

Universidade Federal De Juiz De Fora
Faculdade De Serviço Social
Programa de Pós-Graduação Em Serviço Social

Sabrina Alves Ribeiro Barra

**GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
o desafio de consolidar a intersetorialidade**

Juiz de Fora
2013

SABRINA ALVES RIBEIRO BARRA

**GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
o desafio de consolidar a intersetorialidade**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Área de Concentração Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Lêda Maria Leal de Oliveira

Juiz de Fora
2013

Sabrina Alves Ribeiro Barra

Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersectorialidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Área de Concentração Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Leda Maria Leal de Oliveira (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Tulio Batista Franco
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Édina Evelyn Casali Meireles de Souza
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Aos profissionais que acreditam no
Sistema Único de Saúde.*

Nada é impossível de mudar

*Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural,
nada deve parecer impossível de mudar.*

Bertold Brecht

AGRADECIMENTOS

Esta foi uma longa caminhada, de muito aprendizado, de muitas reflexões, (re) descobertas, dúvidas, anseios... E sem a presença de algumas pessoas, certamente esta caminhada teria sido muito mais difícil.

Gostaria de agradecer ao meu pai Hélio e aos meus irmãos, Léo e Gui, que mesmo distantes se fazem presentes em minha vida. Por todo apoio, carinho e pela confiança que depositam em mim.

À minha tia Mirene, minha prima Karine e tio Jorge por terem me acolhido tão generosamente. Por sempre me incentivarem e vibrarem com as minhas conquistas. Pelo carinho, confiança e compreensão. À toda minha família pelo carinho de sempre. Ao Alcir por toda paciência, incentivo, carinho e apoio. Pelas emoções, angústias e conquistas compartilhadas.

À turma de mestrado 2011, pelas ricas discussões e reflexões em sala de aula. Em especial, gostaria de agradecer a amiga Ana Lucia Damascena, por todo o incentivo, apoio, amizade e, por acreditar no meu objeto de estudo quando nem mesmo eu acreditava.

Aos professores do Programa de Mestrado em Serviço Social, verdadeiros mestres! Obrigada por fazerem parte da minha formação, por todos os ensinamentos, por ministrarem aulas tão prazerosas e ricas. Tenho muito orgulho de ser formada nesta casa.

A profa. Lêda por suas sábias orientações, por sua preocupação, compreensão, paciência e comprometimento durante todo o processo de construção desse estudo. Suas contribuições foram fundamentais para que esse estudo se tornasse possível. Obrigada por todos os ensinamentos e por sua generosidade.

Aos professores Tulio e Édina que tão prontamente aceitaram o convite para participar da banca. Obrigada pela paciência em ler meu estudo e por suas valiosas contribuições. A participação de vocês foi fundamental para o enriquecimento deste estudo.

Às companheiras da Comissão de Políticas Públicas/CRESS. Aprendi muito com cada uma de vocês. Ao Conselho Municipal de Saúde por todo o aprendizado nestes últimos dois anos.

Aos colegas de trabalho e usuários do CAPS/HU e, às assistentes sociais do HU/CAS. Apesar do pouco tempo de convivência, sou muito grata pelo carinho e apoio de vocês nestes tempos tão difíceis!

Aos sujeitos dessa pesquisa que tão generosamente e prontamente aceitaram participar da mesma, colaborando na construção desse estudo.

Enfim, a todos vocês os meus mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família destaca-se como estratégia de construção de um novo modelo de saúde pautado na perspectiva do direito e em conceitos como a integralidade e a intersetorialidade. Este último destaca-se como diretriz essencial da Estratégia, sem o qual não é possível atuar com base no conceito ampliado de saúde, considerando os múltiplos fatores que interferem no processo saúde/doença. A integração da Estratégia às diferentes políticas demanda a existência de mecanismos institucionais e de gestão que garantam os meios para a sua efetivação. A partir dessas reflexões, este estudo buscou analisar a intersetorialidade na gestão da Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora/MG, buscando compreender como se materializa atualmente a intersetorialidade na Estratégia em Juiz de Fora/MG, e identificar os instrumentos de gestão utilizados pela gestão da ESF no município para viabilizar a intersetorialidade. A metodologia utilizada pautou-se na abordagem qualitativa, a partir da pesquisa de campo realizada junto aos principais sujeitos envolvidos com a gestão da ESF no município: supervisores das Unidades de Saúde da Família, conselheiros municipais de saúde e, subsecretário APS/ coordenador da ESF. Os resultados do estudo mostraram que a intersetorialidade ainda encontra um longo caminho a avançar, tanto no campo da gestão quanto do cotidiano das práticas das equipes de saúde da família. Percebe-se a ausência de um projeto de gestão intersetorial que perpassasse o município como um todo. Há a necessidade de avançar na definição de mecanismos de gestão intersetoriais que garantam uma maior articulação no nível da gestão e que subsidiem as práticas das USF. Trata-se de um enorme desafio, cuja superação requer o envolvimento de gestores, profissionais e usuários na construção de uma gestão democrática e comprometida com a integralidade da assistência.

Palavras-chave: Gestão; Estratégia Saúde da Família; intersetorialidade.

ABSTRACT

Family Health Strategy is a remarkable strategy for building a new model of healthcare assistance. Such model is based on the perspective of rights and also based on the concept of integrality and intersectoriality. By the way, intersectoriality is a major guideline on the Strategy, without which we can not understand healthcare on a broad perspective, given the multiple factors that interfere in the process health/disease. The implementation of the Strategy on policies in general demand institutional mechanisms for its effectiveness. Based on these points above, the present study focuses on analysing the intersectoriality at Family Health Strategy in Juiz de Fora, its implementation in the city and the tools being currently used to promote such concept in Juiz de Fora. The methodology we used here lies on qualitative approach, which comes out of a field work that we did along with reputable healthcare professionals involved in promoting FHS. These professionals comprise healthcare assistance unit managers, family healthcare counselors and FHS coordinators. The results shown by this study appoint that intersectoriality still has a long way to go, not only in its proper management policies but also in the everyday life of healthcare professionals. It is possible to notice the lack of intersectorial projects that involve the whole city. Moreover, there must be more mechanisms to bring intersectorial ideas into everyday activities at FHS. This is a major challenge and the way to overcome it is involving managers, professionals and healthcare assistance users in the building of a democratic management in order to achieve the fulfillment of healthcare assistance.

Keywords: Management, Family Health Strategy, intersectoriality

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária a Saúde
BIRD - Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
CF88 – Constituição Federal de 1988
CFESS – Conselho Federal de Serviço Social
CIB - Comissões Intergestoras Bipartite
CIT – Comissões Intergestoras Tripartite
CLS – Conselho Local de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
ESF - Estratégia Saúde da Família
FMI - Fundo Monetário Internacional
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NATES/UFJF - Núcleo de Assessoria e Estudos em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora.
NOAS - Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI - Plano Diretor de Investimentos
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PROESF - Projeto de Consolidação e Expansão da Saúde da Família
RESF – Programa de Residência em Saúde da Família
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UAPS – Unidade de Atenção Primária a Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL?	22
1.1 A Estratégia de Saúde da Família na política de saúde brasileira.....	22
1.2 A Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora/ MG.....	41
CAPÍTULO 2: GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE	51
2.1 A gestão de políticas e programas sociais: em defesa da gestão democrática.....	51
2.2 A gestão no Sistema Único de Saúde: da normatização legal aos impasses atuais.....	64
2.3 A gestão da Estratégia Saúde da Família: intersectorialidade em questão.....	83
CAPÍTULO 3: A INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JUIZ DE FORA/MG	99
3.1 A intersectorialidade nas atividades de gestão da Estratégia Saúde da Família.....	99
3.1.1 Articulações no âmbito da Subsecretaria de Atenção Primária.....	99
3.1.2 A educação permanente em saúde e a intersectorialidade: uma interlocução necessária.....	109
3.1.3 O controle social e a intersectorialidade.....	114
3.2 A intersectorialidade nas Unidades de Saúde da Família pesquisadas.....	125
3.2.1 A necessidade da intersectorialidade e as estratégias traçadas pelas equipes.....	125
3.2.2 As parcerias com o setor público para o desenvolvimento de projetos e grupos de educação em saúde.....	132
3.2.3 Parcerias com o setor privado e terceiro setor.....	138
3.2.4 Parcerias com os Conselhos Locais de Saúde.....	140
3.2.5 Intra-sectorialidade ou intersectorialidade: de qual conceito estamos falando?.....	143
3.3 Limitadores à efetivação da intersectorialidade na Estratégia Saúde da Família.....	147
3.3.1 Dificuldade de consolidação da Estratégia Saúde da Família.....	147
3.3.2 Distanciamento entre a gestão e o trabalho desenvolvido pelas equipes.....	157
3.3.3 Condições de trabalho.....	167
CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	180
APÊNDICES	189

ANEXOS.....196

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi oficialmente implantada em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS) como um programa e posteriormente em 1997, alçada à condição de estratégia de reorganização do modelo assistencial. Caracteriza-se como um conjunto de ações de reabilitação, prevenção e promoção da saúde, focadas na perspectiva da família e da comunidade a partir do trabalho de uma equipe interdisciplinar no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2011).

A ESF destaca-se como estratégia de organização dos serviços na APS, fortalecendo a rede de saúde e colaborando para a reorientação do modelo assistencial. Tem como um de seus objetivos acompanhar, através de ações de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde, a população adscrita à sua área de abrangência. O fundamental no trabalho da ESF é o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento do trabalho a partir da associação das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas do território às demandas e necessidades em saúde da população (CORBO et al, 2007).

Com este objetivo, busca desenvolver um cuidado integral, baseando-se no conceito ampliado de saúde e de promoção da saúde, no trabalho em equipe e na busca pela qualidade e resolutividade da assistência prestada ao usuário, construindo um novo modelo de atenção à saúde. Demanda, portanto, uma integração efetiva e contínua entre as políticas públicas para que a assistência prestada ocorra de maneira integral e que assegure o direito ao atendimento dos usuários em suas necessidades de saúde. Todo o trabalho previsto para a ESF apresenta vinculação direta com o conceito de intersetorialidade, entendida como a integração contínua desde o planejamento, a execução e a avaliação das ações desenvolvidas entre as instituições e serviços dos diferentes setores.

O desenvolvimento do trabalho na ESF e no setor saúde de um modo geral, considerando as características e os objetivos destes, demanda que os profissionais lancem mão de seu autogoverno, isto é, sua autonomia presente na execução da assistência prestada ao usuário. É no encontro entre trabalhador e usuário que se materializa toda a potencialidade do trabalho em saúde expressa na autonomia que os trabalhadores têm nesse processo. Como se trata de uma relação entre sujeitos em que consumo e produção ocorrem no mesmo momento, tem-se aqui uma importante característica do trabalho em saúde que é o autogoverno, a capacidade permanente que os trabalhadores têm de conduzir o seu trabalho, a liberdade para direcionar e executar as ações de

saúde de acordo com seus valores, concepções de mundo, interesses e objetivos (MERHY, 2002).

Embora exista uma autonomia marcante no trabalho em saúde, é importante considerar também que este, como qualquer outro fenômeno social, não é isento de determinações que o conformam e condicionam, relativizando a autonomia dos profissionais. O trabalho em saúde é conformado pela rede de relações sociais, políticas e culturais presentes na sociedade e por isso não pode ser compreendido isoladamente. Os sujeitos envolvidos nesse processo, gestores, trabalhadores e usuários, são condicionados por esse sistema de relações (LIMA, 2007).

Como uma das determinações que condicionam o trabalho em saúde, destaco o campo da gestão das políticas e programas de saúde, que engloba a política de recursos humanos, as articulações intra e intersetorial e, a existência de condições de trabalho que favoreçam o desenvolvimento de uma assistência qualificada. Vale destacar ainda que a forma e o conteúdo da gestão pública são diretamente relacionados à concepção de Estado que as planeja e executa e que este por sua vez, vincula-se à dinamicidade histórica, aos processos de produção e reprodução da sociedade. Portanto qualquer análise no campo da gestão deve considerar os elementos históricos presentes nesse processo através dos quais os fenômenos sociais são conformados, construídos e reconstruídos.

A partir dessas reflexões é possível afirmar que o trabalho em saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, tanto a postura dos profissionais envolvidos, expressa na autonomia que estes detêm no desenvolvimento do trabalho, como também, o contexto em que se insere, expresso, por exemplo, no campo da gestão. Considero que há uma inter-relação entre o trabalho em saúde e a gestão, em que este último campo responsabiliza-se pelo direcionamento da política ou programa, pelo estabelecimento de metas e diretrizes, pelo fornecimento dos recursos materiais e estruturais dos serviços e das condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho, pela definição da política de recursos humanos e dos mecanismos de integração intersetorial que afetam diretamente o desenvolvimento do trabalho pelas equipes.

Considerando essa inter-relação, bem como as características da ESF, compreendo que a intersetorialidade constitui uma importante diretriz que deve estar presente tanto no desenvolvimento do trabalho pelas equipes, quanto nas atividades de gestão e coordenação. Isto é, a efetivação da intersetorialidade demanda o envolvimento e comprometimento profissional daqueles inseridos diretamente na prestação da assistência, como também da definição de mecanismos e instrumentos no campo da esfera gestora que viabilizem essa integração. Considero que a intersetorialidade apresenta potencial para alcançar os objetivos da ESF e do SUS, contribuindo

para a reorganização do modelo assistencial.

O entendimento que norteia este estudo é o de que a atuação da gestão no que se refere a intersectorialidade pode contribuir sobremaneira para o desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde da família. Estas, para garantir a integralidade e atuar na perspectiva da promoção da saúde, necessitam manter uma relação constante com as instituições de outros setores, como a educação, assistência social, saneamento básico, habitação etc. E é a gestão que tem a possibilidade de superar o imediatismo e a informalidade que tem caracterizado essa relação, conforme aponta o estudo de Papoula (2006), pela definição do direcionamento das políticas e programas, de espaços de negociação e discussão permeáveis ao controle social, e de ferramentas que formalizem e institucionalizem essa integração, garantindo o planejamento, monitoramento e avaliação desta.

Estas reflexões foram fundamentais no processo de construção do objeto do meu estudo. Foi com a convicção de que a intersectorialidade é uma importante diretriz que deve ser incorporada pelos profissionais e gestores a fim de garantir a integralidade e a resolutividade da assistência à saúde que defini como o objeto deste estudo “*A Intersectorialidade na Gestão da Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora/MG*”. Busquei refletir sobre a gestão da Estratégia Saúde da Família no município, em especial a intersectorialidade, buscando identificar e analisar os instrumentos de gestão utilizados para garanti-la e as possíveis articulações intersectoriais presentes na gestão da ESF no município.

A construção desse estudo é fruto da minha trajetória na área da saúde, desde a graduação através da inserção no grupo de pesquisa “Políticas Públicas, Gestão e Cidadania” da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), da realização de estágio em Unidade de Saúde da Família (USF) e, posteriormente à minha inserção no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RESF) da UFJF e no Curso de Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva que resultaram na elaboração da monografia intitulada “Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho?”.

A inserção na RESF e no curso de especialização, me possibilitou a vivência e a reflexão sobre a política de saúde brasileira, em especial no que se refere ao campo da APS e da ESF, contribuindo para que o objeto de estudo começasse a ser delineado. A vivência prática no cotidiano de uma USF articulada aos debates, estudos e reflexões realizadas no curso de especialização permitiu o aprofundamento e amadurecimento das discussões teóricas presentes no campo da saúde e do trabalho em saúde.

A realização da monografia em função da RESF e do curso de especialização constituiu importante caminho para a construção do presente estudo. Esta monografia teve como objetivo analisar a relação entre o acolhimento e a reorganização do processo de trabalho na APS, a partir da pesquisa realizada em uma USF de Juiz de Fora/MG que tem implantado o acolhimento no trabalho da equipe. Os resultados da pesquisa revelaram, entre outros elementos, que: a) o desenvolvimento do trabalho pelas equipes remete ao campo da micropolítica e ao contexto da gestão municipal de saúde; b) o acolhimento, enquanto escuta qualificada e ancorado no conceito ampliado de saúde, implica na realização de uma leitura ampliada das demandas do usuário identificando as suas necessidades de saúde articuladas aos fatores socioeconômicos e culturais que interferem no processo de adoecimento e; c) a atuação nesta perspectiva demanda a articulação com outros setores, pois as necessidades dos usuários comumente extrapolam o setor saúde.

Durante a realização desta pesquisa e também durante minha inserção na RESF, pude observar que, na maioria das vezes, a articulação intersetorial constitui uma ação individual e solitária que fica a cargo da disposição e intencionalidade dos trabalhadores, tanto do setor saúde como dos outros setores. Esta fragilidade da intersetorialidade dificulta uma atuação integral, resolutiva e comprometida com o direito à saúde e evidencia o imbricamento que há entre o campo da micropolítica e o campo da gestão.

