos gerentes do território da ESF de Sobral.

Frente esta exposição de Pereira, Campos (1997a, p. 236) afirma que uma gestão participativa e o “[...] trabalho clínico assentado no vínculo seriam, portanto, modos de, ao mesmo tempo, organizar serviços nos quais houvesse grande autonomia profissional e nos quais cada um soubesse com muita clareza de suas atribuições”.

A prática gerencial, enquanto parte do processo de trabalho, para Vanderlei e Almeida (2007, p. 447) deverá ser uma ação interdisciplinar, em que se fazem “presentes determinações de ordem técnica, mas principalmente política”.

No caso dos gerentes desse estudo em Sobral, é notório, portanto, que os mesmos, desenvolvem ações disciplinares, próprias de seus núcleos profissionais, mas, o seu do processo de trabalho se dá na lógica do campo profissional do trabalho em equipe, com ações intersetoriais, interdisciplinares e, em determinado momento, quando no trabalho coletivo com os residentes de saúde da família, vemos a construção de ações transdisciplinares.

Pesquisa realizada por Vanderlei e Almeida (2007) em quatro municípios no estado do Maranhão, acerca do processo de trabalho dos gerentes de UBS identificou como atividades, o seguinte: supervisão da limpeza da unidade; planejamento, coordenação e supervisão dos serviços de saúde; provimento de reparos e manutenção de material e equipamentos; distribuição tarefas, envio de relatórios; aquisição de material permanente; organização de fluxo; comunicação em saúde; e reuniões. Os resultados desse estudo se assemelhou ao desta pesquisa em Sobral.

Pesquisa realizada por Fracoli e Egrý (2001, p. 16) acerca do processo de trabalho de gerentes de UBS apontou que

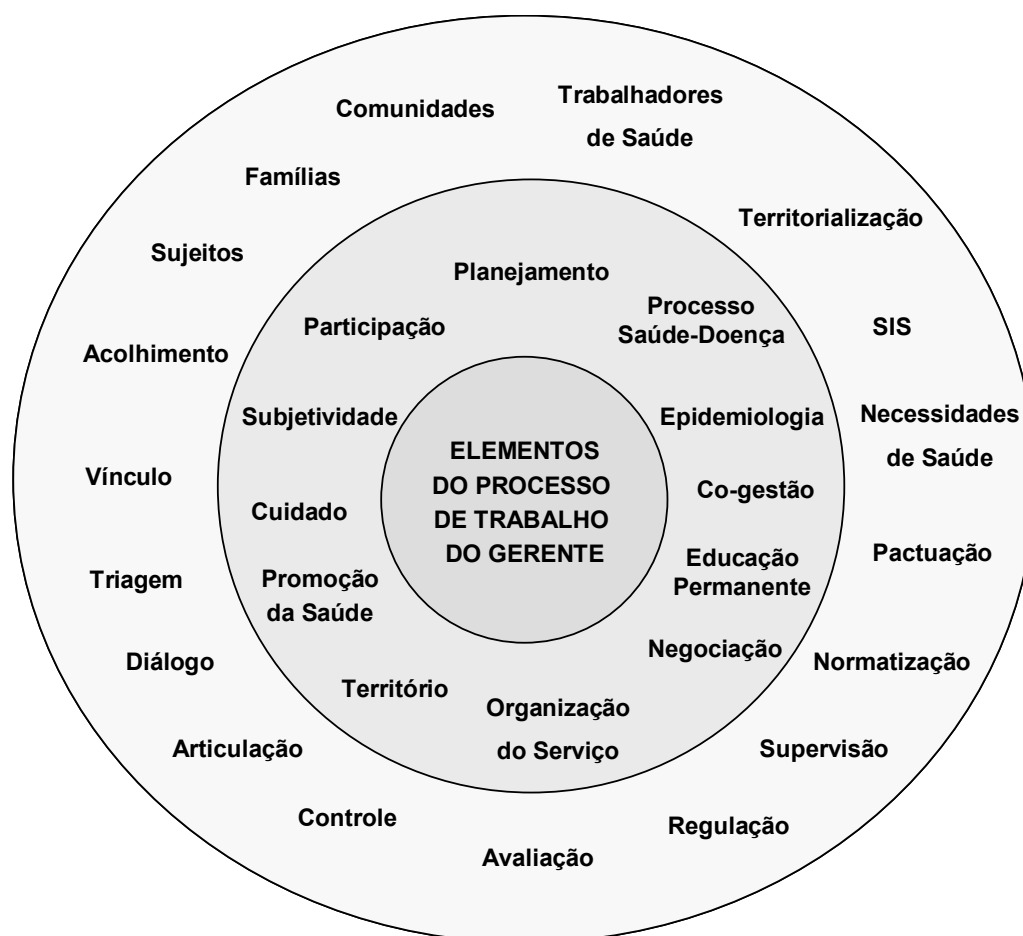
a análise dos processos micropolíticos do trabalho de gerência revelou que, as lógicas que caracterizavam este trabalho expressavam-se através de compromissos com atividades-meio que organizavam o trabalho médico.

Identificou-se também que estas lógicas estavam organizadas sob uma concepção clássica de gerência, isto implicava na adoção, pelas gerentes, de tecnologias e saberes gerenciais pautados em modelos tayloristas, fordistas e weberianos. Os saberes utilizados pelas gerentes reforçavam a burocracia, a divisão do trabalho⁹⁰, o produtivismo e a alienação do trabalhador do seu produto final, bem como enfatizavam ações de supervisão e controle e deixavam para segundo plano o planejamento e a avaliação dos profissionais e das práticas de saúde. No interior do processo de trabalho desenvolvido pelas gerentes, a tensão entre assistir e gerenciar aparecia como pólos de oposição e não como ações intercessoras e intercomplementares.

Em forma sintética, afirmamos que o processo de trabalho dos gerentes do território da ESF se baseia no/a: planejamento de ações gerenciais e práticas assistenciais, com base em ferramentas participativas; avaliação de ações de saúde; controle de processos de trabalho da equipe; articulação intra e intersetorial; organização do serviço – Centro de Saúde da Família; análise epidemiológica; operacionalização de SIS; utilização de práticas de liderança e negociação; participação comunitária; regulação do sistema inframunicipal, a partir do controle do processo de trabalho da equipe de saúde; desenvolvimento de processo de cuidar a sujeitos, famílias e comunidades, além de sujeitos ou grupos em situação de risco ou vulnerabilidade; gerenciamento da educação permanente. A síntese dos elementos constituintes do processo de trabalho dos gerentes, podem ser melhor visualizados na Figura 22.

⁹⁰ Karl Marx em sua obra **Manuscritos Econômicos-Filosóficos** (2005, p. 160) afirma que a divisão do trabalho é a “[...] expressão econômica do caráter social do trabalho no interior da alienação. Ou então, uma vez que o trabalho constitui apenas uma expressão da atividade humana no seio da alienação, da manifestação da vida como alienação da vida, a divisão do trabalho não passa do estabelecimento alienado da atividade humana como uma atividade genérica real ou com a atividade do homem enquanto ser genérico”.

Figura 22 Elementos do Processo de Trabalho do Gerente no Território da ESF.



Apesar dos elementos que vêm constituindo o gerenciamento do território da ESF serem, prioritariamente, vinculados à Saúde Coletiva, a Gestão Participativa, com um processo constante de busca pela humanização da atenção, com um cuidado holístico, há um excesso de normatização oriunda, principalmente, do Ministério da Saúde, da SESA, da SMSAS e de setores afins da gestão municipal, fato que muitas vezes engessa a produção em saúde, inibindo a capacidade criadora dos gerentes.

Quanto ao excesso de normatização e regulamentação da ESF pela esfera nacional, para Franco e Merhy (2006, p. 100) tal prática “[...] desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato, em saúde, em normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância à saúde, do transformar suas práticas em ‘trabalho morto’ dependentes”. No que concerne à gestão da ESF, Franco e Merhy (2006, p. 110) apontam como um dos graves problemas à sua organização o excesso de normatividade para sua implementação, o “formato da

equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa, são regulamentados pelo Ministério da Saúde”. por isso, os autores, criticam essas “[...] normas [que] deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena de os que não se enquadrarem nas orientações ministeriais ficarem fora do sistema de financiamento das equipes de PSF”.

A exigência normativa segundo Pasche (2005, p. 97), pode aparecer...

em uma primeira avaliação, um requisito fundamental para fazer funcionar um sistema de saúde heterogêneo e complexo como o brasileiro. Paradoxalmente, no entanto, a produção de normas como se tem feito no SUS tem sido impeditiva de uma ação mais efetiva dos municípios na formulação de políticas, pois restringe a produção-criação desde as experiências locais, dificultando a adequação das proposições às especificidades e diversidades dos contextos locais. [...] A mentalidade centralizadora impede, porque não acredita, que experiências bem sucedidas no espaço local possam ser aproveitadas em benefício do próprio sistema, que permanece refém de uma suposta capacidade superior de suas tecnoburocracias. A superação desta cultura institucional, sobretudo por uma melhor e mais intensa ação de vocalização, concertação e de pactuação, com as Comissões Intergestoras, mais aproximadas da ação dos Conselhos de Saúde, é um imperativo político para o avanço e qualificação do SUS.

Contudo, a gerência dos serviços de saúde, segundo Vanderlei e Almeida (2007), historicamente, vem sendo construída a partir de um referencial normativo e tradicional.

Concretamente, que nem o Ministério da Saúde nem a SESA, ainda não desenvolveram, em larga escala, um processo de educação permanente para os gerentes de território da ESF, diante da necessidade, esta percebida no dia-a-dia dos territórios, pois muitos dos gerentes, somente vivenciaram tais conteúdos durante a graduação, em disciplinas com limitado número de créditos e excesso de conteúdo, que não se destina exclusivamente a APS.

Nesse sentido, concordamos com Merhy (2005, p. 26) ao afirmar que as “[...] intervenções nos processos gerenciais são chaves para o reordenamento produtivo”, e para isso, torna-se necessário, o desenvolvimento de um processo de educação permanente para tal.

A Finlândia formou administradores de serviços de APS voltados para a qualidade e eficácia da atenção, congregando os seguintes conteúdos: gestão e liderança; o objetivo e sua importância do ponto de vista da gestão; motivação do pessoal; qualidade da atenção e eficácia de diversas atividades; garantia da

qualidade; qualidade e eficácia da atenção, ambiente e cultura da organização; direção de pequenos grupos; desenvolvimento da organização; e a investigação como meio de gestão (KEKKI, 1994, p. 305, tradução nossa).

Frente essa realidade, acreditamos que, um gerente de território da ESF, com uma boa formação e um processo de educação permanente sólido terá mais potencial para a transformação dos espaços, motivação da equipe, mobilização de vontades e sentimentos e articulação comunitária.

Ao acreditarmos na gerência como potencial para a transformação, comungamos com Vanderlei e Almeida (2007, p. 445) que é preciso “percebê-la como espaço instituinte, com maior participação da equipe dos trabalhadores, ou seja, repensar sua forma de produção e reprodução no que se refere ao gerenciamento dos serviços locais de saúde”.

O gerente que se propõe a dar um enfoque mais humano ao seu estilo de administração, segundo Vantin (1999) deve criar condições para uma qualidade de vida no trabalho satisfatória, em que agregue valores para uma produção laboral com mais qualidade e aproveitamento, que proporcione tanto satisfação da equipe como da clientela. A equipe deverá procurar evitar a superespecialização e a rotinização de tarefas, mas incentivando a diversificação de atividades, para que o coletivo de trabalhadores se perceba enquanto contribuinte na construção do produto final.

De um modo geral, segundo Fracolli e Egry (2001, p. 14), o gerenciamento no setor saúde e a diversidade de ações desenvolvidas pelos diversos agentes produtores de saúde, vêm apontando a necessidade de se incrementar mudanças no modo de se conceber, operar e fazer gerência nas organizações sanitárias.

Quanto ao modo de agir em saúde no cotidiano da gestão dos serviços, Vasconcelos (2006, p. 65) afirma que tem sido prática comum reduzi-lo ao ato de...

prover recursos disponíveis, a promover o registro de informações rotineiras, e a exercer algum grau de controle sobre os trabalhadores, mas pouco interfere na organização do processo de trabalho e na conformação dos modos de produzir saúde no serviço. A condução da mudança no *modus operandi* da unidade não se encontra no horizonte da maioria dos gerentes e a falta de capacidade para lidar com o conflito e envolver o conjunto dos trabalhadores num projeto de gestão democrática e participativa reduz as possibilidades de produção de novos modos de fazer saúde. As experiências de funcionamento dos conselhos gestores de Unidades, com a participação de usuários, abrange poucas Unidades.

A gestão dos serviços de saúde, segundo Capozollo (*et al.*, 2005), tem relevante importância no desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de saúde, ao constituir ferramentas para a composição do trabalho em saúde, seja ele individual ou coletivo, contribuindo, conseqüentemente, na produção sanitária diária, nas relações entre trabalhadores de saúde e usuários, como o encontro de subjetividades entre estes.

Gerenciar, segundo Tancredi, Barrios e Ferreira (1998, p. 14) é uma...

função administrativa da mais alta importância – é o processo de tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto do sistema. Implica coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados [...].

No caso do setor saúde, o gerente toma para si uma maior responsabilidade, que é o cuidado de famílias, seus sujeitos e comunidades, gerando uma responsabilização sanitária pela equipe, que deve buscar como produto final uma atenção de qualidade, holística e humanizada e como resultados, a satisfação da clientela. O cuidado na perspectiva da produção sanitária do gerente deve ser desenvolvido na perspectiva da relação e preocupação com o outro – trabalhador de saúde, famílias, sujeitos e comunidades –, com o intuito de prover uma produção sanitária efetiva, eficiente e eficaz.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi elaborado com base em questionamentos acerca da organização do trabalho e produção em saúde dos gerentes do território da ESF. Considerando, pois, os objetivos, os pressupostos e o componente analítico do estudo ficou evidenciado, que:

1) Os territórios da ESF seriam melhor gerenciados se seus gerentes tivessem formação específica em gestão, principalmente, no que concerne à gestão sanitária, com enfoque na legislação do SUS; à gestão participativa, com uso de metodologias e ferramentas próprias desse modelo de gestão, para uma melhor apropriação da co-gestão, com possibilidades de construção de Rodas de Gerentes e de Territórios, mais competentes e eficientes; participação do Conselho Local de Saúde, como instância colegiada com efetiva participação popular com controle social, inferindo na deliberação de políticas e ações de saúde de nível local; organização do serviço, que proporcione uma melhor organização do Centro de Saúde da Família, com prioridade para a melhoria da qualidade, a biossegurança e o controle de infecção.

2) O gerenciamento dos territórios apesar da institucionalização das rodas, em que são analisados os indicadores dos territórios e planejadas as ações a serem desenvolvidas de maneira participativa e crítica, em diversos momentos são guiados por opiniões espontâneas de seus gerentes. Mesmo com a introdução da práxis da gestão participativa na ESF, vemos que o trabalho dos gerentes vivencia práticas comuns a diversos modelos de gestão, como segue:

Taylorista – com práticas próprias do trabalho morto, burocratizadas e com excesso de normatização, comuns à ESF e com a presença, ainda, de práticas e pensamento hegemônico comum ao modelo de gerência clássica;

Fordista – apesar da gerência não apresentar uma superespecialização, o processo de trabalho em determinados momentos ocorre em série, a exemplo de reuniões/rodas, triagens, cuidados com grupos, dentre outros;

Toyotista – principal modelo utilizado, por apresentar a produção em saúde vinculada a uma população adscrita; ter como referência o trabalho em equipe de modo flexível; utilizar-se da co-gestão, com práticas horizontalizadas.

3) A representação fundamental sobre território está centrada, predominantemente, no espaço geográfico, na divisão político-administrativa de atuação da ESF, nos limites geográficos e população adscrita do Centro de Saúde da Família.

4) A política local em muitos territórios é o principal elemento de interferência na organização do processo de trabalho da equipe e no planejamento e desenvolvimento das ações da equipe de saúde.

5) A organização do processo de trabalho da equipe é planejada de maneira coletiva, durante as Rodas dos Territórios, mas nem sempre, em sua execução, segue essa lógica, compreendendo um processo de trabalho parcelar, determinado, principalmente, pelos atos dos enfermeiros e médicos, que conduzem a produção em saúde nos territórios. Ao início da pesquisa, parte significativa dos gerentes tinha acabado de assumir a gerência do território. Percebemos que cada gerente como parte de seu processo de gerenciar, imprimia seu modelo de gestão na lógica do planejamento do processo de trabalho da equipe e prática diária do Centro de Saúde da Família. Mas do que isso ficou claro que ao assumir um novo território, o gerente realiza uma micro-reforma sanitária, fato percebido sob dois aspectos: o primeiro, acerca da quebra de processos evolutivos da organização sanitária do território que está em pleno desenvolvimento, devido o atual gerente não concordar ou não entender sobre o mesmo, tendo às vezes há conflitos com a equipe; o segundo aspecto que a micro-reforma proporciona são as mudanças significativas na lógica da organização sócio-sanitária do território, na potencialização do processo de trabalho da equipe, no planejamento comunitário e na análise epidemiológica, imprimindo uma prática gerencial própria da Saúde Coletiva. É notório, nos territórios em que gerência prioriza a gestão participativa em todas suas ações, a exemplo do Território de Aroeira, o avanço das ações, um trabalho em equipe mais sólido, a identificação dos problemas com mais facilidade, e conseqüente resolução de maneira mais eficiente e coletiva.