Esta inquietação que emergiu nos espaços anteriormente identificados, foi tomando contornos mais precisos quando ingressei no Programa de Mestrado da Faculdade de Serviço Social da UFJF. As discussões teóricas e debates realizados em sala de aula, sobretudo na disciplina “Estado e Gestão Pública” e no estágio de docência que realizei na disciplina “Laboratório de Saúde” foram adensando minhas inquietações e, ao mesmo tempo, trazendo aportes teóricos que fortaleceram meu desejo de refletir sobre a intersetorialidade na gestão da ESF, trazendo à tona elementos como: como a gestão da ESF atua de modo a garantir e viabilizar a intersetorialidade, tanto nas próprias atividades de gestão, quanto no trabalho desenvolvido pelas equipes; que instrumentos são utilizados para materializar a intersetorialidade; como esta é planejada, monitorada e avaliada e; como é a participação de usuários e trabalhadores na construção da intersetorialidade na gestão da ESF.

Buscando aporte nas reflexões de Zancan (2003) e Junqueira (1997) é possível apontar que a intersetorialidade depende de uma integração que parta do campo da gestão, definindo os mecanismos e instrumentos que viabilizem efetivamente a integração dos serviços. Para as autoras a intersetorialidade implica no reconhecimento da perspectiva do direito e da garantia do acesso às

políticas públicas e aos meios necessários para obtenção de melhores condições de vida. Por isso a integração entre os setores é fundamental para que o atendimento prestado ao usuário no campo da saúde seja integral e resolutivo.

A intersectorialidade para Inojosa (2001) demanda a construção de um planejamento e de uma atuação integrados entre diferentes setores que definem objetos de intervenção e metas comuns. Zancan (2003) apresenta algumas ferramentas que podem contribuir para a construção de uma gestão intersectorial. A autora enfatiza a necessidade de construir diagnósticos conjuntos, espaços institucionalizados de discussão e pactuação, definição de agenda de intervenções e de ações de monitoramento e avaliação.

No campo da saúde e em especial da ESF, a incorporação da intersectorialidade na gestão é fundamental conforme se buscou problematizar. A reorientação do modelo assistencial a partir da APS/ESF não pode ser viabilizada sem que haja uma articulação intersectorial que garanta a efetivação da integralidade, da promoção da saúde e da incorporação da determinação social da saúde.

Com estas reflexões e considerando o objeto e objetivos traçados, bem como, a intrínseca relação destes com a dinamicidade histórica, optei pela abordagem qualitativa. Isto é, trata-se de um objeto, de acordo com as definições de Minayo (2010, p.43), inserido no campo da pesquisa social em saúde cuja marca principal é a historicidade, pois trata da vida dos homens em sociedade. Nesse campo, as pesquisas contemplam o conjunto das relações humanas presentes nas estruturas e processos que tratam do fenômeno saúde/doença, envolvendo as instituições políticas, os serviços, os profissionais e, os usuários.

No campo das ciências sociais, os objetos de estudo são históricos e, por isso, essencialmente qualitativos. A sociedade existe em um tempo e espaço determinados com configurações culturais, sociais e econômicas específicas. A realidade é dinâmica e contempla um conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, processos, relações, sujeitos, significados e representações. Pautada nesse entendimento, Minayo (2010) considera que a pesquisa qualitativa se constitui como um importante caminho de análise dos processos sociais.

A abordagem qualitativa pode ser definida, de acordo com Deslandes e Assis (2002, p.198) como um modelo de metodologia que busca uma “representação abstrata dos fenômenos, uma argumentação explicativa incapaz de reproduzi-los, mas que busca representá-los”. Não tem como pretensão a compreensão total e completa sobre a realidade, mas uma aproximação sucessiva desse real.

Do mesmo modo, não se preocupa com generalizações e leis, diferente da abordagem quantitativa. Seu foco é centrado no específico, no peculiar buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004). Envolve a observação e compreensão de situações reais e cotidianas, a partir da busca pelo significado de fatos, relações, práticas e fenômenos sociais, sem a formulação de hipóteses previamente definidas.

A perspectiva qualitativa defende a ideia de que seu objeto é sempre uma representação conceitual. Não se destina à interpretação de fatos, mas a interpretação das interpretações dos sujeitos sobre fatos, práticas e concepções. Tal exercício, por mais sensível que seja nunca abrangerá tudo o que é expresso e oculto nas falas e nas práticas das pessoas. O que os estudos qualitativos produzem é uma interpretação que se assume como tal, não se candidata como a verdade, mas como uma versão científica da realidade. Dialogar as interpretações dos sujeitos á luz da situação social (lógicas culturais, relações institucionais e estruturas sociais) em que se inserem ou são influenciadas.

A pesquisa qualitativa busca compreender a singularidade dos fenômenos, a essência destes e, ancorada na perspectiva marxista pode articular essa singularidade através de suas mediações e particularidades à totalidade universal. Busca encontrar, na singularidade, a compreensão e a relação com o todo; e a interioridade e a exterioridade, bem como a essência e a aparência como constitutivas dos fenômenos. Considera que o fenômeno ou processo social deve ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos próprios sujeitos históricos (MINAYO, 2007).

Os caminhos percorridos nesse estudo serão apresentados através de algumas etapas que não ocorreram de modo sistemático e estanque, pois constituem elementos de um mesmo processo e, portanto são interligadas, enriquecendo o processo de construção da pesquisa.

A construção desse trabalho iniciou-se com a realização de uma pesquisa bibliográfica sobre temas como a ESF na política de saúde brasileira e sua configuração na cidade de Juiz de Fora/MG; a gestão de políticas e programas sociais; a gestão no SUS e na ESF e; a intersetorialidade. A definição de tais temáticas partiu do pressuposto de que as discussões presentes nestes campos conformam um substrato teórico capaz de iluminar o estudo proposto fomentando a investigação e a reflexão sobre o objeto em questão. A realização dessa revisão foi fundamental no processo de delimitação e construção do objeto de estudo, permitindo o seu amadurecimento e o fortalecimento da proposta de estudo. A realização dessa revisão ocorreu durante todo o processo de estudo, desde a elaboração do projeto passando pela análise dos dados

até as conclusões do estudo.

Destaco que o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF sob o parecer número 131.328 em 25 de outubro de 2012 (em anexo).

Os sujeitos da pesquisa constituíram-se nos principais atores envolvidos na ESF no município de Juiz de Fora/MG, um gestor da SMS, dois representantes do CMS (um representante do segmento usuário e outro do segmento profissionais de saúde, definidos por sorteio) e, quatro supervisores locais das USF definidos por sorteio. Destaca-se que, embora estivesse previsto na metodologia da pesquisa, não foi possível realizar entrevista com um dos gestores da SMS devido a dificuldade de agenda do mesmo.

Os sujeitos foram abordados por meio de entrevistas semiestruturadas com a utilização de um roteiro. A opção por esta técnica de pesquisa se justifica pelo fato de que a mesma permite partir de alguns questionamentos básicos e, ao mesmo tempo, possibilita um espaço livre para novas indagações que podem surgir no decorrer do encontro entre pesquisador e entrevistado e que permitem uma melhor compreensão dos fenômenos em questão (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

O roteiro para entrevista semiestruturada de acordo com Minayo (2010) deve conter tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas, funcionando como um guia durante a realização da entrevista. Portanto, deve permitir flexibilidade no decorrer da entrevista e a absorção de novos elementos que sejam pertinentes ao objeto de estudo e relevantes para a análise.

Considerando que os sujeitos da pesquisa possuem especificidades em sua inserção na execução e gestão da ESF, os roteiros de entrevistas elaborados foram diferenciados para cada sujeito. Assim, foi elaborado um roteiro único para os supervisores das USF, um outro específico para o Subsecretário da APS/ESF e para o Secretário Municipal de Saúde e, outro para os representantes do CMS (roteiros em anexo).

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo sua identidade preservada. Os entrevistados foram designados como supervisores locais, conselheiros de saúde e gestores centrais, por considerar que embora todos integrem a estrutura de gestão da ESF, ocupam posições diferenciadas. Com o intuito de demarcar a inserção de cada um desses sujeitos, os mesmos receberam denominações diferenciadas.

Após o trabalho de campo, os dados coletados foram analisados a partir do referencial teórico delineado, considerando todas as mediações e correlações existentes referentes ao objeto de

estudo, bem como a realidade socioeconômica, cultural e dinâmica em que este se insere.

A análise dos dados procurou seguir a proposta operativa de Minayo (2010), definida em três fases. Na primeira delas, realiza-se a *ordenação dos dados* coletados, o que inclui: a transcrição literal das gravações; a releitura do material; a organização dos relatos em determinada ordem, já iniciando o processo de classificação e; a organização dos dados observados também em determinada ordem. Nesse momento subconjuntos de temas podem ir sendo criados, atentando para as homogeneidades e/ ou diferenciações que forem surgindo. Nesta fase, o pesquisador obtém um mapa dos dados coletados e das descobertas do trabalho de campo.

No segundo momento tem-se a *classificação dos dados* composto pela leitura horizontal e exaustiva e pela leitura transversal. No primeiro momento realiza-se uma leitura exaustiva do material, estabelecendo com os mesmos uma postura interrogativa. Provisoriamente, toda a atenção do pesquisador deve-se voltar para a leitura desse material. Deve-se ir anotando as primeiras reflexões e observações, iniciando o processo de interpretação e análise dos dados. Todo o material transcrito deve ser cuidadosamente analisado, frases, palavras, adjetivos, concatenação de ideias, gestos, silêncios. A partir dessa leitura cuidadosa, o pesquisador já pode ir iniciando o processo de categorização.

Após a leitura horizontal, inicia-se a leitura transversal dos subconjuntos criados e do conjunto em sua totalidade. O pesquisador realiza o processo classificatório, separando e agrupando temas, categorias, unidades de sentido, colocando as partes semelhantes juntas e buscando as conexões entre elas. Terminada a primeira classificação, parte-se para o enxugamento dessas classificações, agrupando tudo em unidades menores de sentido e buscando compreender e interpretar o que foi exposto como mais relevante para o objeto de estudo.

Na terceira etapa proposta por Minayo (2010) parte-se para a *análise final*. Esse é um momento caracterizado por um movimento circular que vai do empírico ao teórico e vice-versa, a partir de uma profunda inflexão tanto nos dados empíricos, quanto no material teórico. Nessa fase, o pesquisador sistematiza os dados da pesquisa concatenados ao objeto e objetivos do estudo. Destaca-se que esse processo de análise e interpretação dos dados deve ocorrer em todos os momentos da pesquisa, não representando um ponto de chegada, pois o conhecimento não se esgota e, as etapas de uma pesquisa são dinâmicas e integradas.

É importante destacar ainda que esse movimento circular, entre a teoria e a prática, parte de uma pergunta e termina com uma resposta que origina novas indagações, evidenciando o fato de que o processo de conhecimento é contínuo e que a realidade não se esgota, conforme foi discutido.

Portanto, considera-se que, sendo a realidade dinâmica e o objeto investigado um produto histórico, todos os dados obtidos e as conclusões alcançadas nesta pesquisa são parciais e passíveis de mudanças (MINAYO, 2007).

Todo o percurso metodológico desta pesquisa partiu do pressuposto de que tudo deve ser tratado como fenômeno social e historicamente condicionado: o objeto de estudo, os sujeitos entrevistados, a metodologia e as técnicas utilizadas e, os processos de interpretação e análise dos dados. Com estas considerações buscou-se desenvolver esta pesquisa considerando a dinamicidade histórica presente nas relações e processos abordados, interpretados e analisados.

A apresentação desse estudo foi organizada em três capítulos. No primeiro capítulo discute-se sobre a ESF e a busca pela construção de um novo modelo assistencial em saúde pautado na integralidade da atenção. Discute-se sobre o surgimento da ESF, seus avanços e desafios no cenário da política de saúde brasileira. Em seguida problematiza-se a ESF na realidade do município de Juiz de Fora/MG.

No segundo capítulo discute-se sobre a gestão de políticas e programas sociais na perspectiva da democracia e da utilização de instrumentos que garantam uma gestão efetiva e voltada para a garantia de direitos; a gestão no âmbito do SUS e da ESF e; a intersetorialidade na gestão da ESF. No terceiro capítulo apresenta-se a análise dos dados, problematizando-os a luz do referencial teórico utilizado. Destaca-se a intersetorialidade nas atividades de gestão da ESF e nas USF e, as dificuldades encontradas na sua materialização.

Espero que este estudo contribua com a reflexão e aprofundamento das discussões teóricas e práticas em torno da ESF, da intersetorialidade e, da inter-relação entre o trabalho em saúde e a gestão. Considerando que a finalidade do conhecimento pautado na perspectiva do materialismo histórico-dialético, é a intervenção na realidade (SOUZA FILHO, 2002), espero ainda que esse estudo colabore para o desenvolvimento e aprimoramento da ESF no município de Juiz de Fora/MG que constitui o cenário deste estudo e, da política de saúde brasileira de um modo geral.

CAPÍTULO 1

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL?

1.1 A Estratégia de Saúde da Família na política de saúde brasileira

A emergência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na década de 1990 juntamente com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) representou a busca pela construção de um novo modelo assistencial de saúde pautado no conceito ampliado de saúde e na integralidade da atenção. Teve por objetivo construir uma efetiva rede de atenção à saúde em que houvesse a articulação entre as diferentes instituições de saúde, a intersetorialidade e, a continuidade da atenção prestada ao usuário, facilitando o fluxo deste pelo Sistema. Vislumbrou-se assim, a possibilidade de construir um modelo de atenção centrado no usuário e organizado de modo a prestar uma assistência qualificada e resolutiva.

A ideia de modelos de atenção refere-se ao modo como são organizadas em um dado espaço e tempo, as ações de atenção à saúde. O modelo revela a forma de organização e articulação dos meios de trabalho (saberes e instrumentos) e dos diferentes recursos existentes (físicos, tecnológicos ou humanos) para solucionar as demandas em saúde de uma coletividade. É a expressão de lógicas que orientam as ações e por isso possui uma racionalidade. Modelos assistenciais se relacionam ao contexto socioeconômico, possuem uma dimensão ética e política e evidenciam determinado modo de conceber a saúde (PAIM, 2001; SILVA JUNIOR e ALVES, 2007).

Os modelos assistenciais não devem ser concebidos como receitas, exemplos ou padrões a serem seguidos. Devem ser compreendidos em sua historicidade e nos valores, saberes e lógicas que definem a sua organização. Para Paim (2001), os modelos que prezam pela integralidade e pela resolutividade da assistência devem considerar a identificação e a análise dos problemas de saúde da população, centrando a atenção no usuário e superando perspectivas racionalizadoras. A emergência da ESF e do SUS representaram justamente a busca por esse novo modelo focado na integralidade da atenção, embora a Estratégia seja comumente problematizada como um programa com baixos custos e perspectivas focalizadas, conforme discutem Franco e Merhy (2003) e Soares (2005), cujas ponderações serão retomadas posteriormente.

Ao longo da história das políticas de saúde brasileira, existiram diversos modelos de atenção. Anteriormente ao SUS, o modelo hegemônico denominado “médico assistencial privatista” caracterizava-se pela prestação de uma assistência curativa, individualizada e especializada; no ambiente ambulatorial e hospitalar; na figura do médico e; no uso de equipamentos e procedimentos com elevados custos. Em consequência esse modelo médico hegemônico apresentava alto custo e não garantia acesso a toda a população brasileira. Articulado à Previdência e ao setor privado contemplava nas ações e serviços de saúde apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. As ações de saúde pública eram desenvolvidas de forma limitada e incipiente pelo Ministério da Saúde (MS) (BRAVO, 2006).

O alto custo e a ineficácia desse modelo suscitaram no Brasil a partir da década de 1970, além da influência dos debates em âmbito internacional sobre modelos de assistência, a reflexão sobre a organização dos serviços de saúde, evidenciando as principais dificuldades e a necessidade de reformular a assistência prestada (SILVA JUNIOR e ALVES, 2007).

Imbuídos de ideais emancipatórios e buscando um modelo de atenção à saúde pautado em valores como a democracia, a cidadania e a justiça social, o Movimento da Reforma Sanitária (integrado por intelectuais, sanitaristas, profissionais da saúde e usuários) fundamentou a crítica ao modelo predominante até então e lançou as bases para a nova política de saúde. Um marco importante desse processo foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que reuniu um grande número de participantes, mobilizando a sociedade em torno de um amplo debate sobre a saúde (PAIM, 2001).

A emergência do SUS na Constituição Federal de 1988 (CF.88) representou então, a busca pela ruptura com o modelo médico hegemônico predominante na organização da política de saúde brasileira. A partir do SUS, a saúde passou a ser concebida como direito de todos e como dever do Estado, ao mesmo tempo em que se ampliou o próprio entendimento do processo saúde-doença. A saúde passou a ser vinculada a qualidade de vida considerando os diferentes fatores sociais, culturais e econômicos que interferem no adoecimento de indivíduos e coletividades (BRASIL, 1988).

Novos ideais e objetivos passaram a ser impressos à política de saúde. Com o objetivo de detalhar e regulamentar esses valores e objetivos, na década de 1990 foram implementadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080 e 8.142 que representam importantes instrumentos legais na regulamentação do SUS. Dispõem sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde e sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema, respectivamente. Estabelecem os

princípios e diretrizes que imprimem valores e regem o funcionamento do SUS.

Dentre estes princípios e diretrizes destaca-se a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular. A universalidade representa o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção por toda a população; a integralidade expressa a articulação de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde; a descentralização político-administrativa estabelece a direção única em cada esfera de governo, com foco na regionalização e hierarquização dos serviços, bem como na descentralização destes para os municípios; por fim a participação da comunidade expressa o direito de usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores participarem conjuntamente da gestão do Sistema através dos Conselhos e Conferências de Saúde entendidos como instâncias colegiadas presentes em todas as esferas de governo.

Nesse novo modelo de atenção a saúde, está prevista, através da descentralização, a construção de uma rede de serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, cujos pontos devem estar interligados e ter como foco a Atenção Primária à Saúde (APS). Este entendimento foi sendo construído ao longo do desenvolvimento do SUS, a partir da consideração de que a APS funciona como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde e, portanto o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com as ações e serviços de saúde.

Localiza-se no território da população atendida e presta uma atenção continuada e integrada aos demais níveis de atenção do Sistema, com ênfase nas ações preventivas e de educação em saúde, sem desconsiderar as ações curativas e de reabilitação. Essa concepção de APS que influenciou e vem influenciando a construção da política de saúde brasileira, apresenta uma evolução histórica que tem como marco importante a realização da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata (antiga União Soviética)¹ em 1978. Nessa Conferência a APS foi apontada como estratégia necessária para a melhoria das condições de saúde da população (CORBO, et al, 2007).

Foi a partir destas considerações e com o objetivo de consolidar o modelo de atenção à saúde a partir da APS, que em 1994 o MS lançou a ESF, denominada na época como Programa de Saúde da Família (PSF). Em seu primeiro documento oficial o PSF foi apresentado como um programa a ser implantado por meio de convênio entre o MS, estados e municípios, com o objetivo de reorganizar o SUS e fortalecer a municipalização. A proposta do Programa incorporou os

¹ A Conferência foi promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef). De acordo com o relatório da Conferência a APS é entendida como assistência sanitária ao alcance de todos com a plena participação da comunidade, e a um custo que o país é capaz de suportar. Funciona como núcleo central do sistema de saúde e faz parte do desenvolvimento social e econômico da comunidade (OMS, 1978 *apud* ANDRADE et al, 2006).

princípios básicos do Sistema – universalização, descentralização, participação e integralidade - exigindo dos municípios contrapartidas como a existência de Conselho e Fundo Municipal de Saúde. A proposta do Programa é desenvolver ações de saúde a partir de uma equipe de saúde que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área (MONNERAT, et al, 2007).

A equipe de saúde da família em seu formato básico é composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes podem ainda ser acrescidas de outros profissionais a critério do município, como por exemplo, assistentes sociais e odontólogos. Cada equipe é responsável pela população de um determinado território com abrangência de seiscentas a mil famílias. Estas famílias são cadastradas e inscritas à equipe, o que facilita a construção de vínculos entre a população referenciada e os profissionais que tornam-se responsáveis pelo cuidado sanitário do território e da população adscrita. Por isso a noção de território é fundamental para o Programa, pois a partir dele que se constroem os diagnósticos, os perfis epidemiológicos, as características sociais e culturais que permitem o estabelecimento de metas e o planejamento de ações, bem como a identificação das demandas e necessidades em saúde.

Para Monnerat et al (2007), o PSF apresenta uma visão ampliada do processo saúde-doença, ultrapassando as visões biologistas e curativas historicamente predominantes na assistência à saúde, passando a ter na família, na comunidade e no território o centro da atenção à saúde. O programa rompe com o modelo tradicional ao não aguardar a demanda chegar até a Unidade de Saúde, agindo preventivamente, identificando as necessidades em saúde e organizando a demanda a partir do território. Desse modo a demanda é reorganizada, e o foco da atenção sai da doença para contemplar a saúde em seu conceito ampliado.

Com este foco, o trabalho das equipes de saúde da família tem como uma de suas diretrizes operacionais a lógica da vigilância em saúde que representa a compreensão do processo saúde-doença em sua localização sócio-político-geográfica. Essa lógica permite a compreensão das demandas articuladas ao território e, conseqüentemente, permite um planejamento adequado das intervenções que se voltam tanto para os indivíduos, quanto para as famílias e a comunidade. Por isso o trabalho das equipes deve partir sempre do mapeamento do território e cadastramento da população a ser atendida a fim de identificar as principais características sociais, econômicas, culturais, sanitárias e epidemiológicas da região (CORBO, et. al. 2007).

Na composição da equipe mínima é importante ressaltar o papel apresentado pelo ACS

para alcançar os objetivos da ESF. Representa um elemento novo na conformação das equipes de saúde, pois além de profissional da USF é também morador da comunidade atendida. Representa um elo entre a equipe e a população do território, articulando o saber científico e o saber popular. Desenvolve um trabalho essencialmente de educação em saúde desenvolvido de forma externa à Unidade, nos domicílios das famílias sob sua responsabilidade. Tem, portanto as importantes funções de facilitar o acesso divulgando ações e serviços da Unidade, estreitar vínculos da população com a equipe, levantar demandas em saúde e, desenvolver um trabalho de prevenção e promoção da saúde. Todas essas questões apresentadas são definidas como atribuições específicas do ACS pela PNAB (2011).

Na medida em que o ACS atua como elemento integrador entre a comunidade e o serviço de saúde torna-se fundamental refletir sobre o seu papel na equipe e na mudança do modelo de atenção.

Silva et al (2005, p. 79) realizam uma importante reflexão sobre o papel do ACS. Para os autores o fato desse profissional residir na mesma comunidade em que trabalha permite o desenvolvimento de uma integração muito forte entre a comunidade e a equipe de saúde. Ao vivenciar a realidade da comunidade em que trabalha consegue fazer uma leitura ampla desta e levar até a equipe as questões percebidas. Ao estar próximo à comunidade permite construir vínculos e processos de co-responsabilização em que todos se responsabilizam pelo cuidado em saúde. Afirmam os autores que “o vínculo através do agente comunitário é também um elemento que possibilita a permeabilidade do espaço institucional à experiência do cuidado como prática do cotidiano”. Evidencia-se assim a busca pela reorganização do trabalho em saúde, centrando-o em novas práticas efetivamente produtoras do cuidado.

Os autores apontam que a função do ACS é dupla, pois busca tanto traduzir para a equipe de saúde a realidade da comunidade, quanto traduz para esta os serviços e o funcionamento da USF. Por isso a perspectiva da interdisciplinaridade é fundamental no trabalho da ESF. Somente a partir de uma efetiva integração da equipe com horizontalização das relações é que torna-se possível ao ACS funcionar como elemento de ligação. A partir da confiança e da troca de saberes é que os ACS podem, nas palavras dos autores, funcionar não só como um “elo”, mas como um “laço” que além de ligar, gera mudanças de atitudes nas relações entre a comunidade e o serviço de saúde.

A partir desta discussão é possível apontar a importância que o ACS assume junto aos demais membros das equipes de saúde da família na mudança do modelo assistencial. Ao assumir a função de “laço” entre a comunidade e a equipe contribui para a construção de uma nova cultura, de

um modo novo de olhar e compreender os serviços de saúde.

Do mesmo modo, o trabalho do ACS pode contribuir também na perspectiva de estimular a participação popular no planejamento e avaliação dos serviços ofertados. Permite assim, um envolvimento da comunidade na construção do Sistema de Saúde, podendo favorecer até mesmo que a comunidade avance no exercício da cidadania e do controle social.

Para que assuma toda essa responsabilidade é fundamental a valorização desse profissional e a sua inserção em processos de formação e capacitação que permitam a aquisição de habilidades e conhecimentos pertinentes às suas atribuições. Com estas preocupações, Morosini et al (2007) discutem a importância da regulamentação e da formação profissional dos ACS. Destacam a lei 10507 que teve o papel de reconhecer os ACS como categoria profissional e incentivar o processo de formação desses trabalhadores, determinando a realização de cursos preparatórios. Os autores apontam para a necessidade de um processo constante de discussão sobre a qualificação dos ACS compatível com a complexidade dos problemas de saúde da população.

De fato, a formação e a educação permanente devem fazer parte da ESF para que essa possa alcançar os objetivos que lhe postos pelo MS, o que inclui tanto os ACS como os demais membros da equipe.

Ainda sobre a conformação da equipe mínima na ESF vale destacar as ponderações tecidas por Teixeira e Nunes (2007, p.130). Para as autoras, a composição da equipe mínima deve ser repensada agregando novos profissionais que deem conta de incorporar os determinantes sociais e culturais presentes no processo de adoecimento. Argumentam que a conformação da equipe mínima por mais capacitada que seja, pode não ser suficiente para dar conta de todos esses determinantes e responder as demandas que se apresentam.

O critério de definição do Ministério da Saúde sobre uma equipe básica para a implantação do PSF é equivocado, pretende-se realmente que ele seja a porta de entrada resolutiva para as complexas questões de saúde no país. Portanto, a oferta não deve ser (...) uma equipe ampliada, em que devem configurar outros profissionais, outros saberes.

Completam que o trabalho em equipe coloca-se como um ferramenta importante para contribuir no avanço da atenção prestada, sendo necessário para isso a incorporação de novos profissionais diversificando a equipe e permitindo trocas mais amplas de saberes, conhecimentos e intervenções. A ampliação da equipe incorporando profissionais da área social, por exemplo, poderia contribuir para uma maior resolutividade e qualificação da assistência.

Entretanto, o que se percebe é que prevalece a conformação da equipe mínima sendo acrescida em alguns casos do odontólogo e em menor escala, dos assistentes sociais. Embora essa equipe mínima apresente algumas limitações, deve-se considerar o seu potencial para atuar na perspectiva da integralidade, do território e da família.

Embora tenha sido oficialmente implantando em 1994, é possível apontar que experiências anteriores similares ao PSF contribuíram e estimularam o desenvolvimento do formato que o Programa adquiriu e assume na atualidade, como o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (RS), organizado a partir de 1983, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará nos anos de 1987 a 1990 e, o Programa de Médicos de Família da Fundação Municipal de Saúde, em Niterói (RJ) implantando em 1992. (CORBO et al, 2007; FROTA, 2008).

A experiência de Porto Alegre organizou na década de 1980 o Serviço de Medicina de Família a partir da criação de residências em medicina geral e comunitária. Contando com uma equipe multidisciplinar as ações desenvolvidas incluíam consultas agendadas, visitas domiciliares, grupos de autoajuda e mobilização comunitária. Os eixos estruturantes da experiência eram a medicina geral, a APS, as noções de cuidados primários e a participação da comunidade. Destaca-se que a iniciativa desenvolveu-se em um ambiente hospitalar e pautava-se no conceito ampliado de saúde, constituindo uma experiência inovadora tanto pelas práticas desenvolvidas quanto pelo espaço em que estas ocorriam.

O PACS foi outra experiência exitosa que contribuiu para que posteriormente o PSF fosse lançado pelo governo. A implantação do PACS começou pelos estados da região nordeste com ações de educação em saúde voltadas para a área materno-infantil. A primeira experiência em ampla escala ocorreu no estado do Ceará entre os anos de 1987 e 1990 cujos resultados positivos impulsionaram a implantação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991. Nesse período diversas experiências do PACS estavam em andamento, como as ações nos estados da região norte, onde os ACS assumiram importante papel no controle e na prevenção da cólera.

Nesse mesmo período, em 1992, é lançado em Niterói o Programa Médico de Família que foi inspirado no modelo cubano de medicina familiar e adaptado à realidade brasileira considerando os princípios e diretrizes do SUS. O trabalho é organizado tendo como foco a atenção à família nas Unidades de Saúde e no domicílio. A equipe é composta por um médico generalista e um auxiliar de enfermagem da própria comunidade, incluindo ainda outros profissionais que realizam

supervisão nas áreas médica, saúde mental, epidemiologia, enfermagem e serviço social. Estes supervisores realizam interconsultas, educação continuada da equipe e operacionalizam a referência e contra-referência dos usuários. Embora não conte com a figura do ACS, essa iniciativa se aproxima bastante do desenho do PSF e por ter sido bem sucedida influenciou a adoção do Programa como estratégia prioritária para a APS pelo MS.

O rompimento com o isolamento e a focalização destas experiências ocorreu com a implantação do PNACS e posteriormente do PSF, legitimando também o papel e as atividades desenvolvidas pelos ACS. Para Corbo et al (2007), os resultados positivos do PACS e a necessidade demonstrada de incorporar novos profissionais tornaram o Programa uma experiência transitória para o PSF, que é hoje é considerado não só como um programa, mas como uma estratégia para o fortalecimento da APS.

Para Giovanella e Mendonça (2008) estas experiências iniciais do PSF, embora tenham apresentado resultados positivos, demonstram características de programas focalizados e direcionados a áreas de risco social. As iniciativas apresentavam caráter emergencial e direcionavam-se para áreas em que havia dificuldade na interiorização da assistência médica. O PACS contava com atuação de leigos sem formação prévia na área da saúde correspondendo assim, ao que as autoras denominam de atenção primária à saúde seletiva². Por isso argumentam que inicialmente o PSF apresentou um caráter restrito de APS.

Nos anos posteriores a sua implantação o PSF foi assumindo um caráter mais abrangente até se consolidar em 1997 como uma estratégia efetiva do MS, passando a ser denominado como “Estratégia de Saúde da Família” (ESF). A nova denominação buscou romper com a concepção de um programa transitório com objetivos, metas e tempo determinado, para ser compreendido como a estratégia necessária para a reorganização do modelo de atenção à saúde. Por suas características de trabalho, o MS passou a considerar que a Saúde da Família teria potencial para fortalecer a APS e coloca-la como centro ordenador de toda a rede de saúde.

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito

² As autoras definem APS seletiva como um modelo assistencial restrito que não constitui estratégia de reorganização do sistema. Compreende alguns programas com objetivos focalizados para atender a determinadas necessidades pontuais de grupos em situação de extrema pobreza, com poucos recursos e acesso limitado aos demais níveis de atenção.

de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

Ao fazer a defesa do PSF como estratégia, o MS buscou romper com visões reducionistas que concebem a Saúde da Família como um programa pobre voltado para os pobres e com baixos custos e tecnologias. Para o MS, o Programa deveria ser reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos das relações, dos saberes e do desenvolvimento de práticas e habilidades que gerem mudanças de atitudes e concepções. Pauta-se na interdisciplinaridade, na integralidade e na perspectiva da família contribuindo ainda para romper com a centralidade do grupo materno-infantil nos modelos tradicionais de atenção à saúde.

Ao ter como foco o trabalho em equipe, a integralidade da atenção e a família, a ESF passa a assumir também a perspectiva da intersetorialidade. Para que a Estratégia possa cumprir seu papel necessariamente deve ocorrer uma profunda articulação com os outros setores das políticas públicas. O usuário da ESF só pode ser atendido em sua integralidade, se existirem mecanismos que garantam o seu acesso de maneira coordenada e integrada, aos outros serviços que respondam as suas demandas e necessidades. A qualidade desse acesso vai depender da articulação entre a ESF e os demais serviços tanto no plano da prestação direta da assistência/ desenvolvimento do trabalho pelas equipes, quanto no plano da gestão e coordenação dos programas e serviços, esfera em que são tomadas as decisões e definidas as diretrizes destes.

O primeiro plano refere-se à abertura dos profissionais que encontram-se na ponta dos serviços, ao diálogo e a comunicação com os outros serviços, buscando garantir a resolutividade e a integralidade da assistência prestada ao usuário. O segundo plano refere-se à construção de mecanismos e instrumentos institucionais que garantam essa integração, e também à própria atividade da gestão em si que deve buscar se articular com a gestão dos outros serviços das demais políticas.

Resumindo, a ESF tem como principais objetivos a prestação de uma assistência integral e contínua na Unidade de Saúde e no domicílio, a humanização das práticas através do estabelecimento de vínculos, a democratização do conhecimento a cerca do processo saúde-doença e da organização dos serviços e, o reconhecimento da saúde e do controle social como direitos de cidadania. E como diretrizes das práticas de trabalho para reorganização da atenção, a integração da rede, o trabalho em equipe, a educação continuada da equipe, a avaliação e monitoramento das ações, o controle social, a realização de diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento e a programação local e, a intersetorialidade (BRASIL, 1997).

A Saúde da Família segue sendo a estratégia prioritária do MS para organização da APS e para a efetivação de um modelo assistencial integral. Em 2006 é lançado, pela portaria 399/ GM, o Pacto pela Saúde na perspectiva de superar as dificuldades enfrentadas pelo SUS. Pauta-se em um pacto realizado entre os gestores do Sistema com base nos princípios constitucionais da política de saúde brasileira e com ênfase nas necessidades em saúde. Prevê o estabelecimento de metas, prioridades e ações a serem desenvolvidas pelas três esferas de governo nos três componentes que compõem o Pacto: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas que visam reforçar o SUS como política de Estado fortalecendo seus princípios e diretrizes. Prevê também a articulação e mobilização do controle social, destacando o financiamento como elemento central para o alcance dos objetivos. O Pacto de Gestão define as responsabilidades de cada esfera de gestão e aponta para a gestão solidária e compartilhada do SUS com foco no controle social e na descentralização.