6) O desenvolvimento científico-cultural, qualificação ou processo de educação permanente está centrado, principalmente, nas oportunidades que o município de Sobral lhes oferece, por meio da Escola de Saúde da Família, que são a Residência em Saúde da Família, os momentos teórico-conceituais às terças-feiras à tarde e as vivências de território a partir da preceptoria de enfermagem, além da participação em eventos realizados pelo município. O alto custo dos eventos científicos, de livros e revistas são algumas das dificuldades dos gerentes em realizarem aperfeiçoamento profissional. Quanto à qualificação dos gerentes para o gerenciamento do território, o único componente que os mesmos estão inseridos é o da organização do serviço, vivenciado a partir da preceptoria de enfermagem.

7) Apesar das equipes nos territórios utilizarem estratégias/metodologias de gestão participativa, não há uma concepção clara do que seja, fato percebido em diversas falas dos gerentes e nas observações durante as rodas.

8) As principais facilidades no seu processo de trabalho durante o gerenciamento do território relatado pelos gerentes são: *bom relacionamento com a equipe*, 39,3%; *a organização do serviço de saúde [...]*, 21,4%; *equipe compromissada com o trabalho*, 17,9%; e *equipe multiprofissional*, 14,3%. Em contraponto, as principais dificuldades são: *conciliar atividade de enfermagem e gerenciamento*, 35,7%; *estrutura física da unidade*, 32,1%; *falta de capacitação para o gerenciamento*, 21,4%; *a politicagem por parte dos cabos eleitorais*, 21,4%; *pouca autonomia*, 17,9%; e *excesso de burocracia*, 17,9%.

5.1 Conclusões.

O perfil sócio-demográfico dos gerentes mostra que: 57,2% estão na faixa etária de 25 a 34 anos; 92,9% são do sexo feminino; 78,6% são casados; 57,2% têm renda mensal na ESF de R\$ 1.800,00 a 2.000,00; 85,7% recebem pelo desempenho da função de gerente uma gratificação de R\$ 200,00; 82,1% possuem outras atividades que gere renda. Quanto à formação e qualificação, 100% são enfermeiros; 39,2% dos gerentes têm de três a cinco anos de graduado; 71,4% possuem Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família; 96,4% não receberam qualificação no ato da nomeação; 60,7% e 57,1% apresentam necessidade de qualificação em gestão em saúde e gestão de pessoas, respectivamente; 64,3% têm dificuldades de fazer aprimoramento, principalmente,

por conta do alto custo dos eventos científicos, 42,9%, e pelo alto custo dos livros e revistas científicas, 39,3%.

Quanto à gestão do trabalho, 100% dos gerentes cumprem uma jornada de trabalho de 40 horas/semana; 96,4% apresentam como vínculo empregatício, exclusivamente, a nomeação através de portaria de cargo em comissão; 100% não estão inseridos em um PCCS, sendo evidente a situação de precarização do trabalho em saúde dos gerentes. É importante registrar que em Sobral, o único profissional da ESF contratado mediante concurso público é o médico, o que vem a reforçar a prioridade do sistema a uma categoria historicamente hegemônica. Quanto ao tempo de gerência, 39,3% dos gerentes possuem de quatro a seis anos.

Do coletivo de gerentes, 75% atuam como enfermeiro assistencial de determinado território, desenvolvendo cuidados a criança, ao adolescente, ao adulto, ao idoso, a mulher no ciclo gravídico-puerperal, aos portadores de tuberculose, hanseníase, Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS, Diabetes *mellitus*-DM, DST/HIV –, visita domiciliar, trabalho com grupos, cuidado com feridas, ações de promoção e educação em saúde dentre outras.

No que concerne ao processo que levou o enfermeiro ao cargo de gerente, deve-se as características pessoais como liderança e organização durante o processo de trabalho; além de ser uma função enfermeiro-centrada e exercida por indicação de terceiros à equipe.

5.2 Sugestões.

Os **gerentes** durante o desenvolvimento de seu processo de trabalho, poderão:

- a. Construir junto com a equipe a organização da atenção com base em malhas de cuidados ininterruptos.
- b. Construir coletivamente a sala de situação
- c. Disponibilizar tempo para a supervisão e organização do CSF.
- d. Buscar maneiras de integrar o agente de endemias à equipe.
- e. Reduzir o tempo com demandas emergentes e burocracia, deixando tempo para a organização do Centro de Saúde da Família.

f. Delegar aos enfermeiros do território a responsabilidade técnica de supervisão, organização e controle de serviços como sala de vacina, de aerosolterapia, TRO, de curativos e retiradas de suturas, de procedimentos, de material e esterilização, com o intuito de reduzir a burocratização e as atribuições gerenciais, possibilitando os gerentes atuar em processos gerenciais mais complexos.

g. Assumir a gestão participativa, a co-gestão, como desenho de uma práxis gerencial, não só para com os trabalhadores de saúde, mas também com a clientela do território.

h. Organizar seu processo de trabalho com base em tecnologias leves – relacionais – e influir suas equipes para que faça o mesmo, com o intuito de ampliar as ações de promoção da saúde e os cuidados coletivos à família e não tão exclusivamente individualizado, aos sujeitos.

i. Utilizar ferramentas potentes de gestão, no dia-a-dia, em seu território.

A **SMSAS** poderá:

a. Desenvolver uma política de gestão do trabalho para os gerentes - e demais trabalhadores de saúde -, com estabelecimento do PCCS, melhores gratificações, com base na localização do trabalho e estratificação de risco social e sanitário do território.

b. Desenvolver uma política de educação na saúde, com um processo formativo denso, com temas sobre gestão sanitária, gestão de pessoas, planejamento, epidemiologia dentre outros, que permitam um gerenciamento sem amadorismos. Além das terças-feiras à tarde criar um espaço de vivências teórico-conceituais exclusiva para os mesmos – separados dos enfermeiros que são exclusivamente assistenciais –, além de vivências de território próprias da gestão sanitária.

c. Estabelecer as atribuições dos gerentes.

d. Avaliar o perfil dos gerentes durante a nomeação, e confrontá-lo com o perfil que o sistema exige.

e. Prover o gerente de mais autonomia. É evidente a autonomia responsável na prática dos gerentes, para uma tomada de decisões no gerenciamento do território é de fundamental importância. Sabendo que a autonomia é necessária para a priorização das ações a serem desenvolvidas pela equipe durante o cuidado aos sujeitos, famílias e comunidades.

f. Disponibilizar uma boa equipe e de todos os recursos necessários para o alcance de metas e da excelência gerencial, para o exercício de uma gerência competente.

g. Deixar claro para as equipes, quais são as macropolíticas sanitárias do município e os gerentes, gerenciarem o alcance das mesmas no território.

h. Avaliar o desempenho dos gerentes, pois nos territórios existem gerentes extremamente competentes e outros descontextualizados para o exercício do cargo.

i. Estabelecer uma nova política gerencial de apoio aos gerentes, no que concerne ao provimento de insumos, equipamentos e manutenção, com a redução de níveis hierárquicos e de burocracia.

j. Estabelecer um sistema de crédito financeiro, com base em suprimento de fundos, para os territórios, com o intuito de estar provendo pequenos serviços de manutenção e aquisição de insumos de pequeno vulto, de maneira rápida e prática, contribuindo com a redução da burocratização e o entrave de determinadas fases do processo de trabalho da equipe e da gestão sanitária municipal, principalmente, nos períodos de licitação e compra.

k. Dar exclusividade de trabalho gerencial ao gerente, nos territórios em que os indicadores epidemiológico-sociais sejam críticos, com densa lista de necessidades sócio-sanitárias e elevada população adscrita, o gerente de território atuar exclusivamente nas ações gerenciais do território.

l. Buscar de maneira pactuada, com o coletivo de gerentes e suas equipes desconstruir a visão de que o processo de trabalho é Centro de Saúde-centrado, mas sim território-centrado.

m. Estabelecer critérios de seleção dos gerentes que desconsiderem a conveniência do mesmo está no território, mas sim com base em critérios técnicos

que levem em consideração competências técnicas gerenciais, sociais e humanas, além do espírito de liderança.

n. Pactuar junto às equipes da ESF um modelo de gestão para todos os territórios, com planejamento durante as Rodas, com prazos e responsáveis para sua execução definidos, para possível efetivação.

A Coordenação Municipal de APS, poderá:

a. Resignificar o papel e o método da Roda de Gerentes, com referência ao que propõem Brandão (2006) - que a Roda seja um espaço do sentir, do conhecer e do fazer dos trabalhadores de saúde - e Campos (2000) - que a Roda deva possuir um papel administrativo, pedagógico, terapêutico e político -. E que a mesma, assuma o papel de Roda, com sua horizontalidade de posicionamentos e de papéis, e que não seja apenas um espaço de desembocadura das pactuações e determinações da Roda do Conselho Gestor. E que os diferentes setores da gestão municipal, quando participarem da arena da Roda de Gerentes, venham com o sentimento de pactuação coletiva e não de determinismo gerencial.

b. A roda de gestores deve estabelecer metas de gestão e objetivos setoriais aos gerentes.

Um dos grandes dilemas contemporâneos da ESF, quanto à sua operacionalização e desenvolvimento, está no processo de trabalho de suas equipes e gerentes. Uma das causas está no cerne das equipes, ou melhor, dos trabalhadores de que não se deixaram interpenetrar pelo território sanitário, pelo acolhimento humanizado e cidadão, pelas demandas das famílias, de seus sujeitos e comunidades, no viver da cultura local, das subjetividades e das histórias. O tomar café no banco de madeira. O contar história no alpendre. O sentar na cozinha das tantas Maria, Ana, Sebastiana, Teresa. O feijão com água e sal. O milho verde cozido na panela. A calçada da boa prosa. Os “causos” dos pecadores e caçadores. Os mistérios que cercam a comunidade. As festividades que embalam sonhos e esperanças.

ESF é tudo isso e mais! Não somente normatização, burocracia, rigidez. É construir sonhos com a comunidade.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, E.M.L.S. Promovendo um ambiente favorável à criatividade nas organizações. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 18-25, abr.-jun. 1998.
- ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate aberto. **Revista de Administração Pública**, a. 34, n. 6, p. 11-34, nov./dez. 2000.
- ALMEIDA, M.C.P. *et al.* A situação da enfermagem nos anos 1980. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989, Florianópolis, SC, **Anais ...** Florianópolis, SC, 1989. p. 43-75.
- ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 150-153, ago., 2001.
- ALMEIDA, V.L. **Saúde e cidadania: na experiência de Icapuí-CE**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- ÁLVARES, A. Apresentação. **Painel de Indicadores do SUS**, a. 1, n. 1, p. 03, out. 2006.
- ALVES, D.P. **Teoria Geral da Administração**. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI, 2007.
- ALVES, L.A.A.R. O perfil gerencial do Enfermeiro para atuar na atenção primária em saúde. In: SANTOS, Á.S.; MIRANDA, S.M.R.C. (orgs.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri - São Paulo: Manole, 2007. (Série Enfermagem). Capítulo 5. p. 111-122.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface**, v. 9, n. 16, p.39-52, fev. 2005.
- ANDRADE, L.O.M. **A Estratégia Saúde da Família no Sistema Municipal de Saúde de Sobral**. Sobral: Secretaria da Saúde e Ação Social, 2000. Mimeo.
- ANDRADE, L.O.M. *et al.* Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE- Revista sobralense de políticas públicas**, Sobral-CE, a. V, n. 1, p. 9-20, jan./fev./mar. 2004.
- ANDRADE, L.O.M. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: HUCITEC/Sobral: UVA, 2001. (Saúde em Debate; 139. Série Didática; 10).
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. A Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. e Col. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Capítulo 25, p. 783-836.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. e Cols. **Medicina**

ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. Capítulo 7, p. 88-100.

ANDRADE, L.O.M.; MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da família: construindo um novo modelo – a experiência de Sobral. **SANARE - Revista sobralense de políticas públicas**, Sobral-CE, a. I, n. 1, p. 07-17, out./nov./dez. 1999.

ANDRADE, M.C. **Questão do território no Brasil**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

ANDRADE, M.C. **A terra e o homem no Nordeste:** contribuição aos estudos da questão agrária no Nordeste. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1986.

ANTUNES, M.J.M. **Enfermeiro e a integralidade da assistência de enfermagem na rede básica do Sistema Único de Saúde**. 1996. 198 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Belo Horizonte, 1996.

ANTUNES, M.J.M.; EGRY, E.Y. O Programa Saúde da Família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 1, p. 98-107, 2001.

ARAGÃO; A.E.A.; MARCELINO, M.F.; XIMENES NETO, F.R.G. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral: breve perfil histórico e assistencial. In: ARAGÃO; A.E.A. *et al.* (Org.). **Diretrizes do serviço de enfermagem da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral**. Sobral: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 2002. Capítulo 1. p. 15-19.

ARAÚJO, F.S. **Origem da cultura sobralense**. Sobral: Edições UVA, 2005b.

ARAÚJO, F.S. **Traços biográficos de Dom José Tupinambá da Frota**. Sobral: Edições UVA, 2005a.

ARAÚJO, P.S.X. Síntese da proposta de Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema único de Saúde- NOB/RH-SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde, trabalho e democracia:** participação dos trabalhadores de saúde nos Conselhos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos). Capítulo 3. p. 37-41.

ASSIS, A.S. **Um Novo Agir em Gestão de Saúde Pública: A Implantação do Método de Co-Gestão de Coletivos na Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral**. 2003. 70 f. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2003.

ASSIS, M.M.A. O processo de construção do controle social no Sistema único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 324-335, set./dez. 2003.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

AZAMBUJA, E.P. *et al.* Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadores de um Programa Saúde da Família. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 16, n. 01, p. 71-79, jan./mar. 2007.

- BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 7. ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.
- BALBIM, R.N. Região, território, espaço: funcionalizações e interface. In: CARLOS, A.F.A. (Org.). **Ensaio de geografia contemporânea**- Milton Santos: obra revisitada. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 241-247.
- BARBOSA, I.C. Entre a barbárie e a civilização: o lugar do sertão na literatura. In: SOUZA, S. (Org.). **Uma nova história do Ceará**. 3. ed. rev. atual. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2004. p. 56-75.
- BARBOZA, T.A.V.; FRACOLLI, L.A. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, jul./ago., 2005.
- BARRETO, I.C.H.C.; ANDRADE, L.O.M.A.; MARTINS JÚNIOR, T. O combate à mortalidade infantil em Sobral. **Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, a. I, n. 2, p. 101-105, jun./nov.1999.
- BARRETO, I.C.H.C. *et al.* Residência em Saúde da Família: um desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. **SANARE - Revista sobralense de políticas públicas**, a. II, n. 3, p. 18-28, out./nov./dez. 2000.
- BARRETO, I.C.H.C. *et al.* Residência em Saúde da Família: um desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. **SANARE - Revista sobralense de políticas públicas**, a. I, v. I, n. 1, p. 18-26, out./nov./dez. 1999.
- BARRETO JUNIOR, I.F.; SILVA, Z.P. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 47-56, set. 2004.
- BARRETO JUNIOR, I.F.; SILVA, Z.P. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **Perspec.**, v. 18, n. 3, p. 47-56, set. 2004.
- BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.B.; LEOPARDI, M.T. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, M.T. e Cols. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. p. 187-209.
- BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.B.; LEOPARDI, M.T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: LEOPARDI, M.T. e Cols. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. p. 257-281.
- BECKER, H.S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- BECKER, H.S. Observação social e estudos de casos sociais. In: BECKER, H.S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 117-129.
- BEZERRA, O. Dinâmica e características do Mercado de trabalho do setor saúde. In: CASTRO, J.L. (Org.). **Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal-RN: Observatório RH-NESC/UFRN, 2007. p. 201-216.
- BICHUETTI, J. *et al.* O agente de saúde e a mudança: do espanto ao encanto. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 433-8, mar./ago., 2005.
- BION, W.R. **Experiências com grupos**. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *et al.* **Dicionário de política**. 6. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 2003. 1 CD-ROM.
- BOEHS, A.E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da Teoria de M. leininger. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 90-6, jan./fev. 2002.
- BOFF, L. **Depois de 500 anos: que Brasil queremos?** Petrópolis-RJ: Vozes, 2000.
- BOFF, L. Prefácio. In: WALDOW, V.R. **Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 7-8.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 12. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1999.
- BONNEMAISON, J.I. Viagem em torno do território. In: CORRÊA, R.L.; ROSENDAHL, Z. **Geografia cultural: um século**. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2002. p. 83-132.
- BORDENAVE, J.E.D. **O que é participação social?** São Paulo: Brasiliense, 1994.
- BORGES, C.C.; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 507-19, set.-dez. 2005.
- BRANDÃO, I. Roda como espaço de re-criação da universidade. Sobral: [s.n], 2006. (mimeo).
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007d. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Glossário temático: ouvidoria do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Censo Demográfico 2000: população residente, por sexo e situação do domicílio, população residente de 10 anos ou mais de idade, total, alfabetizada e taxa de alfabetização, segundo os municípios**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 01 jan. 2007b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em www.saude.gov.br/dab. Acessado 08 jan. 2007a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006- Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006o.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006n. 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 1).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006m. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS-DesprecarizaSUS**: perguntas & respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006l. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. **Objetivos da SGTES**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/area.cfm?id_area=766. Acessado em 29 dez. 2006j.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SGTES. Departamento de Gestão da Educação na Saúde-DEGES. **Educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006h. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g. 162 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS: conquista social. **Painel de Indicadores do SUS**, a. 1, n. 1, p. 07, out. 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **PCCS-SUS**: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 52p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 162 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Brasil Sorridente**: a saúde bucal levada a sério. Brasília: Ministério da Saúde, jan. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**- Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 30 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005i. 144p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005h. 144p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). 1 CD-ROM.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005g. 816p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: atenção básica e saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; UNESCO, 2005f.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos - síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d. 98p. – (Série Cadernos Técnicos – CNS) – (Série J. Cadernos – MS).
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Nacionais Anísio Teixeira-INEP. **Vencendo o desafio da aprendizagem nas séries iniciais: a experiência de Sobral-CE**. Brasília: INEP, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde- conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 36p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) (Educação na Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004f. 48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS: gestão participativa – co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS. **Atenção Primária- Seminário do CONASS para construção de consensos**. Brasília: CONASS, 2004c. 44 p., (CONASS Documenta; v.2).
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília: CONASS, 2004b. (CONASS Documenta; 7).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde-SAS. **Estrutura institucional de decisória do SUS**. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/ddga/RelaçõesNiveisGov_arquivos/frame.htm. Acessado em nov. 2003c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde-ACS**: versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica. **Informe da Atenção Básica**, a. III, n. 16, abr. 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. (Série CNS Cadernos Temáticos)- (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 133).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **O desafio de construir e implementar políticas de saúde**: relatório de gestão 2000-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS O1/2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. (Mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas Agentes Comunitários de Saúde-PACS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde/FUNASA, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. **O SUS e o controle social**: guia de referência para conselheiros municipais. Brasília: Ministério da Saúde, 1998c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.