O Pacto pela Vida estabelece um conjunto de compromissos sanitários derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas nas três esferas de governo. Para o ano de 2006 foram definidas áreas estratégicas e prioritárias, a saber, a saúde do idoso, a saúde materno-infantil, a promoção da saúde, o combate a doenças endêmicas e emergentes como a dengue, a hanseníase, a malária, a tuberculose e a influenza e, por fim a Atenção Básica (AB)³. Nesta última área o Pacto apontou para a qualificação da ESF como modelo prioritário de organização da AB e como centro integrador das redes de atenção a saúde do SUS.

Como objetivos específicos do fortalecimento da APS, o Pacto definiu a qualificação dos recursos humanos por meio da educação permanente e da oferta de cursos de residência e especialização em saúde da família; a ampliação da Estratégia nos grandes centros urbanos e sua consolidação nos municípios de pequeno e médio porte; a garantia de infraestrutura necessária para o funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF); a garantia do financiamento da APS; a implantação do processo de monitoramento e avaliação da APS nas três esferas de governo.

Com a definição destes objetivos percebe-se que a ESF vem ganhando destaque nas discussões no âmbito da APS e ao mesmo tempo, vem sendo apontada como o caminho necessário para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. O pacto aponta não só para a definição da ESF como estratégia prioritária para organização da APS, mas também para as condições necessárias para que assuma esta função, como a infraestrutura das USF e o financiamento, por exemplo.

Vale destacar que a identificação da ESF como centro coordenador da rede de saúde requer

³ Na Política Nacional de Atenção Básica de 2011, o MS considera os termos AB e APS como conceitos equivalentes. Associa a ambos os termos os princípios e diretrizes definidos na PNAB (BRASIL, 2011).

que toda essa rede partilhe do mesmo entendimento, dos mesmos valores e objetivos e que a gestão seja construída de modo a favorecer a comunicação entre as instituições e o “caminhar” do usuário pela rede.

No mesmo ano, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Básica, destacando mais uma vez a ESF como modelo organizacional da APS. A política foi reeditada em 2011 pela portaria MS/GM nº 2.488 estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da APS e da ESF. A portaria enfatiza que

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais (BRASIL, 2011).

A portaria também define a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população, a partir da APS/ESF. As RAS constituem ações e serviços de saúde organizados de forma integrada e contínua tendo por base a concepção da APS como porta de entrada preferencial do sistema, cobrindo toda a população e articulando e coordenando toda a rede de atenção à saúde. A APS deve garantir que a atenção prestada ao usuário se complete, quando necessário, nos demais serviços da rede regionalizada e hierarquizada de saúde. As RAS reforçam a ideia de que a responsabilidade pela atenção à saúde é de toda a rede, conforme orienta Cecílio (1997). Além disso, enfatizam a integração que deve haver entre a ESF e os demais serviços da rede de saúde, revelando a compreensão de que os objetivos da Estratégia só serão alcançados se houver uma mobilização de toda a rede. Do mesmo modo, a PNAB orienta também a promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais pela ESF buscando parcerias e integrando setores afins voltados para a promoção da saúde sob a coordenação municipal.

Fica evidente a responsabilidade que a ESF assume no fortalecimento da APS e no cumprimento dos objetivos impostos a esta pelo MS. Em especial, a articulação e coordenação da rede de saúde que passa a ter como centro a APS, buscando romper com o modelo piramidal de organização dos serviços de saúde.

Este modelo piramidal ainda hegemônico é caracterizado por um conjunto de instituições de saúde isoladas e com pouca comunicação, resultando em falhas na continuidade da atenção e na responsabilização por uma população determinada. A rede de serviços de saúde se configura como

uma pirâmide onde as instituições de saúde se organizam e se situam nesta por níveis hierárquicos de complexidade crescente (MENDES, 2002).

Toda a política do MS volta-se então para romper com essa fragmentação e construir de fato uma rede integrada de serviços de saúde, que tem como centro organizador a APS e como estratégia de organização dos serviços no nível primário a ESF. Desde 1994 a ESF vem se ampliando e sua evolução pode ser dividida, tendo por base as sistematizações de Heimann e Mendonça (2005), em quatro fases baseadas na cobertura populacional e no crescimento do número de equipes.

Na fase de emergência do Programa nos anos de 1994 e 1995 a cobertura populacional pouco evoluiu concentrando-se em áreas emergenciais de municípios de pequeno porte das regiões Norte e Nordeste, conforme já foi apresentado.

Na fase de fusão entre PACS e PSF (1995 a 1997), este último foi destacado como prioridade no âmbito da atenção básica pelo MS passando a ser designado ESF. A cobertura do PACS e ESF se ampliou então, expandindo para a região Centro-oeste.

A fase de expansão entre 1998 e 2002 é marcada pela criação do “Manual para Organização da Atenção Básica” pelo MS, ampliando responsabilidades, ações e objetivos que deveriam ser alcançados. A cobertura populacional cresceu de 9% a 28,6% expandindo para as regiões Sudeste e Sul.

A fase de consolidação e expansão planejada se apoiou no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) com vigência de sete anos a partir de 2003. Tal proposta vinculou um financiamento internacional do Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) a um financiamento federal. O PROESF apresentou três focos: apoio à implantação da ESF nos municípios com mais de 100.000 habitantes, devido a baixa cobertura nessas localidades; adoção de mecanismos de acompanhamento e de avaliação da atenção básica; desenvolvimento de recursos humanos com capacitação de profissionais para o fortalecimento da ESF.

O PROESF foi planejado para ser desenvolvido em três fases consecutivas, estabelecendo o cumprimento de metas e indicadores. Cada uma delas é negociada separadamente entre o Governo Brasileiro e o BIRD. O período de implantação foi previsto para os anos de 2003 a 2009. No entanto, a primeira fase sofreu prorrogação e seu término ocorreu em 2007, o que gerou mudanças no planejamento do tempo previsto. Atualmente o PROESF encontra-se na fase 2, tendo iniciado em 2010 e com previsão de término para 2013 (BRASIL, 2012).

Tendo por base os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) o MS divulga através do Departamento de Atenção Básica (DAB) os números da ESF no país. Os dados mais recentes são de agosto de 2011 e apontam a existência de 32 mil equipes implantadas no país presentes em 5284 municípios. A população abrangida pelo ESF é de 101,3 milhões de habitantes o que representa uma cobertura de 53,1% da população (BRASIL, 2012).

A partir dos dados apresentados pode-se perceber que houve um avanço na implantação da ESF no país. No entanto, considerando que a Saúde da Família tem se colocado como estratégia prioritária no âmbito da APS, é possível apontar que a Estratégia ainda precisa avançar mais, aumentando a cobertura e garantindo que as ações desenvolvidas tenham impacto positivo na saúde da população.

Chama atenção o fato de que, embora a ESF venha se expandindo e consolidando, este processo vem ocorrendo de modo heterogêneo com enorme diversidade entre as regiões brasileiras. Os municípios que apresentam maior cobertura são os de pequeno porte com até cinco mil habitantes. Em agosto de 2011 estes contavam com uma cobertura de cerca de 90%, enquanto os municípios com mais de quinhentos mil habitantes apresentaram cobertura de cerca de 30%. A cobertura da ESF mostra-se inversamente proporcional ao porte populacional. Quanto maior o número de habitantes do município, menor tem sido a cobertura da Estratégia (BRASIL, 2012).

Refletindo sobre tais disparidades Monnerat et al (2007) apontam que a realidade brasileira é marcada por profunda desigualdade social e econômica entre suas regiões e municípios com diferenças no porte populacional e na capacidade de oferta de serviços de saúde. Tais diferenças impactam a definição da política no nível local. Para as autoras os municípios de pequeno porte apresentam déficit de serviços básicos de saúde impulsionando a implantação da ESF. Ao mesmo tempo, a inexistência de uma economia dinâmica somada à baixa capacidade de arrecadação gera uma dependência do repasse de recursos federais, levando estes municípios a aderirem aos programas e estratégias do governo federal.

Em relação aos grandes centros urbanos, estes enfrentam uma série de desafios à implantação da ESF, começando pelo fato de que estes normalmente apresentam uma oferta mais estruturada de serviços de saúde. Acresce-se ainda a existência de um expressivo contingente populacional com elevado índice de pobreza urbana tornando mais complexas as demandas postas à saúde. Todas essas disparidades intra e inter regionais acabam favorecendo a proliferação de diferentes formatos de Saúde da Família no país de acordo com a realidade local.

Face a essas desigualdades na extensão e cobertura da ESF, Soares (2005, p.2) discute que o alto grau de normatização da Estratégia desconsidera essa enorme diversidade dos municípios brasileiros. Para a autora muitas cidades ainda não dispõem de uma rede regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal a todos os níveis de atenção, limitando o atendimento da ESF a uma “simples porta de entrada sem resolutividade e sem porta de saída”. Destaca que há um estrangulamento dos encaminhamentos feitos pelas equipes para os demais níveis de atenção do sistema, não garantindo a continuidade e a eficácia da atenção. Analisando a ESF a autora pontua uma série de críticas considerando que esta é uma das

novas propostas [que] nada mais são do que uma recauchutagem de velhas ideias e estratégias já superadas no passado, como a assistência primária e saúde comunitária utilizando agentes da própria comunidade, todas elas criticadas por serem consideradas alternativas pobres – com poucos recursos e baixa tecnologia – utilizadas para os pobres.

Para a autora a ESF representa um programa totalmente vertical e normatizado no nível central que vem sendo imposto de cima para baixo e bancado pelos repasses de verbas. Com isso acaba ocorrendo uma obrigatoriedade na adoção do Programa pelos municípios que ficam dependentes das verbas do governo federal. Assiste-se a um processo de descentralização tutelada, em que os serviços e responsabilidades são descentralizados para os municípios, mas estes ficam tutelados e dependentes do governo federal que condiciona o repasse de verbas à implantação de determinados programas.

Outras ponderações também são apresentadas pela autora no que se refere ao heterogêneo quadro epidemiológico brasileiro que demanda ações em todos os níveis de atenção; as dificuldades que muitas prefeituras têm em contratar as equipes garantindo concurso público e condições de trabalho estáveis; a precarização do trabalho e a falta de qualificação profissional da figura dos ACS.

De modo semelhante Franco e Merhy (2003) apontam que a ESF apresenta algumas contradições que contribuem para que seja concebida como uma simplificação da APS. Os autores argumentam que a Estratégia apresenta similaridades com experiências anteriormente preconizadas, como a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde. Sinalizam que todas essas iniciativas apontam para a racionalização dos gastos e representam uma cesta básica de serviços focalizados na população empobrecida.

Em que pese todas essas ponderações atinentes a Estratégia, esta não deve ser reduzida a um simples programa racionalizador, visto que ao trabalhar com as noções de território, vínculo,

trabalho em equipe, prevenção, educação em saúde e, intersetorialidade apresenta potencial para reorganizar o modelo de atenção. Busca romper com o modelo historicamente construído de atenção à saúde pautado na atenção especializada e hospitalar. Volta-se para a atenção ao indivíduo em sua integralidade.

Além disso, para Monnerat et al (2007) a ESF tem contribuído para a reorganização e reestruturação do sistema público de saúde, ao impulsionar a formação dos sistemas locais de saúde; favorecer a formação de Conselhos e Fundos de Saúde em função da exigência dos pré-requisitos; estimular a municipalização; redefinir critérios de pagamento e de gestão; impulsionar novas práticas assistenciais e novas parcerias com a sociedade.

Todo esse debate em torno da ESF deve ser analisado a luz do contexto de sua emergência, o que acabou por imprimir um caráter híbrido à Estratégia. Apresenta um potencial transformador das práticas de saúde, mas ao mesmo tempo é assimilado como um programa focalizado, pontual e com custos reduzidos, podendo ser utilizado como estratégia de contenção de gastos⁴. Nessa última perspectiva, a ESF adequa-se bem às expectativas das propostas de reforma do Estado de cunho neoliberal, pois não demanda a aquisição de equipamentos e estruturas de alta densidade tecnológica e elevados custos.

O contexto da década de 1990 em que a ESF emergiu é marcado, não só no Brasil, mas em toda a América Latina, pelas reformas estatais sob influência das agências econômicas internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI). A perspectiva adotada na agenda das reformas é a contenção do gasto público e o enxugamento da intervenção estatal na área social, inclusive na saúde. Os objetivos e impactos da reforma do Estado na política de saúde brasileira serão melhor discutidos mais adiante. Vale ressaltar aqui que as recomendações feitas por estes organismos financeiros impactaram negativamente a política social brasileira, reduzindo gastos e pulverizando direitos (MONNERAT et al, 2007).

Parece ser este contexto, uma das justificativas para os desafios e contradições que a ESF vem enfrentando. Ora coloca-se como estratégia reorganizadora do modelo de atenção (CORBO et al, 2007; ESCOREL et al, 2007; GIOVANELA e MENDONÇA, 2008), ora como mecanismo de racionalização e contenção de gastos vinculados aos processos de reforma do estado (FRANCO e MERHY, 2003; SOARES, 2005; PAIM, 1966 apud MONNERAT et al, 2007).

Esse contexto imprime uma série de desafios e contradições à ESF, inclusive no campo do

⁴ Anotações realizadas na disciplina Gestão do Sistema Único de Saúde do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, em setembro de 2011.

trabalho onde percebe-se um processo de precarização das relações trabalhistas. Ao incidir nas condições e vínculos de trabalho, afeta o próprio desenvolvimento e qualidade do serviço prestado à população.

As reformas do Estado caminham *pari passu* com a adoção do regime de acumulação flexível que tem representado um ataque aos direitos trabalhistas, permitindo formas precarizadas e informais de emprego; a desregulamentação das relações trabalhistas com flexibilização dos contratos de trabalho, regimes parciais, temporários e subcontratados e a; intensificação da exploração (BEHRING e BOSCHETTI, 2008).

Sobre esta questão, Corbo et al (2007) apontam que há um forte processo de precarização das condições e vínculos de trabalho que atingem não somente os trabalhadores da ESF, mas o SUS como um todo. Os baixos salários e a fragilidade e instabilidade dos contratos atingem as equipes, e em especial os ACS que são a maior expressão numérica da ESF. Por não constituírem uma profissão de nível superior, os autores apontam que estes profissionais têm sido os mais atacados pela precarização do trabalho, com contratos de trabalho temporários, muitas vezes sem carteira assinada e com baixíssima remuneração.

Esse quadro gera uma desvalorização destes profissionais e impacta negativamente a execução do trabalho ao favorecer a desmotivação, a rotatividade de profissionais (em especial médicos) e, o descrédito quanto ao próprio potencial da Estratégia.

Considerando que vínculo e remuneração apresentam relação direta com a adesão, integração e vinculação ao trabalho, faz-se necessários discutir e fortalecer uma política de recursos humanos atenta para o vínculo empregatício, a carga horária, a remuneração e a educação permanente. “Vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos favorecem a adesão de profissionais e a formação de laços com as comunidades” (ESCOREL, et al, 2007, p. 175).

Ainda no campo dos recursos humanos Conill (2002), a partir de pesquisa realizada em Florianópolis (SC), atenta para outro impasse vivenciado pela ESF, expresso na dificuldade em obter profissionais capacitados para atuar na área, em especial, médicos. As particularidades do trabalho na Saúde da Família demandam profissionais com perfil adequado à lógica desta Estratégia e com formação específica na área.

Para Gil (2005), as tendências atuais da formação médica tem se voltado para a superespecialização caminhando em sentido contrário às exigências de qualificação do SUS e representando um distanciamento entre a política de formação e a política de saúde. Além disso, observa-se um impasse na distribuição geográfica destes profissionais que concentram-se nos

grandes centros urbanos com dificuldades na interiorização. A autora destaca que embora tais questões sejam relativas à formação médica, elas podem ser pensadas para o coletivo dos profissionais que compõem a ESF.

Com base em dados de pesquisa, Gil (2005) aponta que a maioria dos profissionais de nível superior não tem preparação e formação específica para atuar na ESF. Sobre a mesma questão, a pesquisa realizada por Escorel et al (2007) em dez grandes centros urbanos mostra que o percentual de profissionais de nível superior da ESF com especialização nas áreas de saúde coletiva ou saúde da família foi inferior a 30%.

Estes dados mostram-se relevantes, considerando que a mudança no modelo de atenção tem como um de seus pontos principais a formação e capacitação dos recursos humanos para atuarem na lógica proposta pela ESF e pela política de saúde de um modo geral. Para Gil (2005) há uma inter-relação entre recursos humanos e modelo de atenção e por isso é necessário a discussão tanto sobre a formação, quanto sobre os processos de educação continuada. Entende que os recursos humanos são fundamentais nos processos de mudança já que estes são construções sociais. Logo, a expansão da ESF demanda também a expansão da capacitação das equipes.