BRASIL, R.W.N. **O Conselho Municipal de Saúde de Baturité**: participação popular e controle social. 1997. 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará-UECE, Fortaleza, 1997c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997b. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 5, n. 2, supl. 3, p. 1-14, abr./jun. 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Trad. Luis Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a. 43p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS O1/1993**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. (Mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1992b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS O1/1992**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992a. (Mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. **Portaria N° 20 de 08 de janeiro de 1991 – que estabelece grupos de estados da federação segundo valores da unidade de cobertura ambulatorial**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 603-39, 10 de janeiro de 1991f.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. **Portaria N° 19 de 08 de janeiro de 1991 – que estabelece os quantitativos de AIH diferentes de cada estado da federação**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 641, 10 de janeiro de 1991e.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. **Portaria N° 18 de 08 de janeiro de 1991 – que estabelece a tabela única de órteses, próteses e materiais especiais**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 639-41, 10 de janeiro de 1991d.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. **Portaria N° 17 de 08 de janeiro de 1991 – que estabelece a tabela única de procedimentos ambulatoriais**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 627-39, 10 de janeiro de 1991c.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. **Portaria N° 16 de 08 de janeiro de 1991 – que estabelece a tabela única de procedimentos de internação**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 603, 10 de janeiro de 1991b.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. **Portaria N° 15 de 08 de janeiro de 1991 – que estabelece a extinção dos índices de valorização hospitalar e cria aditivo para remuneração dos hospitais universitários**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 603-39, 10 de janeiro de 1991a.

BRASIL. Lei etc. **Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990**: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde- SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. Lei etc. **Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990**: dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Rio de Janeiro: Rio Condor, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde- 1986**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde- 1980**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980.

BRASIL, R.W.N.; XIMENES NETO, F.R.G. In: Os Conselhos Locais de Saúde no Território da Atenção Primária em Saúde: Estratégia Saúde da Família. XIMENES NETO, F.R.G.; CHAGAS, M.I.O. **Análise do Contexto da Gestão no Território da Atenção Primária em Saúde**. Sobral: Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA/Ministério da Saúde/UNESCO/Pólo de Educação Permanente de Sobral, 2005. (Manual do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde). p. 70-75.

BRAVO, M.I.S. *et al.* Conselhos Gestores de Unidades de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Luta pela saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 96p. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos). Capítulo 4. p. 61-66.

BRAVO, M.I.S. *et al.* Saúde, trabalho e democracia: participação dos trabalhadores de saúde nos Conselhos de Saúde do Rio de Janeiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde, trabalho e democracia: participação dos trabalhadores de saúde nos Conselhos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 72p. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos). Capítulo 1. p. 9-30.

BRAVO, M.I.S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.P. **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 43-65.

BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6 (2): 471-480, 2001.

BROUWERE, V.; BALEN, H.V. Formación práctica em matéria de gestión sanitaria de distrito. **Foro Mundial de la Salud**, v. 17, n. 3, p. 388-90, 1996.

BRYANT; J.H.; KHAN, K.S.; HYDER, A.A. Ética, equidad y renovación de la estrategia de salud para todos de la OMS. **Foro Mundial de la Salud**, v. 18, n. 2, p. 119-28, 1997.

CAMPOS, F.E. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS-DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). p. 5-6.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 133-141, ago. 2001.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997b.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997a. Capítulo 7. p. 229-266.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994b. p. 9-31.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994a.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, G.W.S. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. p. 109-117.

CAMPOS, R.T.O.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 1. reimp. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 669-688.

CAPOZOLLO, A. *et al.* **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem- trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

CARA, R.B. Território do Cotidiano (pontos de partida para reflexão). In: MESQUITA, Z.; BRANDÃO, C.R. **Territórios do Cotidiano: uma introdução e novos olhares e experiências**. Porto Alegre/Santa Cruz: UFRGS/UNISC, 1995. p.57-73.

CARA, R.B.; Identidade regional no Sul de Buenos Aires. In: SANTOS, M.; SOUZA, M.A.A.; SILVEIRA, M.L. (Org.). **Território, globalização e fragmentação**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 261-269.

CARVALHO, A.I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: IBAM; FASE, 1995.

CARVALHO, A.I. e col. **Gestão em saúde: Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais- programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UNB, 1998. Unidade III.

CARVALHO, M.R.G. A identidade dos povos do Nordeste. In: Anuário Antropológico 82. Fortaleza: UFC/Tempo Brasileiro, 1984.

CARVALHO, N.M. **Os territórios da saúde e a saúde dos territórios: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em Porto Alegre, RS**. 2003. 155 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRG – Escola de Administração – Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, 2003.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 1. reimp. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 137-170.

- CASTRO, E. Território, biodiversidade e saberes de populações tradicionais. In: DIEGUES, A.C. (Org.). **Etnoconservação: novos rumos para a proteção da natureza nos trópicos**. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 165-182.
- CASTRO, J.L. e col. Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho In: CASTRO, J.L. (Org.). **Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal-RN: Observatório RH-NESC/UFRN, 2007. p. 17-42.
- CATANELI, R.C.B. O Conselho de Saúde. Brasília: CONASEMS; UNICEF; Instituto Sallus, 2000. n. 1.
- CAVALCANTE, J.B.P.P. **Órfã do agreste**. Sobral: Imprensa Oficial do Município, 2003.
- CAVALCANTE, J.H.V.; XIMENES NETO, F.R.G. O adolescente na atenção primária em saúde: uma análise das ações realizadas por Enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3-4, jul.dez. 2004.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde-SESA. **A saúde no Ceará em grandes números: uma avaliação da situação de saúde e as ações implementadas pelo sistema público estadual- 1995 – 2002**. Fortaleza: SESA, 2002.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde-SESA. **Sistema Microrregional de Serviços de Saúde de Baturité**. Fortaleza: SESA, 2000.
- CEARÁ. Governo do Estado. Fundação Instituto de Pesquisa e Informação do Ceará-IPLANCE. **Anuário estatístico do Ceará- 1998/1999**. Fortaleza: IPLANCE, 1999. 1 Cd-Rom.
- CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Diretrizes de reorganização da atenção e dos serviços do SUS do Estado do Ceará**. Fortaleza: abr. 1998.
- CEARÁ. Governo do Estado. **Saúde para um Ceará melhor: Agente de Saúde**. Fortaleza: Governo do Estado, 1991.
- CEARÁ. Governo do Estado. **Plano de mudanças – 1987-1991**. Fortaleza: 1987.
- CECILIO, L.C.O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.
- CECILIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997b. Capítulo 2. p. 151-167.
- CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, 13(3):469-478, jul.-set., 1997a.
- CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002. Cap. 02 – Métodos e técnicas científicas. P. 23-49.
- CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- CHIESA, A.M.; KON, R. Compreensão do território: instrumento de gestão em atenção primária à saúde SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R.C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007. Capítulo 13. p. 309-22.

- CIAMPONE, M.H.T.; KURCGANT, P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURCGANT, P. (Coord.). *gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Capítulo 5. p. 54-65.
- CIAMPONE, M.H.T.; MELLEIRO, M.M., TAKAHASHI, R.T. O planejamento e o processo decisório como instrumento do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. (Coord.). *gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Capítulo 4. p. 37-53.
- CIANCIARULLO, T.I. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: CIANCIARULLO, T.I. e Cols. (Org.). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, 2002. p. 18-37.
- COELHO, J.G.L.; LEAL, G.B. **Anistia: 20 anos**. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 2000. (Coleção Brasil, 8).
- COELHO, M.A.; TERRA, L. **Geografia geral: o espaço natural e sócio-econômico**. 4. ed. reform. Atual. São Paulo: Moderna, 2001. (Série Sinopse).
- COELHO, M.J. Maneiras de cuidar em enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem-REBEn**, v. 59, n. 6, p. 745-51, nov.-dez. 2006.
- COHN, A. A saúde da previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC 2003. p. 13-57.
- COMPANHIA FERROVIÁRIA DO NORDESTE-CFN. **História da Ferrovia no Nordeste: a estrada de ferro de Sobral**. Disponível em: <http://www.cfn.com.br/historia.htm>. Acessado em: 17 jun. 2007.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P. *et al.* **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.
- COORÊA, R.L. Territorialidade e corporação: um exemplo. In: SANTOS, M.; SOUZA, M.A.A.; SILVEIRA, M.L. (Org.). **Território, globalização e fragmentação**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 251-256.
- CORDEIRO, C. (Coord.). **Município Saudável: relato de experiências em Crateús e Sobral**. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2001b.
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001a.
- CORRÊA, M. **Ceará: geografia para a construção da cidadania**. São Paulo: FTD, 2001.
- CÔRTEZ, S.M.V. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: construindo a possibilidade da participação dos usuários. In: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde-CNS. **Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CNS, 2000. v. 2. p. 23-42.
- CORTEZ, E.A.; TOCANTINS, F.R. Em busca de uma visão antropológica no Programa Saúde da Família, **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEn**, v. 59, n. 6, p. 800-4, nov.-dez. 2006.

- COSTA, A.M.; NORONHA, J.C. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde em Debate**, v.27, n. 65, p. 358-363, set./dez. 2003.
- COSTA, C.R.; FRACOLLI, L.A.; CHIESA, A.M. Desafios para o trabalho do enfermeiro no PSF/PACS nas grandes metrópoles: análise da gerência. In: SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R.C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007. Capítulo 6. p. 123-146.
- COSTA, L. **Sobral**: cidade das cenas fortes. Fortaleza: ABC, 2003.
- COSTA, L.C.A.; MELLO, L.I.A. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1999.
- COSTA, N.R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas-SP: UNICAMP/Instituto de Economia, 2001. p. 308-321.
- COSTA, V.M.R. Teoria democrática e conselhos de política social. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.P. **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 87-111.
- COSTA, W.M. **Geografia política e geopolítica**. São Paulo: HUCITEC; Editora USP, 1992. – (Geografia, Teoria e Realidade; 17).
- CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 323-331, abr./jun. 2005.
- CUBAS, M.R. A utilização da estratégia do grupo focal na pesquisa em enfermagem em saúde coletiva. In: EGRY, E.Y.; CUBAS, M.R. (Org.) **O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC**: guia para pesquisadores. Curitiba: USP/ABEn Seção Paraná, 2006.
- CUNHA, I.C.K.O.; XIMENES NETO, F.R.G. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, a. 3, p. 479-482, jul.-set. 2006.
- CUNIN, E. Identificação territorial, identificação étnica em Cartagena, Colômbia. **Estud. afro-asiát.**, v. 25, n. 1, 2003.
- DANTAS, H. **Democracia e saúde no Brasil**: uma realidade possível?. São Paulo: Paulus, 2006.
- DEMO, P. **Participação é conquista**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1988b.
- DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1988a.
- DESLANDES, S.F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003. p. 31-50.
- DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. 1ª reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 195-223. (Coleção Criança, Mulher e Saúde).
- DESLANDES, S.F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde- notas teóricas. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2004. p. 99-120.

- DIAS, M.S.A. *et al.* **Sistema Saúde Escola de Sobral: um sistema aprendente.** Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, 2007. (mimeo). 13p.
- DIOGO, M.J. D'Elboux. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p.59-64, 1997.
- DOHERTY, J.; PRICE, M. Evaluación de los servicios rurales de ambulancia. **Foro Mundial de la Salud**, v. 19, n. 3, p. 321-5, 1998.
- EIRADO, A.; PASSOS, E. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 9, n. 1, 2004.
- ENFIELD, C.L. Autonomia outorgada e relação com o trabalho: liberdade e resistência no trabalho na indústria de processo. **Sociologias**, n. 10, p.350-378, 2003.
- SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- ESTAÇÕES FERROVIÁRIAS DO BRASIL. **Estrada de ferro de Sobral.** Disponível em: http://www.estacoesferroviarias.com.br/ce_sobral/fotos/ramcamoc_mapa.jpg. Acessado em: 17 jun. 2007.
- FALCÃO, M.F. **Ciará terá do sol: genealogia e toponímia dos municípios cearenses.** Fortaleza: [S.n.], 1999b.
- FALCÃO, M.F.P. Criação dos municípios do Ceará. **Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, a. I, n. 2, p. 101-105, jun./nov.1999a.
- FARIAS, A. **História do Ceará: dos índios à geração Cambeba.** Fortaleza: Tropical, 1997.
- FARIAS, F.P. Clientelismo e democracia capitalista: elementos para uma abordagem alternativa. **Rev. Sociol. Polit.**, n. 15, p. 49-65, nov. 2000.
- FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA, J.P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 1997. p. 114-120.
- FELLI, A.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Capítulo 1. p. 01-13.
- FERIANI, M.G.C.; GOMES, R. **Saúde escolar: contradições e desafios.** Goiânia: AB, 1997.
- FERNANDES, J.D. A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: TEIXEIRA, E.; VALE, E.G.; FERNANDES, J.D., SORDI, M.R.L. (Org.). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira-INEP, 2006. p. 09-21.
- FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio-** eletrônico. 3. ed., 1. imp. São Paulo: Editora Positivo, 2004. 1 CD-ROM.

- FERREIRA, A.J.A. Totalidade e território: uma atualização. In: CARLOS, A.F.A. (Org.). **Ensaio de geografia contemporânea**- Milton Santos: obra revisitada. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 241-247.
- FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma Ata – Carta de Ottawa – Declaração de Adelaide – Declaração de Sundsvall – Declaração de Santa Fé de Bogotá – Declaração de Jacarta – Rede de Megapaíses – Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 7-14. FELLI, A.E.A.; TRONCHIN, D.M. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Capítulo 8. p. 89-107.
- FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2004.
- FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- FONSECA NETO, M.D. **Análise da situação das Internações nos Hospitais do Ceará**. Fortaleza. 1999. (mimeo).
- FONSECA NETO, M.D.; VILAR, M.C.P.M. **A experiência de implantação da Microrregião de Saúde de Baturité**. Fortaleza: SESA, 2002a.
- FONSECA NETO, M.D.; VILAR, M.C.P.M. **Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde**. Fortaleza: SESA, 2002b.
- FONSECA, R.M.G.S.. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 5-13, jan. 1997.
- FONSECA, R.M.G.S.; BERTOLOZZI, R.B.; SILVA, I.A. **O uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem-ABEN, 1997. (Série didática; Enfermagem no SUS). 78p.
- FORMIGA, J.M.M.; CASTRO, J.L.; VILAR, R.L.A. Políticas públicas e gestão estratégica: relato de um processo de capacitação. In: FORMIGA, J.M.M.; CASTRO, J.L.; VILAR, R.L.A. (Org.). **Política e gestão em saúde: reflexões e estudos**. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2006. p. 17-31.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 21. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.
- FRACOLLI, L.A.; EGRY, E.Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar nas práticas de saúde? **Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 13-8, set./out. 2001.
- FRANCO, T.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim-MG. In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. Capítulo 3. p. 37-54.
- FRANCO, T.; MERHY, E.E. **PSF: Contradições e novos desafios**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acessado em 03 abr. 2007.
- FRANCO, T.; MERHY, E.E. Programa Saúde da Família-PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. *et al.*

O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. Capítulo 3. p. 55-124.

FRANCO, T.B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz-MG. In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006b. Capítulo 6. p. 161-198.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. **Gestão em redes.** Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006a.

FRANCO, T.B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde:** um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. 2003. 240 f. Tese (Doutorado Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas-SP, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, A.P.; CASTRO, G.S. A constituição de processos dialógicos em um grupo de jovens com deficiência mental. **Rev. Bras. Educ. Espec.**, v. 12, n. 1, p. 49-64, jan./abr. 2006.

FROTA, D.J.T. **História de Sobral.** 3. ed. Fortaleza: Centro Cultural D. José, 1995.

FUKUYAMA, F. **Confiança:** as virtudes sociais e a criação da prosperidade. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

GAGO, A. Carta Anua de 10 de outubro de 1965. In: LEITE, S. **História da Cia. de Jesus-** Tomo III. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Livro; Lisboa: Livraria Portugália, 1943.

GERMANO, R.M. e Col. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: CASTRO, J.L. (Org.). **Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto.** Natal-RN: Observatório RH-NESC/UFRN, 2007. p. 105-132.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: Uma Discussão da Abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 2, p. 129-153, abr./jun. 1990.

GIRARDI, S. Aspectos gerais da regulação: notas em torno ao estado da arte. In: SANTANA, J.P. (Coord.). **Regulação do trabalho em saúde.** Brasília: OPAS, 1994. 87p. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, Nº 6). p. 50-62.

GODINHO, T. e col. (Org.). **Trajetória da mulher na educação brasileira 1996-2003.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

GOMES, Â. M.C. *et al.* **O Brasil republicano, tomo III:** sociedade e política (1930-1964). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997. (História geral da civilização brasileira: tomo 3, v. 3).

GOMES, L.A. **É você um líder?** 1º Seminário de Liderança e Elaboração de Projetos, Brasília 26 jan.-04 fev. 1993. Companheiros das Américas.

GOMES, M. **A vida e o pensamento de Karl Marx.** São Paulo: Minuano Cultural, 2007.

GOMES, C.F. Sobral e o eclipse de 29 de maio de 1919. In: SOARES, M.N.M. (Org.). **Eclipse de 1919: múltiplas visões.** Sobral: Edições UVA, 1999. p. 13-4.

GONÇALVES, R.B.M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo: CEFOR, 1992. 53p. (Cadernos CEFOR – Textos, 1).

GONÇALVES, R.B.M. **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; ABRASCO, 1994.

GONÇALVES, R.B.M.; SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em saúde hoje.** 2. ed. ver. amp. São Paulo: HUCITEC, 1993. Capítulo 1. p. 37-63.

GOTARDO, I.L.B. **A percepção de mulheres sobre a assistência recebida em seu processo de ser mãe: um cenário de bons e maus tratos [tese].** Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

GOYA, N. **O SUS que funciona nos municípios do Ceará.** Fortaleza: UNICEF-Fundo das Nações Unidas para a Infância/AMECE- Associação dos Município do Estado do Ceará, 1996.

GUATTARI, F. **As três ecologias.** São Paulo: Papirus, 1990. 60 p.

HABER, J. Problemas e hipóteses de pesquisa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4. ed. Tradução: Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 35-52.

HAESBAERT, R. Concepções de território para entender a desterritorialização. In: SANTOS, M.; BECKER, B.K. **Territórios, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial.** 2. ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2006. Capítulo 3. p. 43-70.

HANDEM, P.C.; MATIOLI, C.P.; PEREIRA, F.G.C. Metodologia: interpretando autores. In: FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica.** São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2004. p. 101-130.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

HUNGER, J.D.; WHEELEN, T.L. **Gestão estratégica: princípios e prática.** 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

IPIRANGA, A.S.R. **Teritório, capital social e governança.** Fortaleza: Universidade Aberta do Nordeste, 2007.

JACOBI, P. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. In: BRASIL. **9ª Conferência Nacional de Saúde - Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 1992. v. 1. p. 113-120.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, a. 34, n. 6, p. 39-45, nov./dez. 2000.

KAHSSAY, H.M. El futuro de la salud pública depende de los centros de salud. **Foro Mundial de la Salud**, v. 19, n. 4, p. 347-54, 1998.

KAWAMOTO, E.E. Política de saúde. In: KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATTOS, T.M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KEKKI, P. Formación de administradores de servicios de atención primaria de salud. **Foro Mundial de la Salud**, v. 15, n. 3, p. 302-07, 1994.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. Preâmbulo. In: **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. ed. rev. ampl. Caixias do Sul-RS: EDUCS, 2003. p. 9-11.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. ed. rev. ampl. Caixias do Sul-RS: EDUCS, 2003. p. 13-35.

LEITE, S. **História da Cia. de Jesus**- Tomo III. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Livro; Lisboa: Livraria Portugália, 1943.

LEOPARDI, M.T. Alguns aspectos da investigação qualitativa. In: LEOPARDI, M.T. e Cols. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. p. 223-247.

LEOPARDI, M.T. Correntes de pensamento na ciência e na pesquisa. In: LEOPARDI, M.T. e cols. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. p. 74-108.

LEOPARDI, M.T. Fundamentos gerais da produção científica. In: LEOPARDI, M.T. e Cols. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. p.126-175.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, M.J. **O que é enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. – (Coleção primeiros passos; 277).

LOPEZ, F.G. A política cotidiana dos vereadores e as relações entre executivo e legislativo em âmbito municipal: o caso do município de Araruama. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 22, p. 153-177, jun. 2004.

LUCK, H. **A gestão participativa na escola**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2006. Série: Cadernos de Gestão.

LUNARDI, V.L. **História da Enfermagem: rupturas e continuidades**. 2. ed. Pelotas: Editora do Autor, 2004.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: HUCITEC, 2003

LUZ, M.T. **Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 290 p.

LUZ, M.T. **Medicina e Ordem Médica no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982, 218 p.

MACHADO, M.H.; OLIVEIRA, E.S. Mercado de trabalho em saúde: em que trabalham e quem emprega estes trabalhadores? In: MACHADO, M.H.; MOYSÉS,

N.M.N.; OLIVEIRA, E.S. (Org.). **Trabalhadores de saúde em números**: volume 2. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006. Capítulo 3. p. 59-93

MACHADO, M.H.; MOYSÉS, N.M.N.; OLIVEIRA, E.S. (Org.). **Trabalhadores de saúde em números**: volume 2. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2006.

MACHADO, M.H. Planos de carreira, cargos e salários. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde, trabalho e democracia: participação dos trabalhadores de saúde nos Conselhos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 72p. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos). Capítulo 4. p. 43-51.

MACHADO, K. Equipe mínima, dilemas e respostas. **Radis- comunicação em saúde**, n. 51, 8-10, nov. 2006a.

MACHADO, M.H. Gestão pública e ética no trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de recursos humanos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 119-126.

MACHADO, M.H. (Coord.). **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final – Região Nordeste. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. v. III.

MACHADO, M.H. (Coord.). **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**: relatório final – Brasil e Grandes Regiões. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. v. I.

MALAGUTTI, W.; BIAGOLINI, R.E.M. Gerenciamento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e a Enfermagem. In: SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R.C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007. Capítulo 8. p. 166-197.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **REME- Revista Mineira de Enfermagem**, 7(1):61-66, jan./jul. 2003.

MANO, P.M. *et al.* **Saúde da família no Alto Simão**: a integralidade e a interdisciplinaridade na assistência e no ensino. Disponível em: http://www.lappis.org.br/download/Resumos_VIS_lercap4.pdf. Acessado em 04 abr. 2007.

MARANHÃO, D.G. O processo saúde-doença e os cuidados com a saúde na perspectiva dos educadores infantis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 1143-1148, out./dez. 2000.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARCUS, M.T.; LIEHR, P.R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. Tradução: Ivone Evangelista Cabral. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 122-139.

MARQUES, CL.M.S. *et al.* **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem integradora. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e aplicação. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARTIN, V.B.; ANGELO, M. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 45-51, dez. 1998.

MARTINS JÚNIOR, T.; ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. A Estratégia Saúde da Família no Brasil e a superação da medicina familiar. **SANARE - Revista sobralense de políticas públicas**, a. IV, n. 1, p. 57-64, jan./fev./mar. 2003.

MARX, K. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. Tradução: Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2005.

MARX, K. **O Capital**: Volume 1 - Parte I. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/vol1cap01.htm#c1s1>. Acessado em 02 maio 2007.

MARX, K. **O capital**. Tradução: Julian Borchardt. ed. res. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Anita Garibaldi, 2001.

MASIERO, G. **Introdução à administração de empresas**. São Paulo: Atlas, 1996.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem**: possibilidades e limites. 2002. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC, Florianópolis, 2002.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. Capítulo 2. p. 39-64.

MATUMOTO, S. *et al.* Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 9-24, fev. 2005.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

MEDEIROS, H.J. Ministério Público: reforço do poder da cidadania e do controle social. In: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde-CNS. **Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CNS, 2000. p. 101-115.

MELLO, S. **As várias faces da rebeldia** <http://www.comciencia.br/comciencia/?section=9&reportagem=209>. Acessado em 11 jan. 2007.

MELO, E.C.P.; CUNHA, F.T.S.; TONINI, T. Políticas de saúde pública. In: FIGUEIREDO, N.M.A. (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano Sul: Difusão, 2005. p. 47-72.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde:** o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

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

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS:** tomo I. Salvador- BA: Casa da Qualidade, 2001b. (Saúde Coletiva; 4).

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS:** tomo II. Salvador- BA: Casa da Qualidade, 2001a. (Saúde Coletiva; 4).

MENDES, E.V. (Org.). **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999b. (Saúde em Debate; 88).

MENDES, E.V. e col. Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999a. p. 159-185.

MENDES, E.V. A descentralização dos sistemas de serviços de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.). **Organização da saúde no nível local.** São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-55.

MENDES, E.V. O consenso do discurso e o dissenso da prática social- notas sobre a municipalização da saúde no Brasil. In: BRASIL. **9ª Conferência Nacional de Saúde - Cadernos da Nona:** descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. v. 1. p. 13-16.

MENDES, R.; DONATO, A.F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas, **Sanare**, a. IV n. 1, p. 39-42, jan.-mar. 2003.

MERCADO-MARTINEZ, F.J; BOSI, M.L.M. Introdução- notas para um debate. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis-RJ: Vozes, 2004. p. 23-71.

MERHY, E.E. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais.** Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/RCSCGestoemSade.pdf>. Acessado em: 30 abr. 2007c.

MERHY, E.E. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais.** Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/RCSCGestoemSade.pdf>. Acessado em: 30 abr. 2007b.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves.** Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/RSDArtigoTSaude12CNS.pdf>. Acessado em: 30 abr. 2007a.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. Capítulo 1. p. 15-35.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MERHY, E.E. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 147-149, ago., 2001.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciência Saúde & Coletiva**, 4:305-329, 1999.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA, D. C. *et al.* **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público**. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. Capítulo 2. p. 71-112.

MERHY, E.E. Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 61-112.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde** (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). CEBES: Rio de Janeiro, 1995. (mimeo).

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003. p. 9-29.

MINAYO, M.C.S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 1. reimp. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 189-218.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MINAYO, M.C.S. Prefácio. In: SILVA, S.F. **Municipalização da saúde e o poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: HUCITEC, 2001. (saúde em debate, 141). p. 21-44.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIRANDA, S.M.R.C. Gerenciamento da unidade básica de saúde: a experiência do enfermeiro. In: SANTOS, Á.S.; MIRANDA, S.M.R.C. (orgs.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri - São Paulo: Manole, 2007. (Série Enfermagem). Capítulo 4. p. 81-110.

MISOCZKY, M.C. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 336-347, set./dez. 2003.

- MOTTA, P.R. **Desempenho em equipes de saúde**: manual. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas/OPAS, 2001.
- MOURÃO, R.R.F. A história do mundo moderno começou em Sobral. In: SOARES, M.N.M. (Org.). **Eclipse de 1919**: múltiplas visões. Sobral: Edições UVA, 1999. p. 15-8.
- MULLER NETO. J.S, Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. In: BRASIL. **9ª Conferência Nacional de Saúde - Cadernos da Nona**: descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. v. 2. p. 43-59.
- NAPOLITANO, M. A MPB sob suspeita: a censura musical vista pela ótica dos serviços de vigilância política (1968-1981). **Revista Brasileira de História**, v. 24, n. 47, p.103-126, 2004.
- NOGUEIRA, R.P. **A saúde pelo avesso**. Natal-RN: Seminare, 2003.
- NOGUEIRA, R.P. As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B. (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Capítulo 5. p. 71-76.
- NOGUEIRA, R.P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V.A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, A.F.G. (Org.) *et al.* **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: Estudos e Análises. Volume 2. Brasília: 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 81-103.
- NOGUEIRA, V.M.R. O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. Tese de Doutorado.
- NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, set.-dez. 2004.
- NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, out. 2000.
- NOVIS, J.A. Extensão das ações de saúde em área rural. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde**: Brasília, 24 a 28 de março de 1980. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 37-43.
- NEVES, G.R. Territorialidade, desterritorialidade, novas territorialidades (algumas notas). In: SANTOS, M.; SOUZA, M.A.A.; SILVEIRA, M.L. (Org.). **Território, globalização e fragmentação**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 270-282.
- OLIVEIRA, F.B.; MÉDICI, A.C. A saúde dos anos noventa: os recursos federais e a descentralização. In: BRASIL. **9ª Conferência Nacional de Saúde - Cadernos da Nona**: descentralizando e democratizando o conhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. v. 2. p. 119-124.
- OLIVEIRA, J.P. Uma etnologia dos “Índios misturados”? situação colonial, territorialização e fluxos culturais. **Mana** 4(1):47-77, 1998.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Carta de Lubliana**. Liubliana-Eslovênia: OMS, 199-.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA-UNICEF. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata-URSS: OMS, set. 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. 44º Conselho Diretor. 55ª Sessão do Comitê Regional. **Atenção Primária de Saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros**. Washington, D.C., EUA: OPAS/OMS, 22-26 set. 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. **La Enfermería más allá del año 2000**: Informe de un grupo de estudio de la OMS. Ginebra: OMS, 1994. (OMS, Serie de informes técnicos; 842).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. **Una formación profesional mas adecuada del personal sanitario**: Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre la enseñanza orientada a la solución de problemas en las profesiones sanitarias. Ginebra: OMS, 1993. (OMS, Serie de informes técnicos; 838).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. **Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos**: pautas para una política. Ginebra: OMS, 1984b.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. **El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud**: estudio basado en las Discusiones Técnicas celebradas durante la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, 1981. Ginebra: OMS, 1984a.

OTTMANN, G. Cidadania mediada: processos de democratização da política municipal no Brasil. **Novos estudos**, n. 74, mar. 2006.

PÁDUA, E.M.M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 4. ed. capinas- SP: Papyrus, 1997. (Coleção práxis).

PAGANI, R. **A Experiência, a Vivência e os Resultados do Modelo de Co-Gestão de Coletivo no Sistema Municipal de Saúde, em Sobral/CE**. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. 13p. (mimeo).

PAGANINI, J.M. Sistemas locales de salud. In: PAGANINI, J.M.; MIR, R.C. (Ed.). **Los Sistemas Locales de Salud**: conceptos, métodos e experiencias. Washington: OMS; OPAS, 1990. (Publicación Científica n. 519). p. 50-56.

PAGANINI, J.M.; MIR, R.C. (Ed.). **Los Sistemas Locales de Salud**: conceptos, métodos e experiencias. Washington: OMS; OPAS, 1990. (Publicación Científica n. 519). p. 50-56.

PAIM, J.S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G.W.S. *et al* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Capítulo 24. p. 767-782.

PAIM, J.S. TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, 40(N Esp), p. 73-8, 2006.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003b. Capítulo 20. p. 587-604.

PAIM, J.S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003a. Capítulo 8. p. 161-174.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. IN: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. Capítulo 4. p. 167-235.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública**, ago. 1998, v. 32, n. 4, p. 299-316.

PAIVA, M.S. e Cols. (Coord.). **Enfermagem Brasileira: contribuição da ABEn**. Brasília: ABEn Nacional, 1999.

PARENTE, J.R.F. *et al.* A Trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 81-96.

PASCHE, D.F. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma da saúde. In: PASCHE, D.F.; CRUZ, I.B.M. **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Unijuí, 2005. p. 94-110.

PASSOS, J.P. **A utilização de indicadores na prática gerencial do Enfermeiro m unidades básicas de saúde na cidade do Rio de Janeiro**. 2004. 175 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem, São Paulo, 2004.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. **Seminário: O enfermeiro no Programa de Saúde da Família**. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde, 2000.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (Coord.). **gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Capítulo 9. p. 108-124.

PEQUENO, M. P. Moore e os pressupostos da meta-ética. **Ethic@: Revista Internacional de Filosofia Moral**, v. 2, n. 1, p. 21-34, Florianópolis, jun. 2003. Disponível em: < <http://www.cfh.ufsc.br/ethic@/capa21.htm> > Acesso em 21 abr. 2004.

PERAZZO, P.F.; LEMOS, V. "Legionários da Democracia" - a construção retórica do Governo Militar Brasileiro recém-implantado em 1964. **IMES Comunicação**, n. IV, a. 8, p. 38-43, jan./jun. 2004.

PEREIRA, M.J.B. e cols. Colectando datos en grupo: el grupo focal. **Revista Panamericana de Enfermería**, v. 2, n. 1, p. 27-34, ene.-jun. 2004.

PEREIRA, S.A. **Modos de gerenciar cuidado e serviço no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte**. 2005. 184 F. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Belo Horizonte, 2005.

- PESSOTO, U.C.; NASCIMENTO, P.R.; HEIMANN, L.S. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 89-97, fev. 2001.
- PESTANA, M.C.; PIRES, P.M.S.G.; FUNARO, V.M.B.O. *et al.* Desafios da sociedade do conhecimento e gestão de pessoas em sistemas de informação. **Ci. Inf.**, v. 32, n. 2, p.77-84, maio/ago. 2003.
- PINHEIRO, A.L.S. **Gerência de enfermagem em unidades básicas**: a informação em saúde como instrumento para a tomada de decisão. 2004. 87 f. Dissertação (Mestrado Administração de Serviços de Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia-UFBA, Salvador, 2004.
- PINHEIRO, F.J. Mundos em confronto: povos nativos e europeus na disputa pelo território. SOUZA, S. (Org.). **Uma nova história do Ceará**. 3. ed. rev. atual. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2004. p. 18-55.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. Capítulo 3. p. 65-112.
- PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 53:251-263, 2000.
- PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Anablume, 1998.
- RAFFESTIN, C. Por uma geografia do poder. São Paulo: Ática, 1993.
- REBORATTI, C.E. A question of scale: society, environment, time and territory. **Sociologias**, n. 5, p. 80-93, jan.-jun. 2001.
- RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.
- RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R. Experiências em gestão descentralizada de redes e organizações. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas-SP: UNICAMP/Instituto de Economia, 2001. p. 528-554.
- RIBEIRO, R.A. **Processo de trabalho dos Enfermeiros na atenção ao pré-natal da Estratégia Saúde da Família no município de Sobral**. 2007. 72 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA, Sobral, 2007. Orientação: XIMENES NETO, F.R.G.
- RIOS, J.A. **Educação de grupos**. São Paulo: EPU, 1987.
- RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. A liderança como intersubjetividade lingüística. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 411-426, jul./dez. 2006.
- ROCHA, H. **O lado esquerdo do rio**. São Paulo: HUCITEC/Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2003.
- ROCHA, H. **Plano urbanístico para zona central de Sobral**. Fortaleza: UFC, 1990.
- RODRIGUES, M.P.; ARAÚJO, M.S.S. **O fazer em saúde**: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf. Acessado em 02 maio 2007.