Retomando a pesquisa realizada por Escorel et al (2007) é possível apontar, além das questões já discutidas, os principais obstáculos e avanços da ESF. A pesquisa teve como objetivo avaliar os fatores facilitadores e limitantes da implementação da ESF em grandes centros urbanos. A partir dos dados coletados as autoras apontam como principais impasses da Estratégia: o acesso a média complexidade e exames diagnósticos; os mecanismos de referência e contra referência; a continuidade da atenção e conseqüentemente a inserção da APS como coordenadora da rede; o desenvolvimento ainda parcial das ações de educação em saúde e da realização de reuniões com a comunidade; a fragilidade da intersetorialidade, tanto no âmbito do trabalho desenvolvido pelas equipes, quanto no âmbito da gestão. Como avanços destacam a criação de vínculos entre usuários e profissionais; o papel dos ACS na educação em saúde, na intersetorialidade e na dimensão cultural do acesso; a incorporação de novas práticas como a visita domiciliar; e a avaliação positiva da população em relação ao trabalho da ESF em comparação com unidades tradicionais.

As autoras concluem que a ESF apresenta potencialidades para impulsionar mudanças no modelo assistencial buscando a efetivação do direito à saúde. Apontam para a necessidade de se criar estratégias adequadas à realidade local que favoreçam o sucesso da Estratégia e permitam a superação das dificuldades enfrentadas.

Dentre os principais impasses identificados por Escorel et al (2007) em sua pesquisa é

importante destacar as dificuldades encontradas na articulação intersetorial. A intersetorialidade destaca-se como uma diretriz extremamente importante para que a ESF assuma seu papel de coordenadora do cuidado e de estratégia de reorganização do modelo assistencial, centrando a intervenção no conceito ampliado de saúde. Isolada a ESF tem reduzido o seu potencial, uma vez que todas as características do seu processo de trabalho (o foco na família e na comunidade, a integralidade, a interdisciplinaridade, o conceito ampliado de saúde, a longitudinalidade, entre outros) demandam necessariamente o acesso do usuário a outros serviços. Esse acesso para ser qualificado e resolutivo deve ser exercido em rede, pela continuidade da atenção, pelos mecanismos de referencia e contra referência, pelo diálogo e comunicação intersetorial, tanto entre profissionais quanto entre gestores.

Em outras palavras, a consideração dos múltiplos fatores que interferem no processo de adoecimento e a busca por melhores níveis de saúde implicam no reconhecimento de que o setor saúde e mais ainda a ESF, sozinhos não podem responder de maneira integral as necessidades de saúde que se apresentam nos indivíduos e coletividades. O que demanda a articulação do próprio setor saúde e deste com os outros setores, como a educação, a habitação, a urbanização, a assistência social, a segurança alimentar, o saneamento e meio ambiente, segurança pública, a política de emprego e renda e, etc.

Para tanto é necessário que as gestões deixem de atuar de maneira setorializada, buscando formas de gestão transversais entre as políticas. Isto é, buscar mecanismos e instrumentos que possibilitem uma gestão em redes garantindo eficácia e efetividade no acesso aos direitos sociais. Romper com o insulamento do setor saúde significa o envolvimento com os outros setores igualmente comprometidos com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006).

Em síntese é possível destacar como principais desafios enfrentados pela ESF na atualidade a formação, capacitação e educação permanente das equipes; a construção de uma política de recursos humanos que valorize os trabalhadores e garanta condições adequadas e estáveis de trabalho e, o fortalecimento da intersetorialidade que coloca-se como eixo fundamental na consolidação da ESF e na reorganização do modelo de atenção à saúde.

A partir destas considerações, vale a pena destacar a experiência desenvolvida pelo município de Fortaleza no Ceará, apresentada no trabalho de Frota (2008). A autora destaca que as estratégias adotadas no município têm contribuído para o avanço e consolidação da ESF. Situadas no campo da política de recursos humanos, as estratégias voltam-se para a educação permanente e

para a desprecarização do trabalho.

No que se refere à educação permanente, o município através do Sistema Municipal de Saúde Escola, tem investido na realização permanente de cursos de atualização para técnicos e gestores; na oferta de residência em medicina de família e comunidade, com cerca de 76 vagas, a maior do Brasil; na especialização multiprofissional em saúde da família; na especialização em gestão em saúde e; na realização de estágios curriculares nas unidades de saúde. Em relação à desprecarização do trabalho, tem investido na realização de concursos públicos; na remuneração dos servidores; nas gratificações / incentivos e; na discussão sobre plano de cargos, carreiras e salários.

A iniciativa de Fortaleza parece constituir uma experiência positiva na construção da ESF, investindo especialmente nos recursos humanos, através da formação e dos vínculos de trabalho.

Outra iniciativa ainda recente, incentivada pelo MS e desenvolvida em alguns municípios, é a formação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Criados pela Portaria 154/2008 “objetivam ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008).

O NASF é composto por equipes que integram profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em parceria com os profissionais da ESF. Não funciona como porta de entrada do Sistema e deve desenvolver um trabalho de apoio e supervisão às equipes das USF construindo um processo de responsabilidade compartilhada e coordenada. Podem integrar as equipes dos NASF, os seguintes profissionais: médico acupunturista; assistente social; profissional da educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; e terapeuta ocupacional. Cada equipe do NASF responsabiliza-se por cerca de 8 a 20 equipes de saúde da família.

O NASF apresenta potencial para fortalecer a articulação intersetorial, pois agrega diferentes saberes, tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, esporte, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersectorialidade. Dentre as atribuições do NASF destaca-se “o desenvolvimento coletivo, com vistas à intersectorialidade, de ações que se integrem a outras políticas sociais” (BRASIL, 2009, p.25). Com esta atribuição é possível apontar que o NASF pode se destacar como um dos mecanismos indutores e fortalecedores da intersectorialidade na ESF.

Trata-se de uma iniciativa ainda recente e com poucas experiências em andamento. Em

agosto de 2011, o NASF estava presente em 975 municípios com 1498 Núcleos implantados (BRASIL, 2012).

Todas essas estratégias mostram caminhos possíveis na construção e consolidação da ESF que deve ser considerada como um processo ainda em construção. Apresenta avanços constatados em pesquisas e potencial para reorganizar o modelo de atenção a partir da APS. Ao mesmo tempo uma série de desafios constatados no cotidiano e também apresentados em pesquisas reforçam a necessidade de se continuar investindo na Estratégia, em especial no campo da formação, da política de recursos humanos e, na definição de mecanismos que garantam a intersetorialidade, para que de fato ocorra uma mudança no modelo de atenção com a construção de uma rede de atenção à saúde resolutiva e integral, conforme objetivou o Movimento da Reforma Sanitária.

Dentre todos os objetivos, diretrizes e desafios postos a ESF, destaca-se a intersetorialidade, entendida neste estudo como um eixo central que deve nortear tanto a prestação direta da assistência, quanto a gestão do próprio programa. A intersetorialidade apresenta potencial para consolidar a ESF e contribuir para a construção de um modelo de atenção à saúde pautado no conceito ampliado de saúde, na integralidade da atenção, na resolutividade e, na perspectiva do direito e garantia do acesso.

Considerando que o desenvolvimento do trabalho pelas equipes de saúde da família mantém uma relação direta com a gestão, já que é esta que fornece os insumos e recursos, imprime os direcionamentos, estabelece metas e procedimentos, monitora e avalia os serviços e, define os mecanismos de comunicação e integração intersetorial e, que esta por sua vez é condicionada pelas concepções políticas e pelo modelo de Estado adotado, torna-se fundamental a discussão e reflexão sobre o campo da gestão, inserindo a intersetorialidade na pauta deste campo.

1.2 A Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora/ MG

Juiz de Fora localiza-se na Zona da Mata, sudeste mineiro, entre as Serras do Mar e Mantiqueira. A Zona da Mata de Minas Gerais é formada por um conjunto de municípios, sendo composta por sete microrregiões, das quais a de Juiz de Fora é a que possui maior área e população. Atualmente Juiz de Fora possui uma população estimada em 516 247 habitantes no ano de 2010, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012). É considerada cidade pólo devido à sua infraestrutura de comércio, ensino e saúde, sendo referência para os 93 municípios em seu entorno que buscam os seus serviços.

O sistema municipal de saúde encontra-se em gestão plena desde 1998 e exerce o papel de pólo macrorregional de assistência, responsabilizando-se pela referência de alta e média complexidade para várias cidades. Nesse mesmo ano os serviços de saúde do município foram organizados e regionalizados em 12 regiões sanitárias (FARAH, 2006).

Atualmente o município possui vinculado à Secretaria de Saúde o Conselho Municipal de Saúde⁵ e o Conselho Municipal de Álcool e Drogas. Em seu organograma a Secretaria de Saúde possui 6 subsecretarias: Subsecretaria de Administração, Finanças e Execução Instrumental, Subsecretaria de Regulação, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Subsecretaria de Redes Assistenciais, Subsecretaria de Urgência e Emergência, Subsecretaria de Atenção Primária. As subsecretarias congregam um conjunto de departamentos e instituições de saúde organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada. Na Subsecretaria de APS encontra-se a coordenação das Unidades de Saúde da Família e Unidades tradicionais (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2012).

Com o objetivo de compreender o momento atual da Saúde da Família no município inicia-se com a discussão e apresentação de seu surgimento e percurso histórico, destacando os principais pontos de avanço e as dificuldades encontradas.

A ESF foi implantada no município em 1994/95 com base nos princípios da Universalidade da assistência, Equidade no acesso e Integralidade das ações com Participação Popular nas decisões, com o objetivo de estruturar o SUS no município. No modelo de saúde vigente até então havia uma forte fragmentação da rede, com as Unidades trabalhando isoladamente e sem preocupação com o fluxo do usuário. Intencionava-se com a implantação da ESF organizar e articular essa rede. Com este objetivo foram realizadas capacitações com os profissionais e uma reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Criou-se nesse momento os Institutos que representavam um nível intermediário entre a atenção básica e o setor terciário e, também uma Unidade de Referência Regional com funcionamento em horário integral para dar suporte às UBS. (SALDANHA, 2003).

Como momentos importantes desse processo de reestruturação da saúde no município, Castro (2009) destaca a criação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) em 1992, alguns anos antes da implantação da ESF. A emergência do CMS no cenário municipal permitiu o fortalecimento da participação popular e do controle social nas decisões sobre a política de saúde. A autora destaca também a realização da II Conferência Municipal de Saúde em 1995 em que foram

⁵ Vinculados ao Conselho Municipal de Saúde existem os Conselhos Regionais e Locais de Saúde compostos por usuários, profissionais de saúde e como representantes do governo, os supervisores locais. Os CLS e CRS a estrutura de controle social do município e possuem caráter fiscalizador e propositivo.

lançadas as bases institucionais e políticas para a implantação da ESF. Nesta Conferência discutiu-se a ampliação do conceito de saúde, bem como a necessidade de ampliar e aperfeiçoar as ações de saúde a partir da ESF, denomina ainda na época de PSF.

Com todas essas discussões e com o objetivo de reestruturar o sistema de saúde municipal, em agosto de 1995 foi implantada a ESF em 8 UBS, sendo uma equipe na zona rural. Os critérios adotados para escolha das regiões resultaram da combinação de diversos fatores como, o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA) que indicou a existência de 17 mil famílias abaixo da linha da pobreza na cidade, o Mapa de Risco da Cólera elaborado pela Vigilância Epidemiológica da SMS/JF, o interesse manifesto pelo Conselho Local de Saúde (CLS) e pela comunidade, e a oferta de serviços existentes na região. (FARAH, 2006; SANTOS, 2006).

Inicialmente, a implantação da ESF foi focalizada em áreas de maior risco, para em seguida atingir coberturas mais abrangentes, havendo coexistência da ESF com o modelo tradicional. A meta inicial era que o Programa atingisse 100% de cobertura no município. De acordo com Santos (2006), a implantação da ESF ocorreu em três fases, iniciando com o diagnóstico da situação de saúde no município, apontando para as áreas e ações prioritárias; em seguida a operacionalização, isto é, a implantação das ações nas áreas definidas; e por último a extensão da cobertura.

Inicialmente as equipes foram compostas por um médico especializado em Medicina da Família, dois auxiliares de enfermagem capacitados para a ESF e um enfermeiro para cada UBS. A composição das primeiras equipes não contou com a participação dos ACS em virtude da não aprovação pelo CMS, que entendeu à época que os ACS fariam o trabalho dos auxiliares de enfermagem. Dependendo das características e demandas da comunidade, um assistente social também comporia as equipes (FARAH, 2006).

Juntamente com a estruturação da ESF no município, foi implantada a Central de Marcação de Consultas (CMC) com o objetivo de fortalecer os mecanismos de referência e contra-referência e criar um fluxo entre os serviços. A CMC funcionaria como uma ponte entre a APS e os demais serviços da rede realizando o agendamento dos serviços. Pretendia-se com isso orientar o usuário e garantir a continuidade do seu acompanhamento na rede (SALDANHA, 2008).

No período de implantação da ESF, diversos cursos de capacitação foram realizados entre os anos de 1994 e 1996. Farah (2006) destaca a realização dos cursos de Especialização em “Medicina de Família”, “Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade” através de um convênio entre Prefeitura de Juiz de Fora (PJF) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e, o curso

de “Especialização em Serviço Social Aplicado à Saúde” pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Também foram realizados cursos para auxiliares de enfermagem pelo Centro de Capacitação e Formação Profissional do SUS/JF.

Em 1996 através do decreto 5772 o profissional de Serviço Social foi incorporado na ESF nas UBS em que já havia o profissional atuando. A gestão da SMS entendeu que as características desse profissional mostravam-se adequadas à lógica da Estratégia e às características das comunidades abrangidas (CASTRO, 2009).

A realização desses cursos pela SMS parece indicar uma preocupação naquele momento de implantar a ESF de uma maneira qualificada e planejada, atentando para a importância da formação dos recursos humanos. Do mesmo modo a abertura para a inclusão de outros profissionais na composição das equipes revela a lógica de adequação da Estratégia à realidade da comunidade.

Em 1997 um diagnóstico realizado pelo Plano Estratégico de Juiz de Fora constatou que tanto o acesso quanto o sistema de referência e contra-referência era precário e havia “um número excessivo de encaminhamentos”. Nesse momento os usuários podiam marcar consultas especializadas sem o encaminhamento da UBS. Com base nesse diagnóstico a SMS entendeu que esse fato estava gerando uma descaracterização da APS como porta de entrada do sistema e através do Plano Municipal de Saúde/97 elaborou algumas propostas que visavam organizar e ampliar a rede assistencial do SUS. Com esse objetivo, o Plano apontou para a necessidade de educação permanente, para a adequação quali-quantitativa dos recursos humanos, e para a organização do sistema de referência e contra-referência através do prontuário do usuário (SALDANHA, 2008).

No ano seguinte foi realizada uma avaliação sobre a implantação da ESF no município através de uma equipe composta por profissionais da SMS, do Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde (NATES) da UFJF e, da Faculdade de Medicina da mesma Universidade. A avaliação abordou as equipes de saúde da família, conselheiros locais e usuários articulando aspectos quantitativos e qualitativos da ESF no município. Farah (2006, p.114) aponta as principais considerações feitas a partir dessa avaliação:

interferência nas diretrizes do PSF devido a constantes mudanças de gestores; falta de coordenação para o PSF; redefinição das áreas de abrangência (critério populacional); criação de instrumento de avaliação baseado nos indicadores de saúde; definição do perfil dos profissionais que atuam no PSF; capacitação específica para os profissionais (especialização); educação continuada para as equipes; infraestrutura das UBS inadequada; falta de entrosamento entre os membros das equipes – 42% relataram essa dificuldade; remuneração diferenciada entre os profissionais do PSF, causando desconforto nas equipes; a maioria dos profissionais não registrava as atividades executadas; funcionamento deficiente do

sistema de referência e contra-referência; necessidade de implantação de um Sistema de Informação em Atenção Básica - SIAB.

A partir dessa avaliação, a SMS fortaleceu a articulação com o NATES com o objetivo de criar mecanismos e instrumentos de avaliação e controle da ESF (CASTRO, 2009). Com base nessa avaliação realizada em 1998, pode-se afirmar que já em sua fase inicial a ESF enfrentava uma série de desafios para se consolidar como estratégia de reorganização do modelo de atenção, dentre os quais pode-se citar, a descontinuidade da gestão, a falta de coordenação específica para o PSF, a necessidade de educação continuada para as equipes, a precariedade da infraestrutura das UBS, a dificuldade na construção do trabalho em equipe e, a dificuldade na integração da rede de saúde (dimensão essencial para consecução dos objetivos da ESF) (FARAH, 2006). Essas dificuldades encontradas na fase inicial do Programa no município mostram-se ainda como desafios atuais, como será discutido mais adiante.