ROJAS, L.I.; BARCELLOS, C. **O território e a vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2003. (Programa de Formação de Agentes Locais Vigilância em Saúde).

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 13(6):1027-34, nov.-dez. 2005.

ROZEMBERG, B. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. e Cols. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Capítulo 22, p. 741-766.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

RUIZ, E.M. Saúde, trabalho e qualidade de vida. In: CARNEIRO, C. e Cols. (Org.). **Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará**. Fortaleza: Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde-LHUAS; UECE, 2006. p. 77-90.

SABOYA, G.; CARACRISTI, I. **Descobrimo e construindo Sobral: conhecimentos de geografia e história**. 2. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2004.

SAFFIOTTI, H. I. B. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Petrópolis: Vozes, 1997.

SALES, I.C. **Os desafios da gestão democrática da sociedade: em diálogo com Gramsci**. 2003. 161 f. Tese (Doutorado Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco/Centro de Ciências Sociais Aplicadas/Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Recife, 2003.

SAMICO, I.C. **Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no Estado de Pernambuco**. 2003. 235 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-CPQAM/Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, Recife, 2003.

SAMPAIO, J.J.C.; SANTOS, A.N.; SILVA, A.O. **Periodização da história do Ceará: instrumento de apoio à análise de políticas de saúde**. Fortaleza: UECE, 2006. (mimeo).

SAMPAIO, J.J.C. A humanização em saúde. In: CARNEIRO, C. e Cols. (Org.). **Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará**. Fortaleza: Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde-LHUAS; UECE, 2006. p. 21-26.

SAMPAIO, J.J.C. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

SAMPAIO, J.J.C.; VASCONCELOS FILHO, E.V. Política, planejamento e administração em saúde: um desafio técnico, político e psicossocial. In: CARNEIRO, C. e Cols. (Org.). **Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará**. Fortaleza: Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde-LHUAS; UECE, 2006. p. 35-56.

SANCHEZ, O.A. O poder burocrático e o controle da informação. **Lua Nova**. São Paulo, n. 58, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S0102-6445200300010 0 006 & lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2007.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 60 (2) 217-20, mar.- abr. 2007.

SANTANA, J.P. (Coord.). **Regulação do trabalho em saúde**. Brasília: OPAS, 1994. 87p. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, N° 6).

SANTOS, A.S. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexões e conceitos importante. In: SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R.C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007a. Capítulo 1. p. 1-40.

SANTOS, A.S. Reflexos da história das políticas públicas e de saúde e gestão em atenção primária: desdobramentos para a enfermagem. In: SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R.C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007b. Capítulo 2. p. 41-62.

SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R.C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007.

SANTOS, J.L.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados** 13 (35), p. 71-88, 1999.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. In: SANTOS, M.; BECKER, B.K. **Territórios, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2006. p. 13-21.

SANTOS, M. **Por uma nova geografia: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. 6. ed. São Paulo: EDUSP, 2004. (Coleção Nilton Santos, 2).

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, a. XIII, n. 2, ago.-dez. 1999.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SANTOS, M. **Por geografia nova**. São Paulo: HUCITEC, 1978.

SANTOS, M. Sociedade e espaço: a formação social como teoria e como método. **Boletim Paulista de Geografia**, n. 54, p. 35-59, jun. 1977.

SCHERER, M.D.A.; MARINO, S.R.A.; RAMOS, F.R.S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface** (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 53-66, set./fev. 2005.

SCHMIDT, M.F. **Nova história crítica do Brasil: 500 anos de história mal contada**. São Paulo: Nova Geração, 1997.

SCHMITT, A.; TURATTI, M.C.M.; CARVALHO, M.C.P. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. **Ambient. soc.**, n. 10, p. 129-136, jan./jun. 2002..

SCHNEEBERGER, C.A. **Minimanual compacto de história do Brasil: teoria e prática**. 1. ed. rev. São Paulo: Rideel, 2003.

SCHRAIBER, L.B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cad. Saúde Pública**, v. 11, n. 1, 1995.

- SECLLEN-PALACIN, J.A. Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. In: FERNANDES, A.S.; SECLLEN-PALACIN, J.A. (Org.). **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Brasília: OPAS, 2004. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8). Capítulo 1. p. 15-35.
- SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, 20 (5): 580-588, mar./abr., 2004.
- SENN, M.C.M.; COHEN, M.M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 523-535, 2002.
- SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. **Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: uma avaliação multidimensional**. Fortaleza: UECE, 2006.
- SHINYASHIKI, R. **Liderança para criar o futuro: o sonho é possível**. [S.l.:s.n.], 2000. (Soluções em tempos de crise: sua vida, sua carreira, sua empresa, n. 5).
- SILVA JÚNIOR, A.G. *et al.* **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem- análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.
- SILVA, A.C. O território da consciência e a consciência do território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M.A.A.; SILVEIRA, M.L. (Org.). **Território, globalização e fragmentação**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1996a. p. 257-260.
- SILVA, A.M.; MOURA, E.M. **Metodologia do trabalho científico**. Fortaleza: UVA, 2000.
- SILVA, F.A.; BASTOS, P.I.A. **História do Brasil: Colônia, Império e República**. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Moderna, 1983.
- SILVA, I.A. *et al.* A participação do Brasil no projeto internacional das práticas de enfermagem. In: FONSECA, R.M.G.S. *et al.* **A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social**. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem- ABEN, 1997c. p. 61-73. (Série didática; Enfermagem no SUS). 73p.
- SILVA, I.A. *et al.* A participação do Brasil no projeto internacional das práticas de enfermagem. In: GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. (Org.) **O uso do diagnóstico na prática de enfermagem**. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem- ABEN, 1997b. p. 9-21. (Série didática; Enfermagem no SUS). 112p.
- SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set. 2004/fev. 2005.
- SILVA, M.J. **Agente de Saúde: agente de mudança? A experiência do Ceará**. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997a.
- SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Getne, 1996b.

SILVA, M.V.C.P.; MENDES, E.V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. 80p.

SILVA, S.F. **Municipalização da saúde e o poder local: sujeitos, atores e políticas**. São Paulo: HUCITEC, 2001. (saúde em debate, 141).

SILVEIRA FILHO, A.D. O SUS e a Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 84p. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos). Capítulo 3. p. 14-18.

SIMÕES, A.B. **Dicionário Michaelis**. São Paulo: UOL/Amigo Mouse Software , 200?. 1 CD-ROM.

SOARES, S.M.S. Apresentação. In: MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

SOBRAL. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde e Ação Social. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: um pouco da nossa história**. Disponível: http://www.esf.org.br/escola/esc_quem_somos.php. Acessado em: 18 jun. 2007b.

SOBRAL. Secretaria da Tecnologia e Desenvolvimento Econômico. **Diagnóstico dos Distritos de Sobral**. Disponível em: http://www.sobral.ce.gov.br/sec/d_eco/downloads/diagnostico_distritos.pdfsobral -Secretaria da Tecnologia e Desenvolvimento Econômico. Acessado em: 14 maio 2007a.

SOBRAL. Prefeitura Municipal. **Geografia**. Disponível: <http://www.sobral.ce.gov.br/cidade/sobral02.htm>. Acessado em :17 mar. 2006.

SOBRAL. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Plano Municipal de Saúde-2005/2008**. Sobral: Secretaria da Saúde e Ação Social, 2005.

SOBRAL. Secretaria da Saúde e Assistência Social. Plano Municipal de Saúde-1997/2000. **SANARE- Revista sobralense de políticas públicas**, Sobral-CE, a. II, n. 1, p. 7-76, jan./fev./mar. 2000.

SOUSA SANTOS, B. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000.

SOUSA, K.K.B.; FERREIRA FILHA, M.O; SILVA, A.T.M.C. A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na atenção à saúde mental. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 2, 2004.

SOUSA, M.F. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: HUCITEC: 2001a. (Saúde em Debate; 142).

SOUSA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: masi que uma conquista no PSF. **REBEn**, v. 53, n. Especial, p. 25-30, dez. 2000.

SOUSA, M.F. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo**. São Paulo: HUCITEC, 2001b. (Saúde em Debate; 143).

SOUSA, M.F. Introdução. In: SANTOS, A.S.; MIRANDA, S.M.R.C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007. p. XXIII-VIII.

SOUTO, L. Os desafios da gestão participativa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Participar para conhecer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 102p. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos). p. 74-76.

SOUTO, L. Os desafios da gestão participativa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Panorama da saúde na região metropolitana de Salvador: reorganizando o SUS na região**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 102p. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos). Capítulo 2. p. 20-22.

SOUZA, R.N.R. Mão-de-obra cativa no Vale do Acaraú. **Essentia**. Sobral, v. 2, n. 2, p. 101-111, dez. 2000/maio 2001.

SOUZA, M.A. Apresentação. In: SILVA, M.J. **Agente de Saúde: agente de mudança? A experiência do Ceará**. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC/ Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997. p. 9-12.

SOUZA, M.A.A.; CATAIA, M.A.; TOLEDO JÚNIOR, R. **Território, lugar e poder: a expressão territorial do voto no Ceará**. Sobral: Edições UVA; Campinas: Territorial, 2002.

SOUZA, M.J.L. O território: sobre o espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, E.; COSTA, P.C.; CORRÊA, R.L.. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 77-116.

SOUZA, R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

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

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária saúde. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. e Cols. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. Capítulo 6. p. 76-87.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, 2007.

TALENTO, B. Jean Watson In: GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 253-265.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, A.R.L.; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série: Saúde & Cidadania). v. 2.

TAVARES, M.; TAKEDA, S. A prática da atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. e Cols. **Medicina ambulatorial: condutas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 1996. Capítulo 5. p. 29-35.

TEIXEIRA, C. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva-ISC, 20001.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 49-60.

TEIXEIRA, C.F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: BRASIL. Conselho Nacional de Saúde-CNS. **Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: CNS, 2000. p. 261-281.

TEIXEIRA, E. **O local e o global: limites e desafios da participação cidadã**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Recife: EQUIPE; Salvador: UFBA, 2001.

TEIXEIRA, M. *et al.* Trabalho e gestão em saúde: algumas considerações no contexto do SUS. In: COSTA, N.R.; RIBEIRO, J.M. (Org.). **Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. p. 145-155.

TEIXEIRA, R.R. O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO: 2003. p. 89-101.

TEIXEIRA, S.M.F. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. In: BRASIL. **9ª Conferência Nacional de Saúde - Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. v. 1. p. 27-37.

TEMÓTEO, R.P.S.; MONTEIRO, A.I.; UCHOA, S.A. Saúde da família e projetos políticos pedagógicos: intenção e gesto na inserção do tema no cotidiano dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. In: CASTRO, J.L. (Org.). **Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal-RN: Observatório RH-NESC/UFRN, 2007. p. 43-103.

TEMPORÃO, J.G. Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). p. 5-6.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

THER RIOS, F. Complejidad territorial y sustentabilidad: notas para una epistemología de los estudios territoriales. **Horiz. antropol.**, v. 12, n. 25, p. 105-115, jan./jun. 2006.

TINÔCO, A.F. Problemas que dificultam a implementação do planejamento de saúde. **Revista Saúde Pública**, 14:246-252, 1980.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Tradução: Maria Ângela Cançado. 1. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999. (Série Enfermagem; REPENSUL).

TREVIZAN, M.A. e cols. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Rev. latino-am. enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 77-82, dez. 1998.

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

TRONCHI, D.M.R., MELLEIRO, M.M., TAKAHASHI, R.T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Capítulo 8. p. 89-107.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis- RJ: Vozes, 2003.

UGÁ, M.A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UNGLERT, C.V.S. **Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente.** 1995. Tese (Concurso de Livre-Docência) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo 1995.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E.V. (Org.), **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 221-235.

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ-UVA. Centro de Ciências da Saúde-CCS. Curso de Graduação em Enfermagem. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem.** Sobral-CE: Curso de Graduação em Enfermagem, 2002.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO VALE DO ACARAÚ-UVA. História: Como tudo começou. **Cidade Universidade**, a. 1, n. 2, p. 21-2, abr./maio 2000.

VALVERDE, I.A. et al (Org.). **Constituição da República Federativa do Brasil.** 2. ed. (atualizada à emenda constitucional Nº 38). Rio de Janeiro: Expressão e Cultura. 2002.

VANDERLEI, M.I.G. ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 443-453, mar./abr. 2007.

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

VANTI, N. Ambiente de qualidade em uma biblioteca universitária: aplicação do 5S e de um estilo de administração. **Ciência da Informação**, v. 28, n. 3, set./dez. 1999.

VASCONCELOS, C.M. Política e gestão no SUS: uma interação conflitiva. In: CASTRO, J.L.; FORMIGA, J.M.M. VILAR, R.L.A. (Org.). **Política e gestão em saúde: reflexões e estudos.** Natal-RN: Observatório RH-NESC/UFRN, 2006. p. 49-68.

VASCONCELOS, E.M. A espiritualidade na educação popular em saúde. **Revista de APS**, v. 7, n. 2, jul./dez. 2004.

- VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Sobral: UVA, 2001. (Saúde em Debate; 130).
- VEIGA, J.E. Territórios para um desenvolvimento sustentável. **Ciência e Cultura**, a. 58, n. 1, p. 20-23, jan.-mar. 2006.
- VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração** : 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- VIANA, S.V. Perspectiva relacional no estudo do processo de trabalho em saúde: contribuição para uma nova abordagem a partir do estudo da prática do nutricionista no campo da alimentação institucional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 4, out./dez. 1995.
- VICENTINO, C.; DORIGO, G. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997.
- VIEIRA, E.T. *et al.* O programa saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde **RBPS**, v. 17, n. 3, p. 119-126, 2004.
- VOLTAIRE. **Dicionário Filosófico**: texto integral. São Paulo: Martin Claret, 2004. Coleção – A obra prima de cada autor.
- WAGNER, H.L.; WAGNER, A.B.P; TALBOT, Y. Aplicação do pensamento sistêmico no trabalho em saúde da família, **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 1, p. 29-35, abr. 2004.
- WALDMAN, E.A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G.W.S. e Cols. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Capítulo 15, p. 487-528.
- WALDOW, V.R. **Estratégias de ensino na enfermagem**: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Petrópolis: Vozes, 2005.
- WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.
- WEBER, M. **Ciência e política**: duas vocações. São Paulo: Martin Claret, 2004.
- WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC. 2002.
- WESTPHAL, M.F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Revista de Administração Pública**, a. 34, n. 6, p. 39-45, nov./dez. 2000.
- WIKIPÉDIA - a enciclopédia livre. **Território**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Territ%C3%B3rio>. Acessado em 10 jan. 2007.
- XAVIER, J.; MACHADO, K. Atenção Básica: Equipes e unidades de saúde mais perto do cidadão. **RADIS- comunicação em saúde**, n. 34, p. 8-11, jun. 2005.
- XIMENES NETO, F.R.G.; RIBEIRO, R.A. **Processo de trabalho dos enfermeiros na atenção ao pré-natal da Estratégia Saúde da Família no município de Sobral**. Sobral: Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA, 2007. 75p. (mimeo).
- XIMENES NETO, F.R.G. **A integralidade no SUS: uma abordagem conceitual e temporal**. In: XIMENES NETO, F.R.G.; CHAGAS, M.I.O. **Análise do Contexto da Gestão no Território da Atenção Primária em Saúde**. Sobral: Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA/Ministério da Saúde/UNESCO/Pólo de Educação

Permanente de Sobral, 2005. (Manual do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão em Saúde). p. 44-52.

XIMENES NETO, F.R.G. Plano de Carreiras, Cargos e Salários-PCCS-SUS: diretrizes nacionais na pauta das discussões, **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, a. 48, n. 1-2, p. 16, jan.-jun. 2006.

XIMENES NETO, F.R.G.; RODRIGUES, S.M.F.; NOGUEIRA, A.G. O que melhorou no município de Croatá-Ceará, após a municipalização da saúde. IN: Encontro Cearense de Saúde da Família, II., 2001, Fortaleza, CE. **Anais ...** Fortaleza, CD: Cooperativa dos Profissionais de Saúde do Ceará, 2001. p. 63.

YIN, R.K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi. 2. ed. 1. reimp. Porto Alegre: Bookman, 2003.