Em seus primeiros anos, a ESF enfrentou ainda o descredenciamento pelo MS, em 1999, em função da existência de equipes incompletas, não constituídas de acordo com os parâmetros preconizados. Esse descredenciamento resultou na realização de seleção pública para contratação de ACS e concurso público para auxiliares de enfermagem buscando regularizar as equipes (FRIEDRICH, 2005).

Nesse contexto, a realização da III Conferência Municipal de Saúde em 2000, trouxe à tona a discussão sobre esses acontecimentos e sobre as dificuldades enfrentadas pela ESF no município. Entre as propostas da Conferência, Saldanha (2008) destaca a criação de um Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS), o investimento prioritário na infraestrutura das UBS e a revisão do organograma, adequando-o às novas necessidades do modelo assistencial.

Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas como o descredenciamento pelo MS, a precária articulação com a rede de saúde, a necessidade de qualificação dos profissionais e, a precária infraestrutura das UBS, a ESF seguiu sendo a estratégia eleita pelo município como forma de organizar e mudar o modelo assistencial, como aponta o Plano Municipal de Saúde de 2002. O Plano apontava a necessidade de ampliar e fortalecer a Estratégia no município, definindo-a como a forma prioritária de organização da rede de saúde (FRIEDRICH, 2005).

A expansão da ESF em Juiz de Fora pode ser sintetizada em seis fases de acordo com Farah (2006). A primeira fase ocorreu em 1995 com a implantação das primeiras equipes, em um total de 17; a segunda ocorreu em 1996 ampliando com mais 15 equipes; a terceira fase, em 1999, é caracterizada pelo descredenciamento de algumas equipes por não se enquadrarem aos parâmetros

estabelecidos pelo MS; quarta fase, em 2000, com a construção de Unidades específicas para a Saúde da Família e com recomposição das equipes descredenciadas totalizando 36 equipes; quinta fase, com a ampliação de 20 equipes, porém foram descredenciadas 7 equipes, totalizando 49 equipes; sexta fase, em 2002, com a implantação de três Unidades de Residência em Saúde da Família e a adesão do município ao PROESF, ampliando mais 20 equipes, totalizando 80 equipes em 2005.

Atualmente o município possui 89 equipes de saúde da família que representam uma cobertura de 51,4% de ESF atendendo uma população de 265 197 pessoas. São 59 UBS no município distribuídas entre a zona urbana e a rural. Na zona urbana são 32 USF, 2 UBS com PACS e 10 UBS tradicionais; na zona rural são 5 USF, 9 UBS tradicionais e 1 Unidade volante. Chama atenção o fato do município ter uma cobertura de APS de 76%, revelando a existência de áreas totalmente descobertas, sem ESF e sem Unidade tradicional ⁶.

A existência de áreas descobertas de APS impacta negativamente todo o sistema de saúde e deixa toda uma população com acesso dificultado. Moradores dessas regiões acabam por procurar as Unidades de saúde mais próximas ou os serviços especializados, resultando nesses dois casos em “inchaços” nesses serviços e, impulsionado a formação de demanda reprimida. Se o objetivo é que a APS seja a porta de entrada do sistema e desenvolva um trabalho qualificado de coordenadora do cuidado e da rede de saúde, é importante que a mesma esteja implantada em todo o município.

Do mesmo modo, se a ESF vem sendo apontada no âmbito nacional como estratégia prioritária de organização da APS e, se no município a mesma também veio sendo ao longo dos anos destacada como tal, existe a necessidade de ampliar a sua cobertura e consolidar a Estratégia na política de saúde municipal.

Merece destaque a existência de Unidades de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) que formam profissionais para atuarem de maneira qualificada na ESF. A Residência foi implantada em 2002, sendo coordenada pelas Faculdades de Medicina, Serviço Social e Enfermagem e pelo NATES/UFJF. Atualmente é financiada pelo MS e pelo Ministério da Educação e tem como objetivo formar/capacitar profissionais de saúde dessas três áreas para

⁶ Entre as áreas descobertas encontram-se os bairros: Belo Vale I e II, Santa Lúcia, Bela Vista, Nova Era I, Condomínio Residencial Monte Verde, Benfica, Bairro Araújo, Ponte Preta, Residencial Miguel Marinho, Centenário, Quintas da Avenida e Bom Clima, Vivendas da Serra, Cesário Alvin, Santos Anjos, Vitorino Braga, Jardim das Flores, Bosque dos Pinheiros, Manoel Honório Ladeira, Bairú, Democrata, Vale do Ipê, Mariano Procópio, Santa Catarina, Jardim Glória, Santa Helena, Paineiras, Centro, Residencial Paraíso, Loteamento Nova Germânia, Condomínio Vivendas Belo Vale, Terras Altas, Aracy, Costa Carvalho, Poço Rico, Santa Tereza, Tupinambás. Anotações realizadas na disciplina Gestão do Sistema Único de Saúde do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, em outubro de 2011.

atuarem na lógica da ESF através de ações coletivas e individuais. A RESF tem duração de dois anos com 60 horas semanais e conta também com o Curso de Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva. Os residentes têm acompanhamento de preceptores acadêmicos e de serviço que buscam garantir o processo de formação fornecendo apoio técnico e científico (OLIVEIRA et al, 2006).

Inicialmente a RESF foi implantada nos bairros Parque Guarani, Santa Rita e Progresso. Os critérios de escolha destas Unidades levou em consideração o fato de ainda não possuírem a ESF e, o interesse demonstrado pelos Conselhos Locais de Saúde em implantar o Programa. Atualmente a RESF está implantada nos bairros Parque Guarani e Progresso e mostra-se como um importante mecanismo de formação e qualificação dos recursos humanos promovendo a articulação ensino/serviço.

As Unidades de Saúde da Família contam com profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e em algumas há também os assistentes sociais e dentistas. As demais Unidades funcionam com base no sistema de atendimento tradicional, sendo compostas por profissionais de diferentes especialidades médicas (clínica geral, cardiologia, pediatria, ginecologia), por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e em algumas Unidades assistentes sociais e dentistas.

As UBS ofertam ações de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde e são supervisionadas por um membro da própria equipe, escolhido pela equipe de saúde. Este profissional acumula as funções referentes à sua categoria e as funções referentes ao cargo de supervisor, em sua maioria, administrativas e burocráticas conforme as exigências da gestão municipal (FARAH, 2006).

De acordo com Friedrich (2005) esse supervisor necessita ter um olhar amplo sobre todo o processo de trabalho da equipe, sendo capaz de agir tanto nas questões burocráticas, como nas questões técnicas. Isto é, o supervisor deve possuir competências e habilidades que o permitam articular o processo de trabalho das equipes com os outros níveis do Sistema e com a comunidade.

Vale ressaltar que o acúmulo de funções pode ser um aspecto negativo, ao representar uma sobrecarga para o trabalhador, que tem o seu tempo dividido entre as funções de supervisor e o exercício profissional de sua categoria.

De modo semelhante o gestor central na área da saúde demanda uma qualificação que lhe garanta um suporte técnico, ético e político para atuar na perspectiva dos princípios e diretrizes do SUS. Com essa perspectiva demanda uma série de conhecimentos na área da saúde coletiva, e do

planejamento e gestão para que possa definir de maneira qualificada os rumos da política de saúde, tanto na dimensão política quanto financeira (CASTRO, 2009).

A ESF no município de Juiz de Fora mostra-se ainda em processo de expansão, enfrentando uma série de desafios para se consolidar. Os apontamentos da pesquisa de Saldanha (2008) revelam esses desafios e trazem a tona importantes elementos para se pensar e problematizar a ESF no município. A referida pesquisa buscou avaliar o uso da rede de serviços de saúde em Juiz de Fora, através da opinião dos usuários.

Dentre os apontamentos explicitados na pesquisa da autora, destaca-se a permanência das dificuldades de acesso do usuário ao Sistema de Saúde, em especial nos serviços especializados; existe uma fragmentação entre os serviços acompanhada de falhas nas informações que geram uma dificuldade no fluxo do usuário na rede e na sua compreensão sobre o Sistema de Saúde; há um distanciamento entre quem recebe, quem executa e quem planeja os serviços e; há uma dicotomia entre a APS e o nível secundário em relação aos serviços de urgência e emergência. Por manterem uma comunicação muito frágil, acabam permitindo a duplicidade de ações, onerando o Sistema e dificultando o acesso do usuário. A partir dessas ponderações a autora aponta a inexistência de uma rede de serviços de saúde no município, entendendo como rede a integração efetiva entre os serviços.

Fica evidente aqui a importância da intrasetorialidade no desenvolvimento da política de saúde e a dificuldade que existe em implementar essa integração, já que permanece a fragmentação dos serviços com impactos negativos na assistência prestada ao usuário, em especial, no que se refere ao acesso, a continuidade e integralidade da atenção. A articulação da rede deve partir da definição de mecanismos formais de comunicação que permitam o fluxo de informações e facilitem o acesso e a continuidade da atenção prestada ao usuário.

Outros entraves também são apontados na pesquisa de Castro (2009), Farah (2006) e Friedrich (2005), entre os quais destaca-se: a desqualificação do gestor e a rotatividade de secretários de saúde que geram descontinuidade da gestão e refletem negativamente na organização os serviços; a organização dos serviços na APS ainda centrados na doença, com dificuldades no planejamento e execução de ações no campo da prevenção e da promoção; as dificuldades na construção do trabalho em equipe relacionadas à formação acadêmica e à falta de apoio e incentivo da gestão; as dificuldades na comunicação intersetorial; a ausência de educação permanente; as diferenças salariais entre os membros da equipe gerando desconforto e hierarquia entre os mesmos e; a fragilidade dos planos de carreira.

Dentre esses entraves merece destaque as dificuldades na intersetorialidade que deve constituir um dos eixos norteadores dos serviços de saúde, a partir da adoção do conceito ampliado de saúde. A comunicação intersetorial deve fazer parte do cotidiano dos serviços e das atividades de gestão, contando também, tal como a intrasetorialidade, com a definição de mecanismos institucionais de comunicação.

Em pesquisa recente⁷ o MS qual buscou avaliar o desempenho do Sistema de Saúde através do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (Idsus), em todas as cidades do país. A pesquisa foi feita entre os anos de 2008 e 2010 considerando aspectos como o acesso e a efetividade da saúde básica, ambulatorial, hospitalar e de emergência. A partir dessa avaliação o MS atribuiu notas de 0 a 10 aos municípios de acordo com o desempenho apresentado nos diferentes indicadores estabelecidos. Juiz de Fora obteve nota de 5,36, valor próximo à média brasileira que foi de 5,47 (BRASIL, 2012).

No que se refere ao acesso e efetividade da saúde básica, Juiz de Fora, obteve notas diferenciadas de acordo com o indicador analisado. Na categoria acesso, em relação a cobertura da APS que inclui tanto a cobertura por equipes de saúde da família quanto por equipes de saúde básica (clínica médica, ginecologia e pediatria), Juiz de Fora obteve nota 6,27. Na cobertura de equipes de saúde bucal (saúde da família e equipes de atenção básica) obteve nota 2,98. Considerando a proporção de nascidos vivos por mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal, a nota obtida foi 8,9.

Na categoria efetividade foram 7 indicadores analisados. A cidade obteve notas elevadas (entre 9 e 10) no que se refere a tratamento e taxa de incidência de hanseníase, tuberculose e sífilis congênita. Em relação a cobertura vacinal em menores de 1 ano obteve nota 7,5. A nota mais baixa foi em relação a média de ação coletiva de escovação dental supervisionada, 0,4.

Os resultados do Idsus revelam que Juiz de fora tem alcançado bons resultados em alguns indicadores, entretanto, ainda existem nós críticos na APS, como a própria cobertura de serviços, em especial de saúde bucal que apresentou as notas mais baixas. A média do município (5,36) também evidencia a necessidade de identificar os pontos de estrangulamento e buscar as alternativas para melhoria do Sistema e superação das dificuldades encontradas.

A partir dos dados dessa recente pesquisa e de todas as considerações realizadas neste item, é possível apontar que a ESF no município ainda tem muito a avançar, especialmente no que se refere a expansão da cobertura, a articulação da rede de saúde, a intersetorialidade, a educação

⁷ Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

permanente e, a construção de uma política de recursos humanos. A superação desses desafios requer o compromisso de uma gestão democrática pautada nos princípios e diretrizes do SUS e nos valores ético-políticos do projeto da Reforma Sanitária. Requer ainda a existência de um controle social crítico, ativo e atuante que busque a consolidação do SUS, bem como a existência de recursos humanos capacitados, preparados e com perfil para atuar na lógica da política de saúde.

CAPÍTULO 2

GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE

O trabalho em saúde ocorre a partir de uma interação social entre trabalhadores da saúde, usuários do serviço e gestores que constroem, executam e utilizam a política de saúde cotidianamente. Essa interação é determinada por uma conjugação de condições objetivas e subjetivas que podem auxiliar ou obstaculizar a prestação dos serviços (SOUZA, 2010).

As condições subjetivas expressam-se nas relações estabelecidas entre os sujeitos envolvidos no processo de trabalho no cotidiano deste, e evidenciam os saberes, valores, e objetivos envolvidos nesse processo. As condições objetivas expressam a existência ou não de condições materiais necessárias ao desenvolvimento do trabalho, como a infraestrutura da instituição, o acesso a recursos e equipamentos e, etc.

Essas condições objetivas associam-se diretamente ao campo da gestão, responsável pelo direcionamento técnico, ético e político dos programas e serviços, definindo, por exemplo, o financiamento e a priorização de ações. A conjugação desses múltiplos fatores consubstancia o trabalho em saúde com intensas repercussões no serviço prestado ao usuário.

A partir desses apontamentos torna-se fundamental a compreensão sobre o campo da gestão, considerando a sua interface com o campo do desenvolvimento e execução do trabalho. Com este entendimento, antes de entrar na discussão sobre a intersectorialidade na gestão da ESF, este item será iniciado com uma reflexão mais geral sobre a gestão de políticas e programas sociais, destacando os processos e instrumentos de gestão e, a importância do controle social na construção da gestão pública. Em seguida será apresentada uma discussão da gestão no âmbito da saúde e do Sistema Único de Saúde, para posteriormente abordar as especificidades da gestão da ESF, em especial no que se refere a intersectorialidade.

2.1 A gestão de políticas e programas sociais: em defesa da gestão democrática

Ao iniciar a discussão e reflexão sobre a gestão de políticas e programas sociais vale destacar como pressuposto básico, que esta mantém íntima relação e identificação com a concepção

de Estado que as planeja e executa. Isto é, a definição do modelo de Estado é responsável pela orientação da forma e conteúdo da gestão pública destas políticas e programas sociais. Por sua vez, o Estado é conformado pela estrutura social, política e econômica da sociedade em que está inserido, pelo modo como essa sociedade se organiza, pelas relações sociais estabelecidas, e pelos valores e ideologias difundidas⁸.

A perspectiva defendida neste estudo é de que a gestão pública deve ter uma condução democrática e participativa pautada em valores éticos e de cidadania. Nesse entendimento o planejamento, a execução e a avaliação de políticas e programas sociais deve ter como foco o atendimento às necessidades dos usuários na perspectiva do direito e da participação política de todos os sujeitos envolvidos neste processo.

Considerando que a concepção de Estado define e conforma o modelo de gestão das políticas e programas sociais, é possível apontar que na atualidade estas enfrentam sérios desafios na consolidação de direitos, da cidadania e da democracia. Isto porque, as reformas de Estado realizadas a partir da década de 1970/80 em diversos países, inclusive no Brasil na década de 1990, pautaram-se em uma concepção de Estado ancorada nos ideais do liberalismo clássico econômico.

Com o esgotamento do padrão de acumulação capitalista engendrado no período entre o pós-segunda Guerra Mundial e os anos de 1970 uma série de mudanças no campo da economia e da política começaram a ser articuladas como saída para a crise econômica mundial⁹ instaurada. Tais mudanças expressaram-se na reestruturação produtiva e na refuncionalização do Estado. Tratou-se de uma restauração do mercado como instância reguladora da vida social e na proposição política de um Estado mínimo em suas funções (NETTO, 1995).

Um conjunto de proposições oriundas das agências internacionais, como a estabilização

⁸ Anotações realizadas em sala de aula na disciplina “Estado e Gestão Pública” do Programa de Pós-graduação em Serviço Social /UFJF em novembro de 2011.

⁹ A crise dos anos de 1970 expressa o caráter cíclico do capitalismo. Como evidenciam a história e o desenvolvimento do capital, as crises são inerentes ao modo capitalista de produção, caracterizado sempre por momentos de prosperidade econômica e por períodos de depressão. A própria estrutura e movimento do capital engendram os processos de prosperidade, crise e superação das crises. Em outras palavras, o ciclo econômico do capital é formado por períodos de grande desenvolvimento, expansão de mercados, avanços tecnológicos, aumento da produção etc. Ao mesmo tempo, as crises são inelimináveis do capitalismo, já que o aumento da produção acaba por gerar as crises de superprodução. Tais crises são caracterizadas pelo aumento excessivo da produção não acompanhado do aumento da capacidade de consumo. As mercadorias não encontram escoamento no mercado e sem circulação, a economia entra em crise que gera uma série de processos em cadeia: diminuição da produção e da demanda por força de trabalho; aumento do desemprego e pauperização; diminuição da capacidade de consumo; queda da taxa de lucro. Após esse processo, o capitalismo retoma seu crescimento que pode ser incentivado por diversos fatores como, o surgimento de um novo escoadouro, o investimento em tecnologia, o investimento em novos setores, mudanças nas relações de concorrência, entre outros, que levam ao desenvolvimento das forças produtivas e a reprodução do ciclo do capital. Essas crises revelam o próprio caráter contraditório do capital. Através delas que se realiza a queda tendencial da taxa de lucro e ao mesmo tempo funcionam como uma reação do sistema a essa queda (MARX, 2001).

monetária, reestruturação produtiva, corte de gastos sociais, descentralização do Estado, privatização dos serviços, focalização das políticas sociais e redefinição do papel da sociedade (entendida agora como terceiro setor) ganha força como a solução para os problemas econômicos e sociais. Essas propostas abrangem os campos político, administrativo e ideológico e impõem uma nova racionalidade aos papéis do Estado e da sociedade, em que aquele passa a ser o articulador do desenvolvimento econômico em conjunto com a sociedade civil e o mercado (PINTO, 2009).

De modo semelhante Behring (2008) aponta que a reestruturação produtiva, através de uma revolução tecnológica e organizacional da produção, foi apontada como uma importante solução para superar a crise econômica e social. Essa reestruturação produtiva buscou retomar a produtividade do trabalho, alcançar a mundialização da economia combinada ao processo de financeirização e ao ajuste neoliberal. Este ajuste previa um novo padrão das políticas econômicas do Estado e um novo perfil na relação Estado/ sociedade civil conforme dito anteriormente com implicações para as políticas públicas, para a democracia, a cidadania e o mundo do trabalho.

Nessa nova estrutura organizacional política e econômica, o Estado deve retirar-se enquanto agente econômico, em nome da liberdade e do individualismo do mercado, mas ao mesmo tempo oferecer uma estrutura que permita o desenvolvimento do mercado e que atue nas áreas em que este não pode atuar. Além disso, a redução de seus encargos sociais resultando na degradação dos serviços públicos, e a desregulamentação do mercado de trabalho e dos direitos trabalhistas também são marcas desse “novo” Estado (NETTO, 1995; SOARES, 2002).

No bojo dessas transformações do Estado difundiu-se a redução do gasto público na área social, direcionando as políticas sociais aos grupos mais vulnerabilizados e incapazes de prover sua subsistência pelo acesso ao trabalho e ao mercado. À focalização das políticas sociais soma-se a fragmentação, a pontualidade e a descontinuidade destas. Programas de âmbito nacional são abandonados e substituídos por ações de caráter emergencial, seletivo e focalizado. As políticas sociais perdem o caráter de direito coletivo e se transformam em ação localizada do poder público, suscetíveis ao clientelismo e assistencialismo. Além disso, a diminuição do gasto público resulta em precarização dos serviços públicos e em um processo de satanização do mesmo, visto como ineficaz. O mercado é destacado e valorizado como alternativa possível e as privatizações se tornam cada vez mais frequentes (SOARES, 2002; PINTO, 2009).

Toda essa reestruturação política e econômica pautou-se na argumentação de que era preciso reestruturar o Estado porque este tinha acumulado funções para as quais não havia desenvolvido capacidade de gestão. Para Montañó (2002) a burocracia e o peso do Estado foram

vistos como os detonadores da crise da década de 1970. As políticas sociais universalistas e o intervencionismo do Estado foram apontados como negativos, e o mercado como a instância por excelência capaz de, através da desigualdade e da concorrência, promover o desenvolvimento social e econômico. O igualitarismo promovido pelo Estado funciona como indutor das crises, de acordo com a argumentação neoliberal. Assim, as funções do Estado passam a ser de coordenador e financiador das políticas públicas e não mais executor das mesmas, permitindo o fortalecimento do mercado na oferta de serviços.

Todas essas transformações são percebidas e vivenciadas no contexto brasileiro, que implementou as medidas de ajuste neoliberal, especialmente durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002). O discurso empregado para justificar a reforma do Estado brasileiro foi de que o próprio Estado com suas dificuldades internas era a causa dos problemas sociais e econômicos do país, além da necessidade de ajustar a economia à competitividade internacional, tornando-a moderna, competitiva e internacionalizada (SOARES, 2002; PINTO, 2009).

Com a reforma, o Estado brasileiro passou a direcionar a ação das políticas sociais para os focos de pobreza absoluta, e os cidadãos passaram a ser vistos não como cidadãos de direitos, mas como “cidadãos clientes”¹⁰ que compram no mercado a satisfação de suas necessidades como a saúde e a educação, por exemplo. Com a redução da intervenção estatal ganhou força o apelo à sociedade para o desenvolvimento de ações filantrópicas através das Organizações Não Governamentais, instituições sem fins lucrativos, empresas socialmente cidadãs, entre outras. Este contexto rebateu diretamente no desenvolvimento das políticas, inclusive as do setor saúde, e as tem influenciado até a atualidade (NOGUEIRA, 2005).

Neste setor, as recomendações das agências internacionais seguem a mesma cartilha, orientando a diminuição das funções do Estado e a expansão do setor privado. Os diversos problemas enfrentados pelo SUS, como por exemplo, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência, a baixa qualidade dos serviços prestados, o sucateamento da rede pública com falta de recursos humanos, infraestrutura e insumos sustentam o discurso da privatização, onde o modelo de gestão do SUS é apresentado como o responsável por tais dificuldades. A solução apresentada passa pela modernização da gestão, com a privatização dos serviços. O setor privado é destacado como eficiente, moderno e capaz de ofertar serviços com

¹⁰ Expressão utilizada por Bresser Pereira (ministro do Ministério da Administração e Reforma do Estado no governo de Fernando Henrique Cardoso) no Plano Diretor da Reforma do Estado (BRESSER PEREIRA, 1998)

qualidade. Esse contexto acaba por gerar um “consentimento ativo” da sociedade ao projeto de privatização da saúde (BRAVO e CORREIA, 2012).

A partir dessas considerações é possível apontar que esse novo modelo de Estado neoliberal impacta negativamente as políticas sociais, e que a gestão destas encontra dificuldades para efetivar direitos e garantir acesso. Considerando este contexto e tomando como base as discussões de Paula (2005), é possível apontar a necessidade de construir uma gestão democrática em que, além da definição de mecanismos que garantam o bom desenvolvimento das políticas e programas, a participação popular ganhe relevo.

Demarcar a concepção e a formatação do Estado, conforme foi apresentado, é fundamental para a análise e compreensão da gestão das políticas sociais. Reforçando essa ideia Nogueira (2005) aponta que a modelagem do aparato administrativo público e as modalidades de gerenciamento caminham junto com dimensão ético-política do Estado. A eficácia da máquina estatal articula-se à imagem ética do Estado, aos princípios e valores por este defendidos.

O autor analisa a reforma estatal implementada no Brasil na década de 1990 sob influência do contexto mundial descrito anteriormente. Defende que a reforma brasileira pautou-se em uma visão instrumental da gestão e em uma imagem ético-política de Estado mínimo. A reforma trouxe certa modernização administrativa, mas não foi acompanhada da construção de uma imagem administrativa pública perante a sociedade. Tal fato se reflete ainda na atualidade na gestão das políticas e programas sociais que enfatizam sua dimensão técnica e reforçam a cultura de satanização do serviço público. Essa cultura associada à precarização dos serviços sociais e, ao enxugamento do Estado imprime à gestão a difícil tarefa de garantir direitos e prestar serviços com qualidade técnica e política.

Concomitante ao entendimento da relação entre modelo de Estado e gestão pública é importante considerar também o conceito de gestão que norteia o desenvolvimento das políticas e programas, bem como os processos e instrumentos por esta utilizados. Do mesmo modo, a importância e o papel do controle social na construção de uma gestão pública democrática e de qualidade, devem ser considerados.

A concepção de gestão que subsidia as reflexões apresentadas neste estudo está ancorada nas ponderações de Paro (2000) apud Souza Filho (2011). O autor considera que a discussão sobre a gestão deve incluir a reflexão sobre a finalidade e os meios desta para se evitar uma visão instrumentalista ou politicista da mesma. O processo de gestão inclui a definição de finalidades/objetivos e meios/instrumentos o que evidencia a sua dimensão de racionalidade.

Para o autor a gestão implica na utilização racional de recursos para atingir fins determinados e nesse entendimento a finalidade da gestão é extremamente importante, pois é a partir desta que se define os meios a serem utilizados. A gestão, portanto, contempla uma dimensão técnica que deve ser destacada, mas não só, pois inclui também uma dimensão política que expressa seus valores, objetivos e metas. Assim, por exemplo, se a gestão tem como finalidade a garantia do acesso universal a determinado programa, os meios empreendidos caminharão no sentido de efetivar esse acesso. Mas se por outro lado, a gestão tem como finalidade a racionalização de custos, os meios empregados buscarão diminuir gastos e focalizar as ações.

O fundamento desta análise é que existe uma inter-relação entre meios e fins, já que estes orientam aqueles. Além disso, é importante destacar ainda que a gestão é um dos elementos que materializa as políticas e programas sociais e, portanto merece destaque na análise destas.

A gestão incorpora não somente uma dimensão gerencial com a utilização de tecnologias de gestão, mas também a dimensão dos valores e objetivos que nela estão embutidos. No campo da gestão de políticas e programas existem certas especificidades, pois esta deve, ou pelo menos deveria se orientar para a garantia de direitos, cidadania e democracia.

Com este entendimento Paula (2005) defende a proposta de construção de uma gestão, cujos meios tenham como finalidade efetivar a democracia. Para a autora a administração pública deve ser realizada em um processo de cogestão em que diferentes arranjos organizacionais sejam efetivados para garantir a participação popular na definição de programas, projetos e gestão dos serviços. O objetivo principal da cogestão é superar a visão tecnoburocrática por um gerenciamento participativo em que diferentes sujeitos participam do processo decisório.

Outro ponto discutido pela autora é a necessidade de qualificação técnica e política de gestores, profissionais e movimentos sociais para efetivar a gestão democrática. O atendimento do interesse público demanda o envolvimento de todos os atores envolvidos em todas as etapas do processo de gestão, desde o planejamento até a avaliação. Para que tal participação ocorra é fundamental o compartilhamento de informações e conhecimentos e o comprometimento ético-político.

Considerando os desafios impostos hoje ao processo de gestão, a autora discute a necessidade de investimento em um novo perfil do gestor público, em que habilidades de negociação, capacidade de operar os limites entre a dimensão técnica e política, e o desenvolvimento de ações voltadas para a defesa da participação são elementos essenciais para efetivar a democracia e a horizontalização das relações de poder. Esse novo perfil de gestor supera a

qualificação apenas na dimensão técnica para incluir também a dimensão ética e política:

É necessário um programa de valorização, formação e treinamento de administradores que crie especialistas tecnopolíticos capazes de pesquisar, negociar, aproximar pessoas e interesses, planejar, executar e avaliar. Os gestores também precisam ser capazes de refletir sobre as crises e as mudanças na economia, na cultura e na política. Para a gestão pública hoje não é mais suficiente o desenvolvimento de técnicas e a formulação de sofisticados programas administrativos. Trata-se de lidar com uma complexidade que requer uma visão mais estratégica, cooperativa, participativa (...) (PAULA, 2005, p. 170).

Nesse sentido, o trabalho a ser desenvolvido pelo gestor caminha na direção de superar o hiato existente entre a técnica e a política, evidenciando que não são neutros ou autônomos. Do mesmo modo, é importante considerar que o trabalho do gestor situa-se em um contraditório campo de embates políticos, de conflitos de interesses e objetivos. Isto confere ao gestor o desafio de estar sempre intermediando limites e possibilidades na construção de respostas e ações na garantia dos direitos sociais.

Outro aspecto importante na gestão é o envolvimento dos usuários nos mecanismos decisórios. Isto porque além da dimensão política e cidadã desse processo, há o estabelecimento de demandas e necessidades da população, a partir das quais se realizam proposições. A gestão de políticas e programas sociais requer a interlocução com “os protagonistas desse processo – os usuários mesmos da política social em questão” (PAIVA, 2000, p. 85). O público-alvo das políticas e programas sociais deve participar ativamente da eleição de prioridades, dos critérios de atendimento, da dinâmica do serviço, incluindo a gestão dos programas. Esta participação contribuiria sobremaneira para a qualidade do serviço prestado, para o exercício da cidadania e para um direcionamento social e político ancorado na justiça social.

Buscando aporte em Bordenave (1992), essa participação é entendida não como recepção passiva de benefícios da sociedade, mas na intervenção direta e ativa na sua construção, através da tomada de decisões em todos os níveis. Por isso, o envolvimento do público-alvo de políticas e programas sociais na gestão dos mesmos é fundamental. A participação não assume um caráter consumista, mas um caráter contestatório e transformador no qual diferentes sujeitos sociais se incorporam à vida política e social.

O autor discute ainda as diferenças entre participação ativa e passiva. Na segunda os cidadãos *fazem* parte da vida política, mas não *tomam* parte da mesma. Para Bordenave (1992), mais do que *fazer* parte e *ter* parte, é a qualidade dessa participação, a sua efetividade. Implica uma

visão mais ampla e uma intervenção social e política de fato na sociedade, no âmago das estruturas sociais e econômicas. *Fazer, ter e, especialmente tomar parte da gestão* são processos essenciais para o autor.

Na mesma linha de pensamento, Paula (2005) aponta que a participação social deve ser o cerne de uma gestão democrática em que o objetivo é fortalecer a cidadania e o papel da sociedade civil na condução da vida política do país. A autora apresenta uma série de experiências de espaços institucionais criados no Brasil que combinam democracia representativa e participativa, como os fóruns temáticos, conselhos gestores e orçamento participativo. A autora considera que mesmo um processo mais democrático de gestão apresenta limites e problemas, mas que o grande avanço dessas experiências é tentar integrar a administração e a política no âmbito prático e discursivo.

A participação social deve ter a perspectiva do controle social, buscando que os setores organizados da sociedade participem das políticas, desde o planejamento, o acompanhamento, a avaliação e até mesmo a definição dos recursos, para que estas atendam aos interesses da coletividade. Esse processo não é isento de conflitos e jogos de força, o que confere a participação popular a intermediação entre os limites e possibilidades que se apresentam.

Nesse contexto vale a pena refletir sobre esses limites e possibilidades que se apresentam à participação popular, em especial no que se refere ao estabelecimento de mecanismos institucionais de participação, como os conselhos e conferências

Paula (2005) cita as concepções de diferentes estudiosos nesse debate. A autora destaca que para alguns destes, como Cardoso (1994) e Doimo (1995), a presença constante da sociedade civil nos mecanismos institucionais de participação social junto ao Estado representa um refluxo dos movimentos sociais, um abandono de seus ideais revolucionários e uma adesão dos mesmos a uma perspectiva reformista. Também destaca as discussões de Boschi (1987) e Cardoso (1998) para os quais existe a possibilidade de que os ideais democratizantes se obscureçam diante dos vícios da institucionalidade, como o clientelismo, a corrupção, o populismo e o burocratismo, correndo os riscos da cooptação e rotinização de seu funcionamento. Por fim apresenta autores como Carvalho (1997) e Dagnino (2000) apontando que a existência de mecanismos institucionais de participação pode favorecer a democratização das estruturas políticas e um maior controle social sobre as ações estatais.

Em que pese todas essas ponderações, é inegável que o processo de institucionalização da participação popular representa um avanço na condução das políticas públicas, permitindo a participação de diferentes sujeitos sociais no processo decisório. A questão chave que se coloca é

como efetivar essa participação e garantir meios concretos para o exercício do controle social pelos usuários das políticas e programas sociais. A socialização de informações, a tradução da linguagem burocrática para a popular, a capacitação permanente podem se colocar como caminhos possíveis na busca dessa efetivação. Do mesmo modo, a desconstrução das relações de poder e a não centralização do processo decisório também são elementos centrais na construção da gestão democrática.

De modo semelhante Raichelis (2006) ao discutir a democratização da gestão das políticas públicas destaca o conceito de publicização. Para a autora o conceito funda-se na visão da democracia e da dinamização da participação social de modo que esta seja cada vez mais representativa dos interesses coletivos da sociedade. A publicização deve ocorrer na esfera pública, no campo da gestão, permitindo a construção de relações democráticas entre os governos, representados pelos gestores e a sociedade. A publicização torna-se, portanto, uma estratégia política para a democratização, ao viabilizar a visibilidade social (transparência e publicidade das ações), o controle social, a representação de interesses coletivos e a ampliação e consolidação dos fóruns de decisão política.