YUNES, J. A construção do sistema de saúde na lógica da descentralização. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE-CONASEMS. **Relatório do XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde**: descentralização- gestão local construindo municípios saudáveis. Goiânia: CONASEMS, nov. 1998. p. 39-48.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ-UECE CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

QUESTIONÁRIO

I- Características Sócio-Demográficas dos Gerentes

1. Idade: _____	1
2. Sexo: () 2.1- Masculino () 2.2- Feminino	2
3. Área de atuação: () 3.1- urbana () 3.2- rural	3
4. Estado civil: () 4.1- solteira/o () 4.2- casada/o () 4.3- separada/o () 4.4- com companheiro fixo () 4.5- viúva/o () 4.6- outro (especificar) _____	4
5. Salário líquido da Estratégia Saúde da Família sem a gratificação de Gerente: R\$ _____	5
6. Valor da Gratificação R\$ _____	6
7. Você possui outras atividades que gerem renda? () 7.1- sim () 7.2- não Se sim, qual (is)? _____	7
8. Qual sua renda mensal líquida? R\$ _____	8

II- Formação Profissional dos Gerentes

9. Ano de Graduação/Formado	Universidade que se formou:	9
10. Tipo de Graduação: _____		10
11. Você fez outra graduação () 11.1- sim () 11.2- não		11
12. Se sim, em quê? _____		12
13. Você tem Pós-graduação? () 12.1- sim () 12.2- não		13

<p>14. Se sim, em quê?</p> <p>() 14.1- Especialização na modalidade de Residência em Saúde da Família</p> <p>() 14.2- Especialização em Saúde Pública</p> <p>() 14.3- Especialização em Saúde da Família</p> <p>() 14.4- Especialização em Educação Profissional em Saúde: Enfermagem</p> <p>() 14.5- Especialização em Enfermagem do Trabalho</p> <p>() Outro (Especificar qual, e se está em curso): _____</p>	14
--	----

III- Qualificação e Educação Permanente

<p>15. Para gerenciar o território da ESF, no ato de sua nomeação, Você recebeu algum tipo de capacitação/qualificação?</p> <p>() 15.1- sim () 15.2- não</p> <p>Se sim, quais? _____</p>
<p>16. Que tipo de capacitação/qualificação e educação permanente Você tem vivenciado?</p> <p>_____</p>

17. Que tipo de capacitação/qualificação e educação permanente Você tem necessidade para melhorar o seu desempenho na gerência do território?

<p>18. Você tem dificuldades em fazer aprimoramento profissional?</p> <p>18.1 () Sim 18.2 () Não</p>	18
<p>19. Se Você respondeu 'Sim' na pergunta anterior, marque a alternativa abaixo:</p> <p>19.1 () alto custo dos livros e revistas científicas</p> <p>19.2 () alto custo dos eventos científicos</p> <p>19.3 () falta de material de estudos no trabalho</p> <p>19.4 () falta de educação permanente no trabalho</p> <p>19.5 () falta de tempo</p> <p>19.6 () encargos familiares</p> <p>19.7 () falta de apoio institucional</p> <p>19.8 () outros (especificar) _____</p>	19

V- Trabalho em Saúde

20. Há quanto tempo você trabalha como Gerente? _____	20
21. Que tipo de vínculo empregatício você possui na Estratégia Saúde da Família? <input type="checkbox"/> 1- concurso público <input type="checkbox"/> 2- cooperativado <input type="checkbox"/> 3- cargo comissionado <input type="checkbox"/> outro (especificar) _____	21
22. Qual sua carga horária de trabalho/semana? _____ _____	22
23. Há quanto tempo você está na gerência do território: _____	23
24. Você possui Plano de Carreiras, Cargos e Salários-PCCS <input type="checkbox"/> 24.1- sim <input type="checkbox"/> 24.2- não	24
25. Você no território, atua exclusivamente como gerente? <input type="checkbox"/> 25.1- sim <input type="checkbox"/> 25.2- não	25

Se Não, que outras atividades, além das gerenciais, Você desenvolve no território da Estratégia Saúde da Família?

26 Quais os fatores que facilitam seu trabalho no gerenciamento do território?

27 Quais os fatores que dificultam seu trabalho no gerenciamento do território?

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ-UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
aceito livre e esclarecidamente participar da pesquisa intitulada “**Gerenciamento do território da Estratégia Saúde da família: o processo de trabalho dos gerentes**”, colocando-me à inteira disposição para responder às questões que tratem da minha atuação profissional, bem como de dados pessoais, estando ciente de que me serão respeitados os direitos estabelecidos pela Resolução Nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde-CNS, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos tendo garantia de: anonimato; princípio de beneficência; princípio de respeito à dignidade humana e o princípio da justiça.

Caso me sinta desrespeitado, desistirei da pesquisa em qualquer um de seus estágios.

Sobral- Ceará, 22 de novembro de 2006.

Gerente

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Coordenador da Pesquisa
Rua Sebastião Miranda S/Nº, Cariré- Ceará
CEP- 62184-000
Telefone Celular: 88 99611198

APÊNDICE C

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- Como você define território e territorialização?
- Qual seu entendimento sobre gestão participativa?
- Qual seu entendimento sobre Estratégia Saúde da Família?
- Como foi o processo que lhe levou ao cargo de Gerente da UBS?
- Como se dá sua participação sócio-política no território da Estratégia Saúde da Família?

APÊNDICE D

PROTOCOLO DA OBSERVAÇÃO

Eixo 1 - Trato do Coordenador da Estratégia Saúde da Família com os Gerentes e desses com suas equipes: relação entre sujeitos- autonomia, diálogo, negociação e participação.

Eixo 2 – Operacionalização: o que é feito/realizado; a forma de condução da reunião pelo Coordenador e pelo Gerente; demandas; articulação (inter) institucional.

As categorias utilizadas foram:

Finalidades;

Objetivos;

Concepção do processo saúde-doença;

Instrumentos; e

Agentes.

APÊNDICE E

PROTOCOLO DO GRUPO FOCAL

Práticas de gerenciamento do território desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família

APÊNDICE F

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ-UECE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS

CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- COLETIVO

Os trabalhadores de saúde do território da Estratégia Saúde da Família de _____-Sobral-CE, aceitam livre e esclarecidamente em participar da pesquisa intitulada “**Gerenciamento do território da Estratégia Saúde da família: o processo de trabalho dos gerentes**”, concordando, que o pesquisador registre dados/informações apresentadas durante a Roda do Território. Estando os mesmos cientes de que me serão respeitados os direitos estabelecidos pela Resolução N° 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde-CNS, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos tendo garantia de: anonimato; princípio de beneficência; princípio de respeito à dignidade humana e o princípio da justiça.

Caso algum trabalhador de saúde sinta-se desrespeitado, terá o direito de desistir da pesquisa em qualquer um de seus estágios.

Sobral- Ceará, ___ de _____ de 2007.

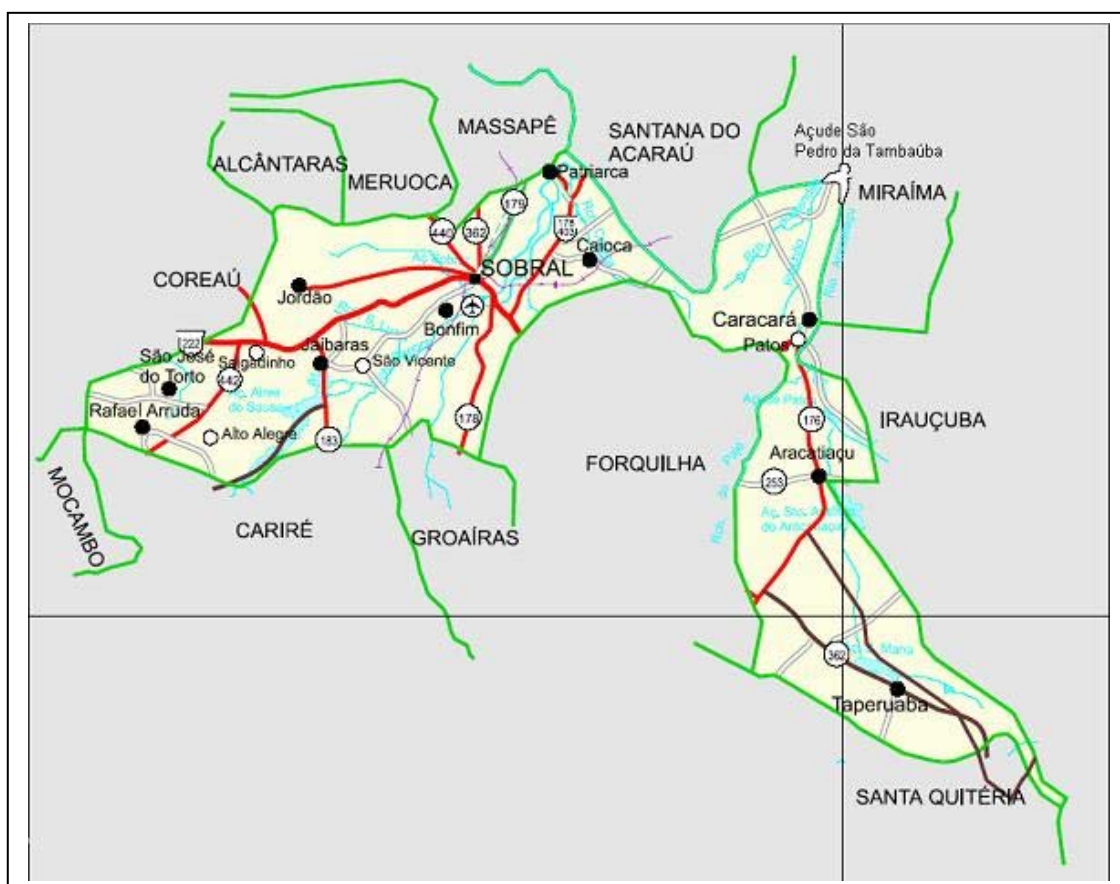
Coordenador da Pesquisa: Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto. Rua Sebastião Miranda S/N°, Cariré- Ceará, CEP- 62184-000. Telefone Celular: 88 99611198.

N°	SUJEITOS DA PESQUISA
1.	
2.	
3.	
4.	

ANEXOS

ANEXO A

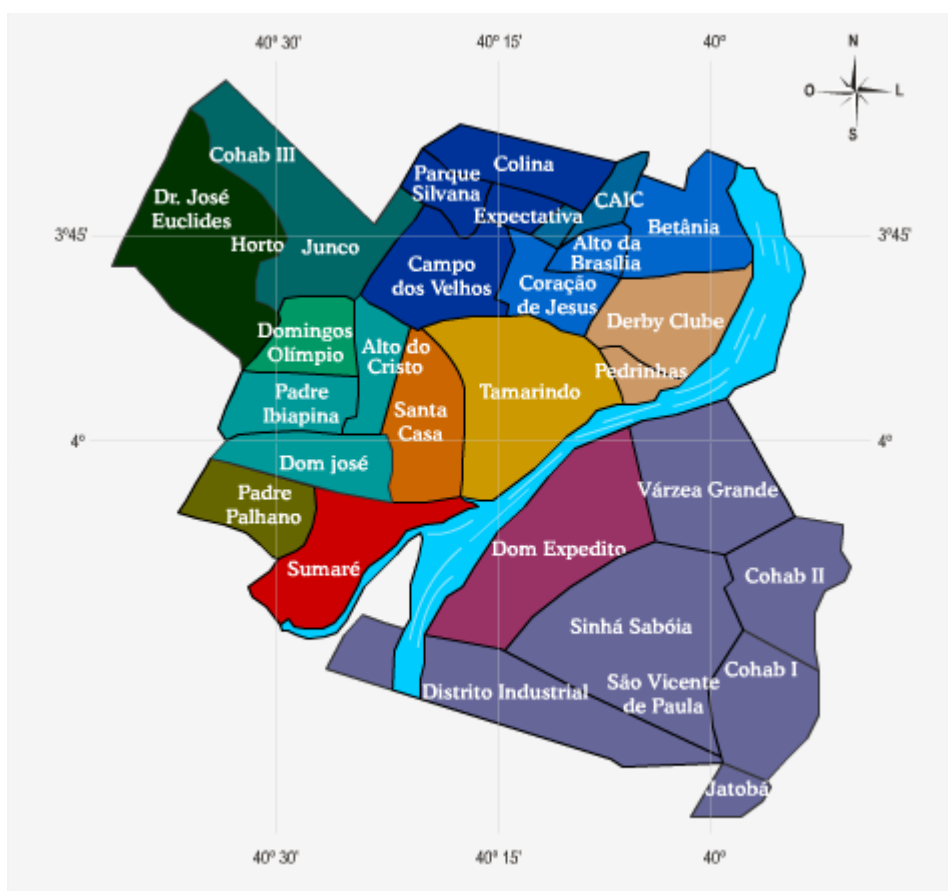
MAPA DE SOBRAL – DIVISÃO TERRITORIAL DISTRITAL



Fonte: Prefeitura Municipal de Sobral, 2006.

ANEXO B

MAPA DE SOBRAL – DIVISÃO SANITÁRIA – ÁREA URBANA



Fonte: Sobral, Secretaria da Saúde, 2007.

ANEXO C

MAPA DE SOBRAL – DIVISÃO SANITÁRIA – ÁREA RURAL



Fonte: Sobral, Secretaria da Saúde, 2007.

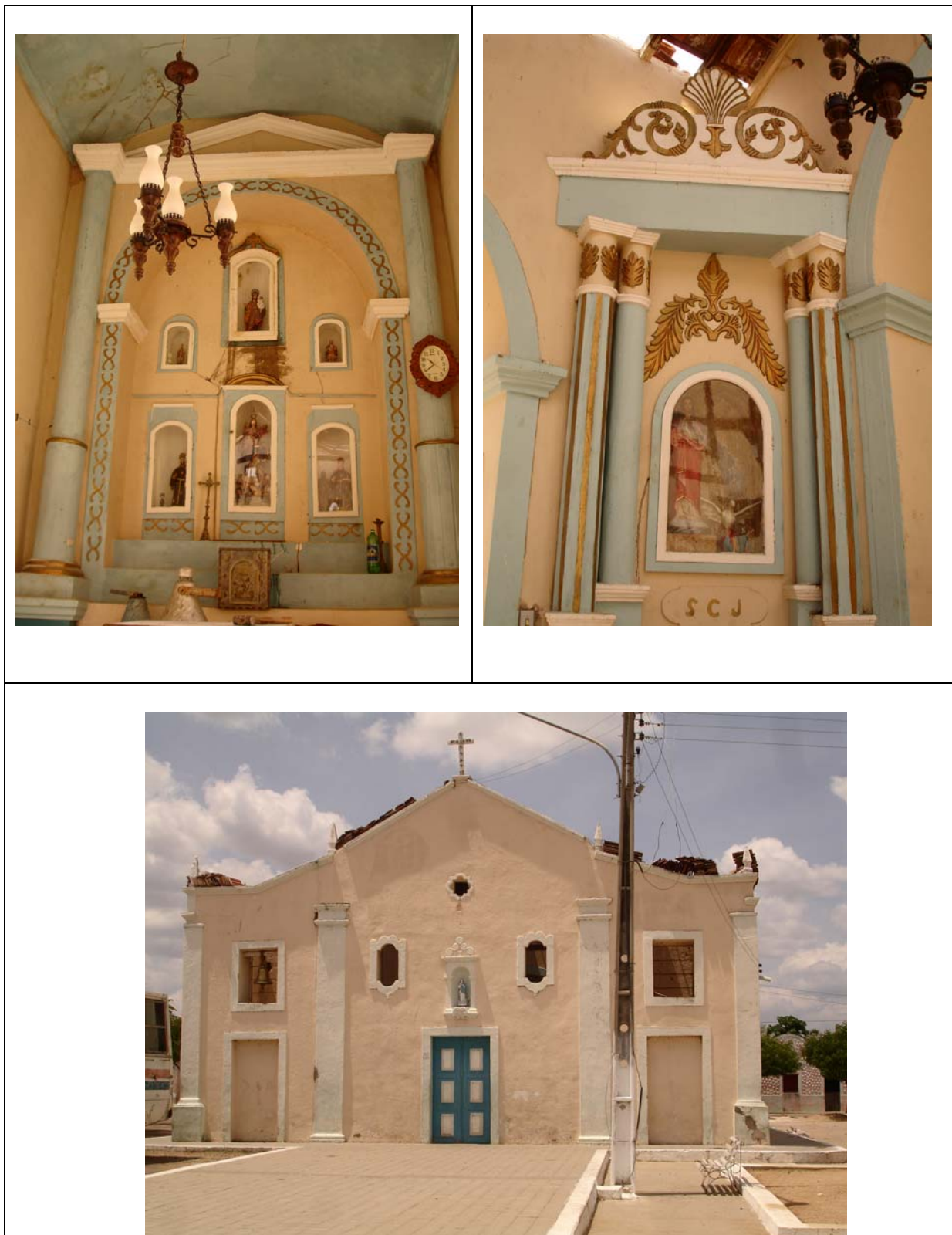
ANEXO D
AÇUDE ARARAS-VARJOTA-CE/INÍCIO DA PERENIZAÇÃO DO RIO
ACARAÚ



ANEXO E
CATEDRAL DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, SOBRAL-CE



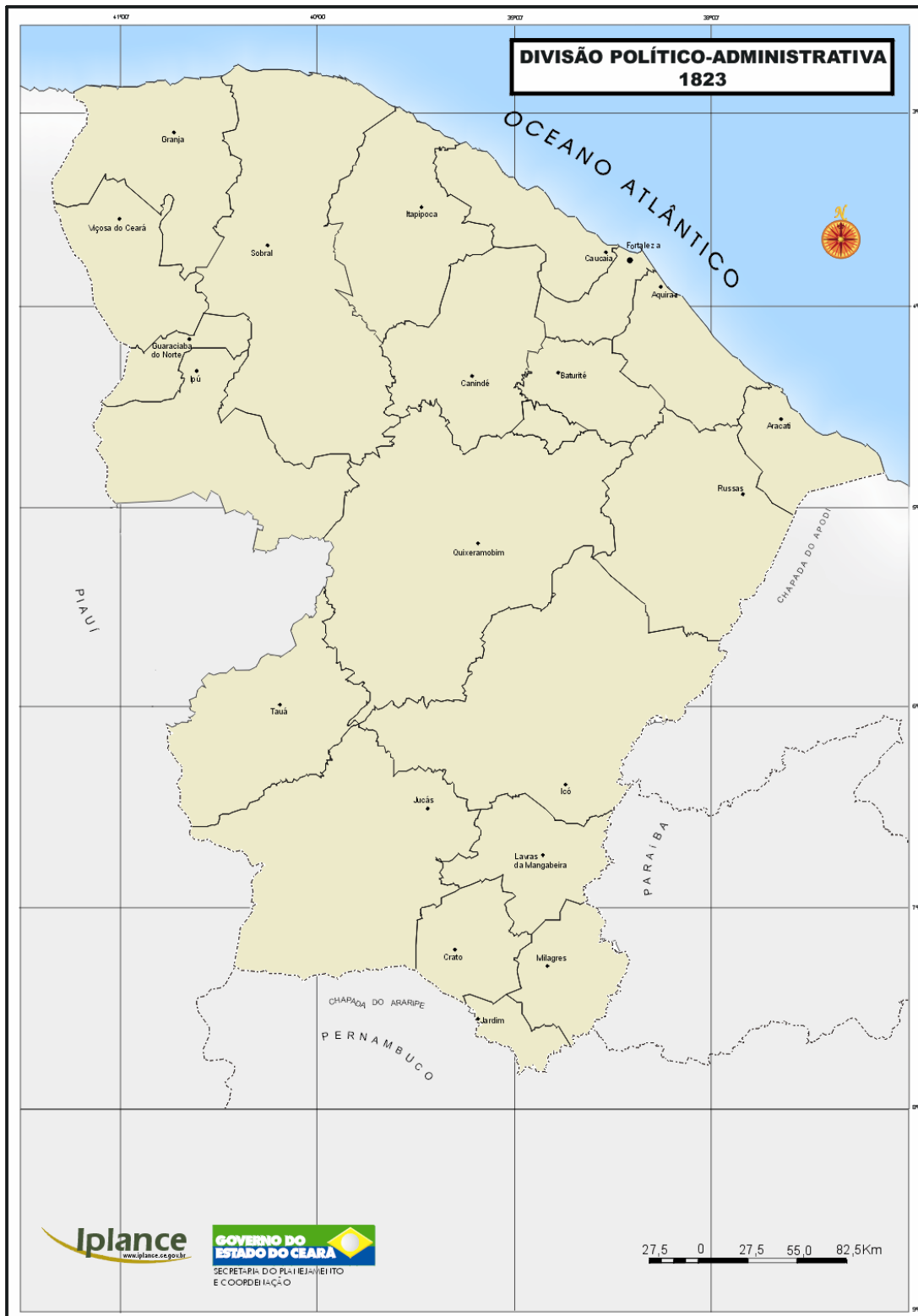
ANEXO F
CAPELA DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO EM SÃO JOSÉ DO
PATRIARCA, SOBRAL-CE



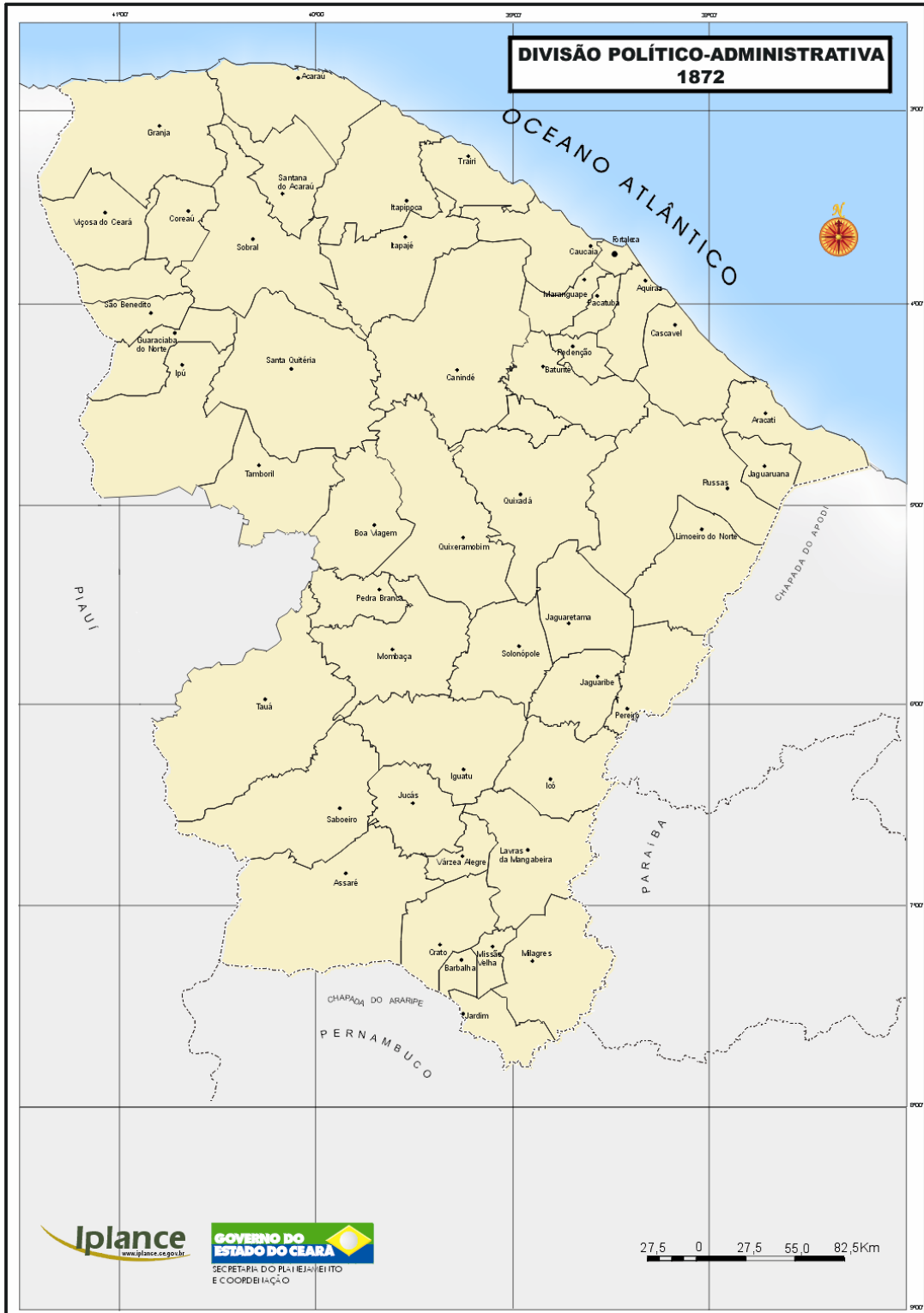
ANEXO G
MATRIZ DE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO EM GROAÍRAS-CE



ANEXO H DIVISÃO TERRITORIAL DO CEARÁ EM 1823

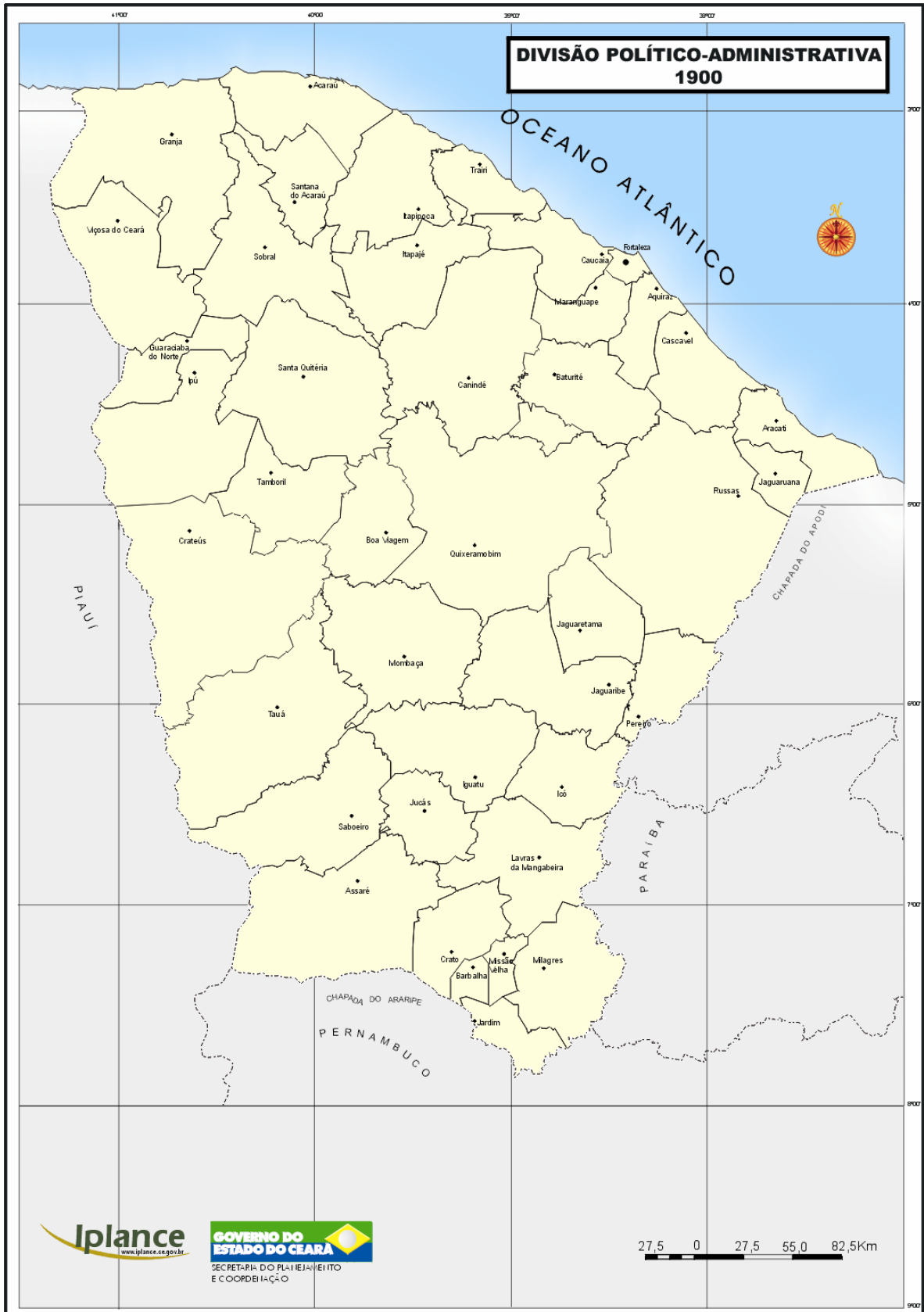


ANEXO I DIVISÃO TERRITORIAL DO CEARÁ EM 1872

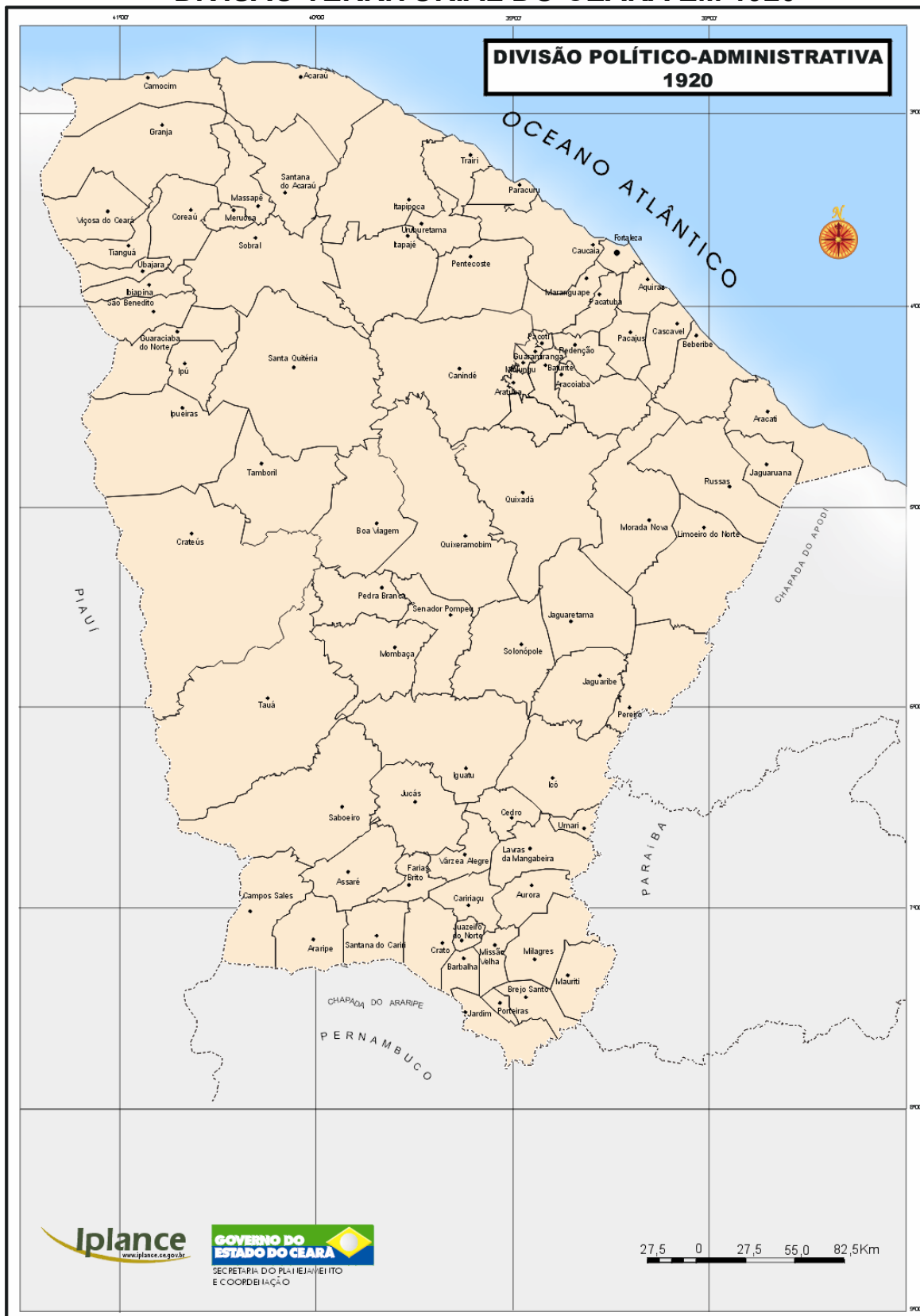


ANEXO J

DIVISÃO TERRITORIAL DO CEARÁ EM 1900

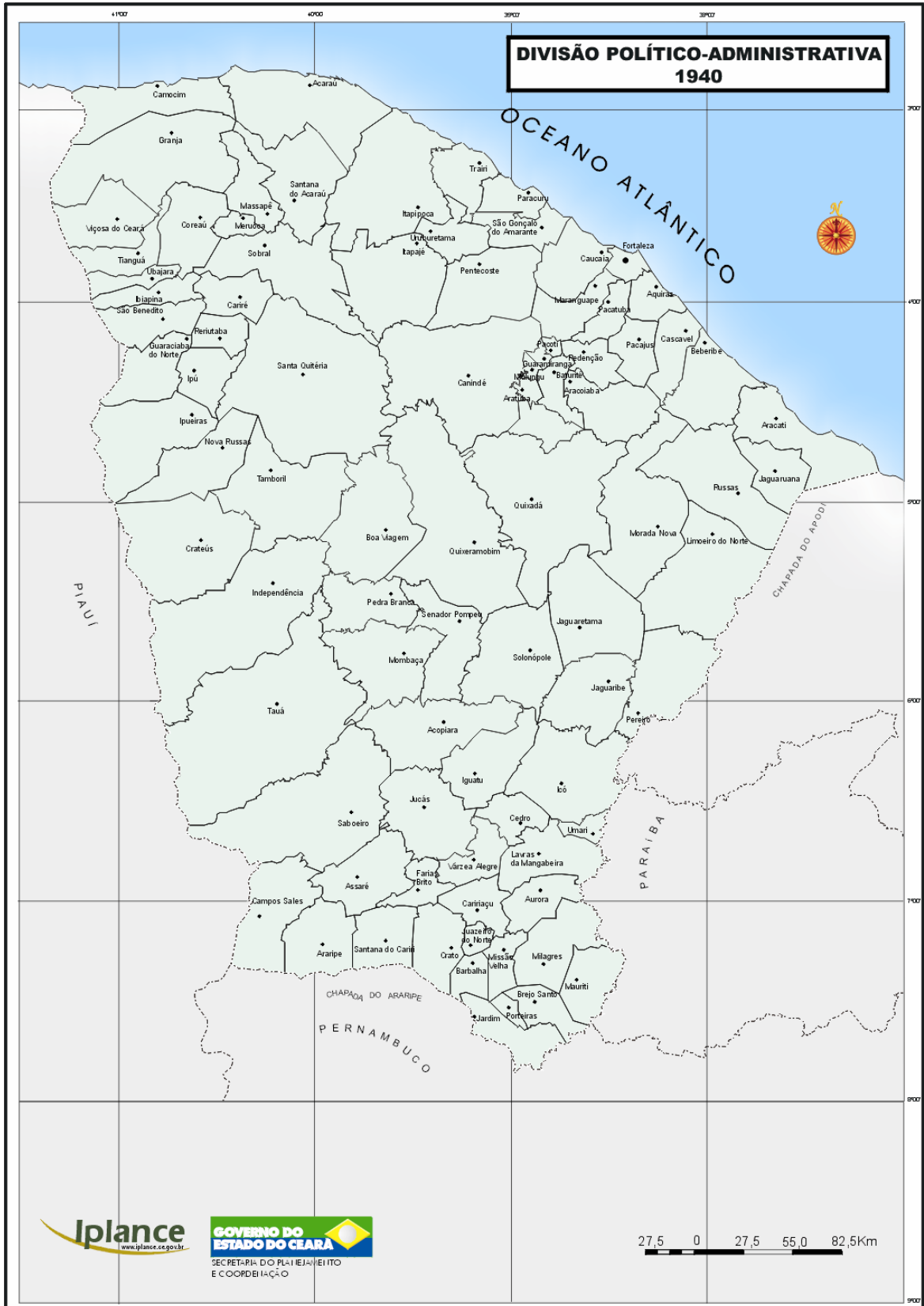


ANEXO L DIVISÃO TERRITORIAL DO CEARÁ EM 1920

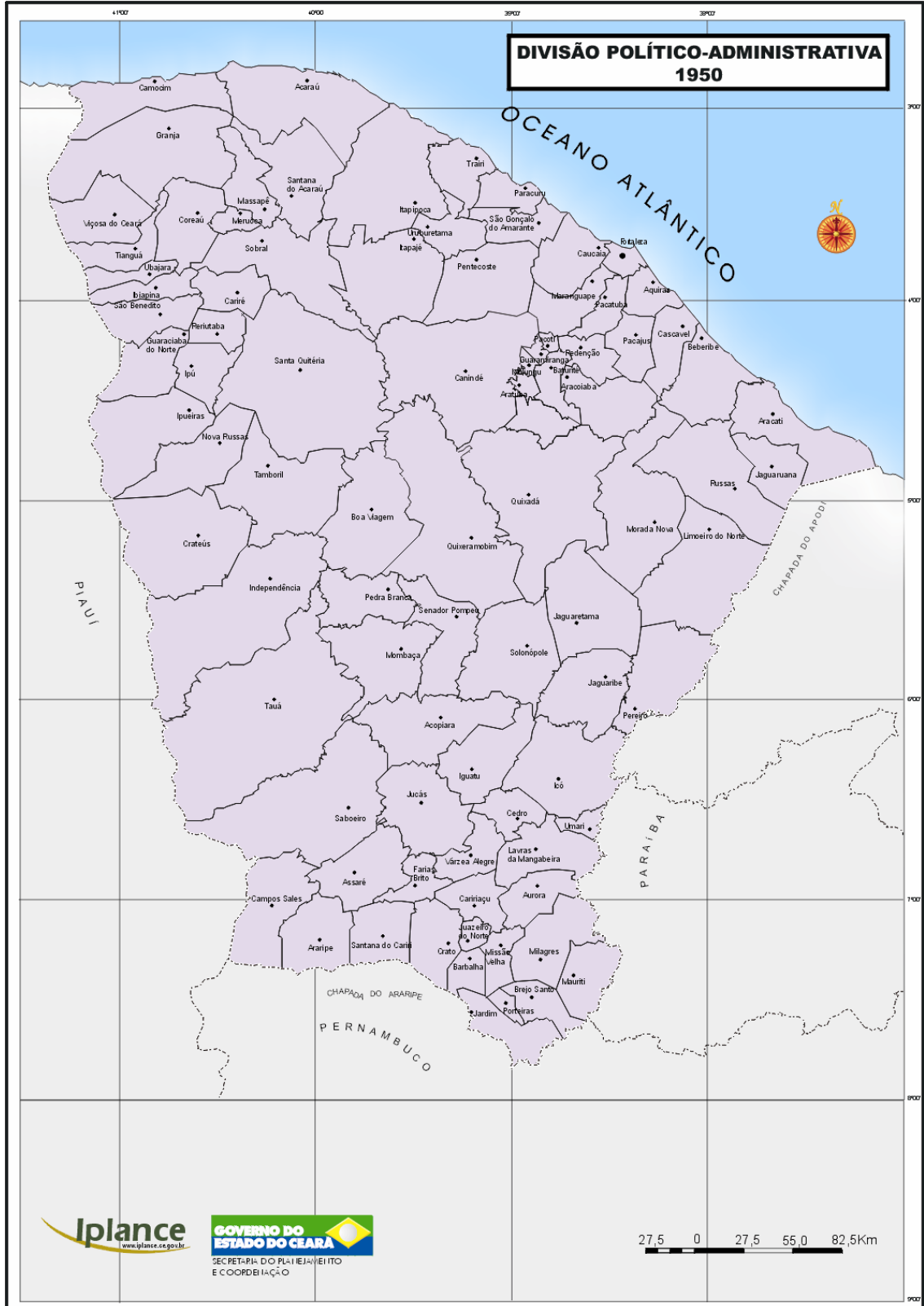


ANEXO M

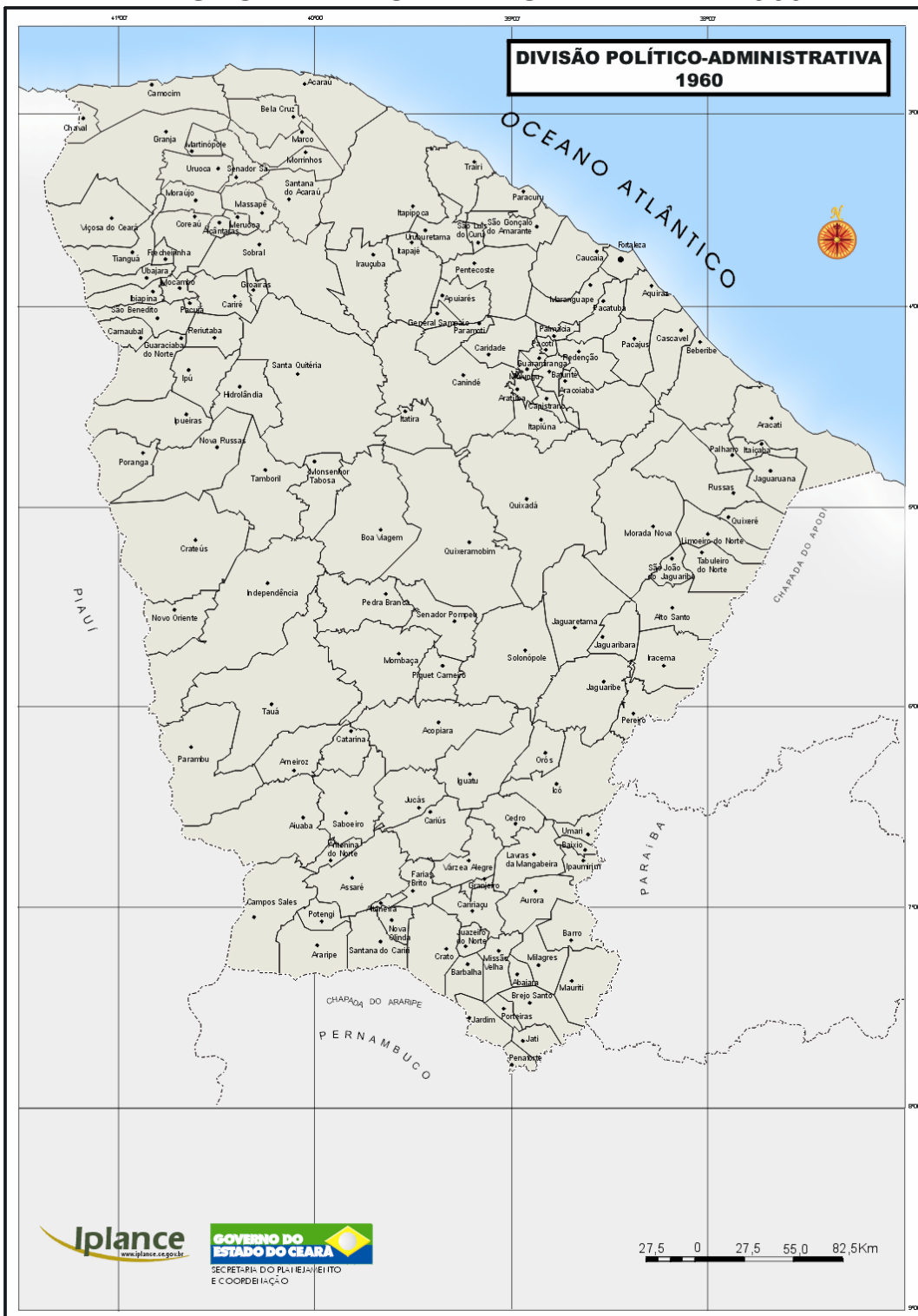
DIVISÃO TERRITORIAL DO CEARÁ EM 1940



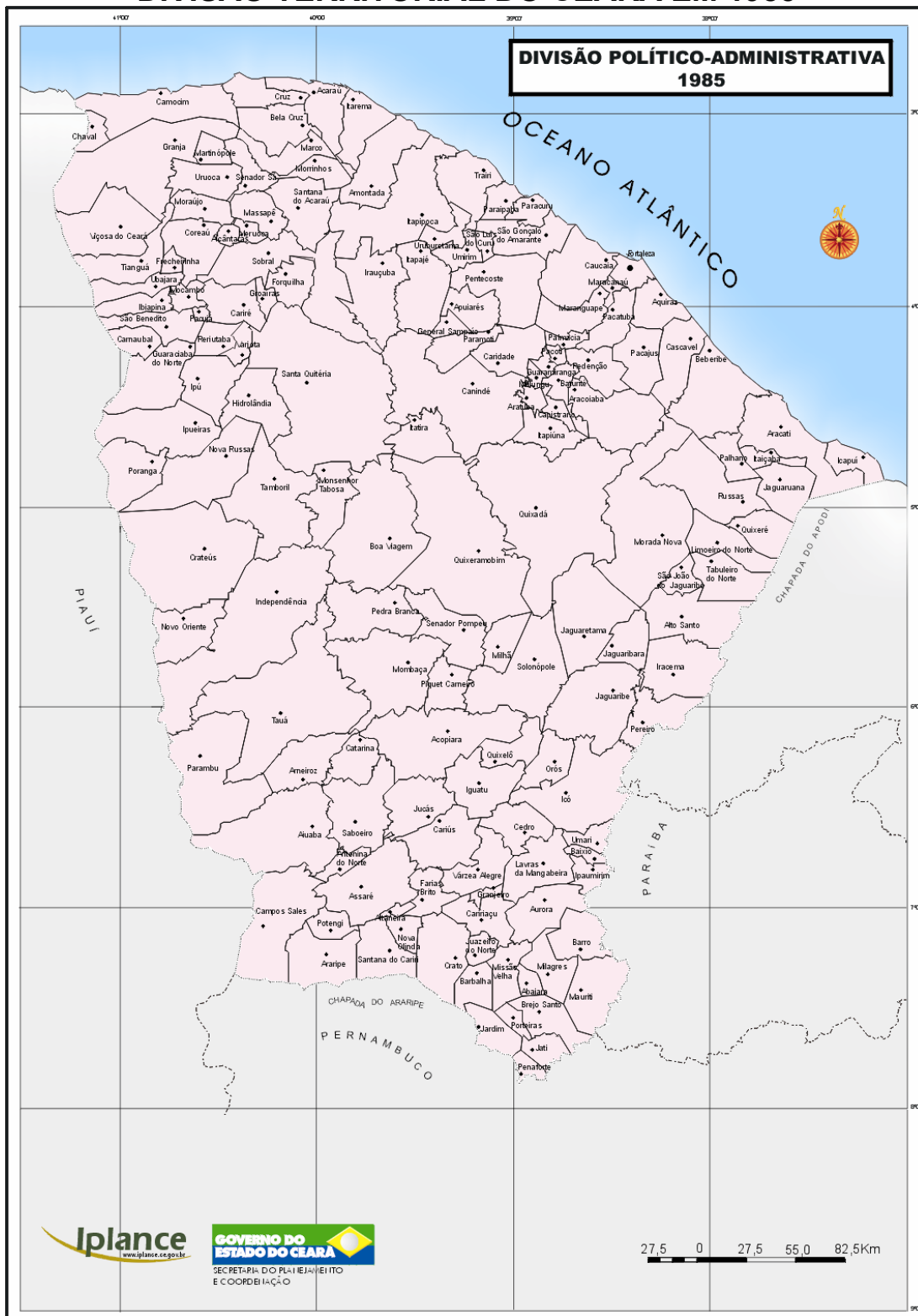
ANEXO N DIVISÃO TERRITORIAL DO CEARÁ EM 1950



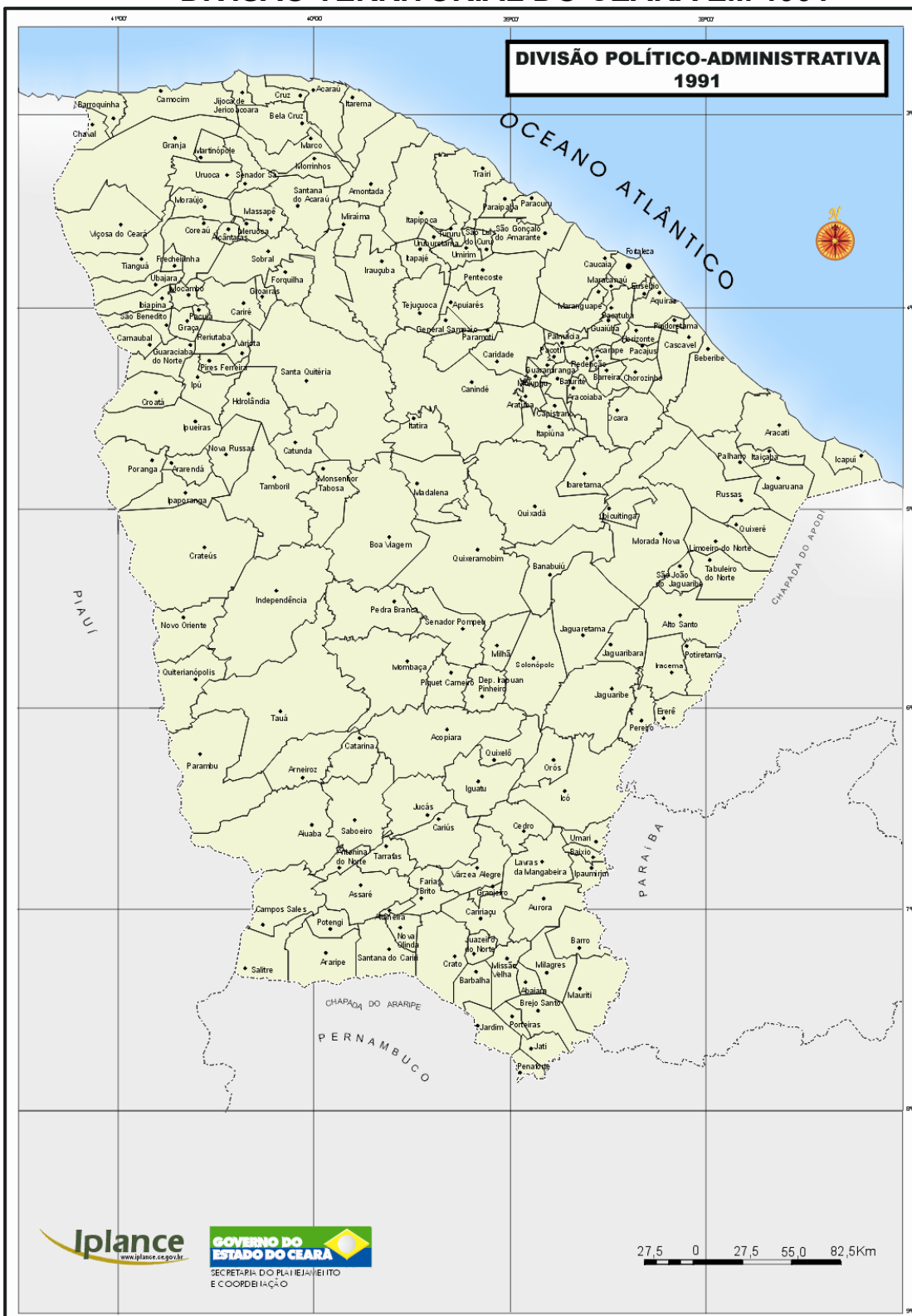
ANEXO O DIVISÃO TERRITORIAL DO CEARÁ EM 1960



ANEXO P DIVISÃO TERRITORIAL DO CEARÁ EM 1985

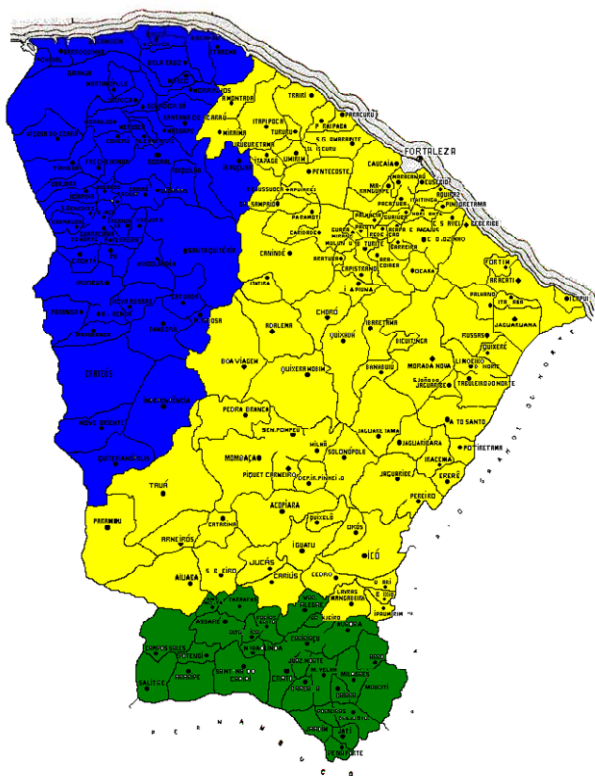


ANEXO Q DIVISÃO TERRITORIAL DO CEARÁ EM 1991



ANEXO S

MAPA DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO CEARÁ



ANEXO T