Sobre a discussão das contradições e ambiguidades dos espaços conselhistas, a autora considera os conselhos como estratégias de publicização e destaca que estes

são canais importantes de participação coletiva e de criação de novas relações políticas entre governos e cidadãos e, principalmente, de construção de um processo continuado de interlocução pública. Por meio dessa interlocução objetiva-se propor alternativas de políticas públicas, criar espaços de debates, estabelecer mecanismos de negociação e pactuação, penetrar a lógica burocrática estatal para transformá-la e exercer o controle socializado das ações e deliberações governamentais (RAICHELIS, 2006, p. 83).

Ao mesmo tempo considera que mesmo com todas as possibilidades apresentadas pelos conselhos, a participação popular não deve se resumir a estes espaços podendo ampliar-se e organizar-se para outros espaços e de outras formas através de organizações autônomas da sociedade.

Outras questões que também devem ser consideradas nessa reflexão são discutidas por Franco et al (2004). Para os autores a representação popular nos conselhos deve transcender a mera ideia de paridade, construindo uma representação em que as organizações populares tenham real participação e interação com a sociedade organizada. Isto é, a mera composição paritária destes espaços não garante a participação popular. O potencial dos conselhos vincula-se a existência de

valores e ideais democráticos e libertários, bem como ao efetivo controle das políticas públicas pela sociedade. Além disso, os autores apontam que os conselhos não são isentos da lógica institucional neoliberal, do conservadorismo e da burocratização, sendo necessário para não se deixar capturar a essa lógica, manter a autonomia dos conselhos na condução das políticas e nas decisões tomadas.

Todos esses elementos devem ser considerados na reflexão sobre a participação popular na gestão democrática das políticas públicas. Avançando no debate em torno da gestão democrática, Paiva (2000) destaca cinco atributos que devem acompanhá-la.

O primeiro atributo refere-se ao “*caráter público*” que deve marcar a gestão, atendendo aos interesses de todos e buscando ser transparente nas decisões, na alocação de recursos, na disponibilização de informações, permitindo assim, o controle social por parte de toda a sociedade. O “*caráter democrático*” significa a abertura de meios e instrumentos para que haja acesso às informações, fortalecimento das organizações de participação e representação popular. O “*caráter ético*” assegura valores democráticos e de equidade. Implica o estímulo de laços fortes entre a administração e seu público e o estabelecimento de regras, responsabilidades e comprometimentos. A “*eficiência*” expressa a valorização de concursos, a avaliação periódica das ações, bem como um novo relacionamento entre técnicos e políticos. E finalmente o “*compromisso*” com o desenvolvimento político, econômico e cultural.

Com estes atributos é possível apontar que a gestão pública conforma um sistema político, técnico, ético, jurídico e administrativo que supera o formalismo da democracia liberal e inova ao combinar novas formas de representação e participação popular. Esses ideais da gestão pública podem permitir a introdução de novas e melhores tecnologias de gestão, bem como e especialmente, o alcance de padrões consistentes de eficiência, produtividade e justiça nas políticas sociais. Para tanto, Nogueira (2005) chama a atenção para a necessidade da sociedade civil não se esvaziar de sentido político e não se transformar em cadeia de transmissão da ideologia dominante. A sociedade civil necessita ter conhecimento e controle sobre os mecanismos de participação popular buscando os meios de qualificar e efetivar essa participação.

Estes ideais da gestão democrática, face o contexto socioeconômico atual, imprimem uma série de desafios aos gestores públicos, como a garantia da universalidade e da equidade na prestação dos serviços, a resolutividade e a qualidade das ações, a participação popular e profissional nos espaços decisórios, a construção de uma política de recursos humanos com ações de capacitação e educação permanente que qualifiquem o exercício profissional e a prestação dos serviços (SCHRAIBER, et al, 1999).

Todos esses desafios demandam a aquisição de habilidades e a utilização de instrumentos que viabilizem o sucesso de uma gestão comprometida com a democracia e a cidadania. Com este entendimento, são apresentados a seguir alguns instrumentos compreendidos nesse estudo como essenciais no processo de gestão, o planejamento, o monitoramento e a avaliação. Tais instrumentos, articulados à participação popular e ao comprometimento ético que devem envolver a gestão pública, apresentam potencial para garantir a qualidade e a efetividade dos programas e serviços desenvolvidos.

O planejamento coloca-se como peça chave no processo de avaliação, pois ao antecipar a ação, o desenvolvimento de uma política ou programa, permite o conhecimento da realidade e a adequação entre objetivos/metas e meios/instrumentos. A pesquisa e o conhecimento são instrumentos que podem contribuir para a melhoria da realidade, uma vez que o processo de conhecimento tem como finalidade a intervenção na vida concreta. Parte-se de um processo de abstração do real, para em seguida compreendê-lo e retornar a ele munido de informações que permitam a intervenção.

Um bom planejamento na gestão pública demanda um detalhamento da realidade sobre a qual se pretende intervir, compreendendo as especificidades do público-alvo da ação a ser desenvolvida, bem como as características locais e o contexto cultural, social e econômico da região/população. A partir desse processo de estudo e pesquisa é possível construir dados, indicadores sociais e diagnósticos que auxiliam na definição de prioridades e recursos, como também na metodologia das ações a serem desenvolvidas (PAIVA, 2000).

De modo semelhante Vaitsmam (2009) aponta que a produção de dados e informações constitui matéria-prima para a produção de indicadores que auxiliam o processo de monitoramento e avaliação de programas e serviços. Esses dados além de fornecer informações e bases sólidas para a atuação do gestor permitem também, realizar avaliações sobre a política em questão. Por isso o registro regular, correto e padronizado das informações é fundamental. A análise destes permite identificar os pontos de avanço e os nós críticos do programa/ serviço.

Além disso, o planejamento pode permitir o atendimento às reais necessidades da população-alvo através dos melhores meios e instrumentos, tanto do ponto de vista técnico, quanto ético/político. Permite a utilização racional de recursos e a aplicação das melhores tecnologias, bem como garante a qualidade do serviço prestado e o comprometimento com a perspectiva de direito e cidadania.

O monitoramento, por sua vez, consiste no acompanhamento contínuo e cotidiano dos

programas e políticas em relação a seus objetivos e metas. Trata-se de uma função inerente à gestão e gerência de programas que deve ser capaz de prover informações que permitam a adoção de medidas capazes de melhorar e qualificar a operacionalização das ações e o atendimento das metas estabelecidas (VAITSMAN, 2009).

Fica evidente a interconexão e a interdependência dos processos de gestão. Planejamento e monitoramento se fazem *pari passu* durante toda a gestão. De acordo com o autor, o monitoramento pode ser sintetizado em quatro etapas: coleta regular de dados, processamento e transmissão de dados, produção de indicadores e acompanhamento e análise dos mesmos. A partir desse processo investigativo passa-se ao planejamento de ações que visarão corrigir os problemas identificados ou avançar ainda mais nos pontos positivos.

Finalmente, a avaliação constitui mais uma etapa da gestão na busca pela qualidade e efetividade desta. Vale destacar que a ideia de avaliação necessita superar a concepção restrita que a compreende como um processo necessário apenas para reduzir gastos públicos e punir pelo não alcance de resultados e metas estabelecidas.

De acordo com Silva (2000) a avaliação serve para realimentar programas e se expressa em um esforço para analisar efeitos reais, identificando pontos de avanço e de retrocesso. Não é um ato neutro e nem exterior às relações de poder, por isso exige objetividade e independência. Constitui ato técnico e político capaz de captar o projeto de sociedade da política ou programa avaliado, as correlações de forças presentes, as demandas sociais, objetivos e finalidades do serviço ofertado.

Ainda de acordo com Silva (2000), a avaliação de políticas sociais não constitui ato neutro, técnico ou instrumental, pois avaliar significa questionar decisões, concepções e finalidades de uma política ou programa e, assim não existe um modelo ou caminho único de avaliação. Esta constitui um método científico, pois caracteriza-se como uma pesquisa avaliativa, complexa, sistemática, deliberativa e qualitativa. Deve conter, portanto, um rigor metodológico que garanta a produção de avaliações eficientes e que sejam capazes de se colocar como reflexos da realidade. Além disso, todo processo de análise do real como já foi dito, deve ter como objetivo o retorno à realidade buscando melhorá-la e transformá-la. Nesse entendimento a avaliação necessita produzir informações reais e consistentes para que possa alcançar seu próprio objetivo.

Para Vaitsman (2009) a avaliação pode focalizar diferentes aspectos de um programa, como a relevância, a eficiência, efetividade, resultados e impactos. Em qualquer dimensão avaliada, o objetivo é sempre melhorar a qualidade dos serviços prestados, verificar seus resultados e também fornecer subsídios para o planejamento de ações e a tomada de decisões. Por isso é fundamental

superar seu caráter instrumental, conferindo além do caráter técnico, o caráter ético-político que permite compreender se há mudanças sociais no seu âmbito de ação e qual a qualidade e efetividade destas. Este deve ser o principal sentido da avaliação de uma política ou programa social.

Sobre a participação de usuários no processo de avaliação, Aguilar e Ander-Egg (1994) indicam dois motivos que reforçam a importância e necessidade de envolver esses sujeitos sociais no processo avaliativo. O programa pode alcançar seus objetivos, utilizar procedimentos adequados e ainda assim, não obter resultados efetivos, no sentido de atender as reais necessidades do público atendido. Nesse sentido, para os autores seria fundamental envolver os usuários no processo de avaliação, considerando que estes teriam muito a contribuir para a obtenção de resultados eficazes.

Além disso, a participação de usuários pode trazer novas perspectivas e concepções que venham a enriquecer a avaliação trazendo novos aspectos ou utilidades. Os autores recomendam envolver tantos os usuários reais, como os potenciais e os cidadãos em geral.

Enfatiza-se assim, a necessidade da participação popular na gestão pública conforme já discutido, não só pelo fato dos usuários serem o alvo das políticas e programas sociais, mas pela dimensão ética e política desse processo. Ao envolver diferentes sujeitos sociais, a avaliação pode englobar interesses e racionalidades diferenciadas resultando em conflitos e embates que devem ser equacionados e direcionados ao atendimento do interesse público.

A avaliação é uma etapa do processo de gestão das políticas sociais, podendo ocorrer em diferentes momentos. Mas ao mesmo tempo, como trata-se de um processo científico para alimentar programas sociais, a avaliação deve ser constante e contínua, realizada através de meios e instrumentos sempre inter-relacionados.

Independente do modelo de avaliação é importante articular tanto perspectivas qualitativas quanto quantitativas. Trata-se de superar uma suposta dicotomia e compreender que ambas as metodologias produzem resultados importantes e pertinentes que somados contribuem para o sucesso do processo avaliativo.

Um dos grandes desafios de todo o processo da gestão pública é a adesão e envolvimento de todos os sujeitos envolvidos durante todo o processo, desde o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação. Vaistmam (2009) chama a atenção para o quanto é importante o envolvimento também dos profissionais, daqueles diretamente envolvidos com a execução da política ou programa. Para que este envolvimento ocorra é fundamental que os técnicos conheçam os objetivos e o significado das atividades em que estão envolvidos e tenham a possibilidade de interferir no seu planejamento e avaliação.

Finalmente, corroborando com Alves (2008) a gestão e especialmente a avaliação, como um momento da gestão de políticas e programas sociais, deve tomar como base as categorias de análise advindas do pensamento crítico-dialético, considerando a dimensão econômica, política, cultural e social da realidade em que se insere. Toda política ou programa social tem uma correlação com a estrutura da sociedade, representa interesses divergentes envolvidos e correlações de força em jogo que necessitam ser desveladas. Com esse entendimento a gestão pública deve buscar percorrer o caminho mais democrático possível tendo como horizonte a cidadania e a justiça social.

Os instrumentos de gestão permeados pelo controle social constituem os pilares de uma gestão democrática, participativa e que busca a qualidade da atenção. Todas essas reflexões são aplicáveis à gestão de políticas e programas no setor saúde, e merecem ser consideradas na análise destas. Embora apresente certas especificidades que serão destacadas, a gestão no campo da saúde deve incorporar o controle social e os instrumentos considerados como fundamentais nesse processo, o planejamento, o monitoramento e a avaliação. Esses mecanismos apresentam potencial para contribuir com o sucesso da gestão e, partindo das reflexões sobre a relação entre gestão e o trabalho em saúde, também são fundamentais para o êxito dos serviços prestados diretamente ao usuário. Não se pretende aqui separar a gestão e a prestação da assistência/ desenvolvimento do trabalho como momentos isolados, mas ao contrário, estreitar a discussão entre ambos e explicitar a interdependência existente.

A seguir serão apresentadas e discutidas as especificidades da gestão no SUS, considerando as ponderações realizadas até aqui e destacando o arcabouço legal do Sistema, os desafios postos à gestão diante do contexto socioeconômico atual, a descentralização e os seus impactos na gestão municipal, o planejamento no âmbito do Sistema, a relação com os recursos humanos e o controle social. Compreendidos esses elementos, em seguida serão apresentados os elementos constitutivos da gestão da ESF, considerada inserida no contexto maior da gestão do SUS e da gestão de políticas e programas sociais de um modo geral. Nesse momento será destacada e discutida a intersetorialidade, considerada como um importante eixo que deve nortear a gestão e o trabalho, em função dos próprios objetivos e características da ESF.

2.2 A gestão no Sistema Único de Saúde: da normatização legal aos impasses atuais

O SUS tem incorporado em sua estrutura institucional e decisória mecanismos e

instrumentos que apontam para a democratização da gestão e para o compartilhamento de responsabilidades e decisões. Sua configuração institucional busca romper com o caráter historicamente centralizador, tanto no campo político quanto administrativo e financeiro, da gestão da política de saúde no país. Apresenta, portanto, uma proposta de gestão democrática que incorpora diferentes sujeitos sociais nos processos decisórios e estabelece novas relações entre as esferas de gestão (LEVCOVITZ et al, 2001).

O SUS foi criado pela CF88 que estabelece as diretrizes (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade) e as competências gerais do Sistema e, regulamentado pelas LOS 8.080 e 8.142 que dispõem sobre a organização e estrutura do SUS e sobre a participação popular nesse processo. As LOS definem as atribuições e competências de cada esfera de gestão e estabelecem os mecanismos institucionais para o exercício do controle social. A gestão no SUS também é normatizada por outros instrumentos legais como as Normas Operacionais Básicas (NOB), as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) e mais recentemente, o Pacto pela Saúde que inclui o Pacto de Gestão, lançado em 2006. Este tem se colocado como um dos mais recentes e importantes instrumentos de gestão no âmbito do Sistema (BRASIL, 2011b).

De 1993 a 2006 a gestão do SUS orientou-se pelas diversas NOBS¹¹ lançadas nesse período. Na década de 1990 foram publicadas 4 NOBS: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96. Em 2001, foi publicada a primeira NOAS-SUS 01/01, revista e publicada em 2002, como NOAS-SUS 01/02 (BRASIL, 2011b). Os objetivos e a trajetória de cada NOB e do Pacto serão discutidos ao longo do texto.

A Lei 8.080 define as atribuições de cada esfera de governo no desenvolvimento e execução do SUS. A direção do Sistema é única em cada nível de governo sendo exercida pelo MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Além das LOS, as NOBS também detalham as competências específicas e divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Noronha et al (2008) apresentam sinteticamente as atribuições e competências de cada esfera gestora. São funções comuns o planejamento dos serviços e a formulação das políticas, a realização de investimentos para redução das desigualdades e o controle e a avaliação do conjunto do Sistema.

À esfera federal cabe a normalização e coordenação geral do Sistema, oferecendo cooperação técnica e financeira aos estados e municípios. Aos gestores estaduais cabe o

¹¹ As NOBS são instrumentos legais instituídas por meio de portarias ministeriais. São utilizadas para a definição de estratégias que visam a operacionalização do Sistema a partir da avaliação do desenvolvimento deste. Seus objetivos principais constituem em induzir e estimular mudanças no SUS, aprofundar e reorientar a implementação do Sistema, definir prioridades, diretrizes e movimentos operacionais, regular as relações entre seus gestores, normatizar o SUS.

planejamento estadual da regionalização e o desenvolvimento de cooperação técnica e financeira aos municípios. A estes cabem a gestão do sistema de saúde no seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços de saúde, bem como a regulação dos prestadores privados do sistema. A execução dos serviços de saúde somente cabe aos estados e ao MS em circunstâncias específicas e justificadas e/ou em caráter temporário. Percebe-se que o gestor municipal assume grande responsabilidade na execução direta dos serviços, como consequência da diretriz da descentralização.

A LOS 8.142 define as instâncias colegiadas, Conselho e Conferência de Saúde, para materializar e operacionalizar a participação popular na gestão do SUS (BRASIL, 1990). O Conselho de Saúde é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários, sendo a participação deste segmento paritária em relação aos demais. É órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo que tem como objetivo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive no que se refere aos aspectos econômicos.

As Conferências contam com a mesma composição dos Conselhos e tem o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Realizam-se a cada quatro anos ou extraordinariamente quando convocadas pelo Poder Executivo ou pelo Conselho.

Tanto os Conselhos, quanto as Conferências representam importantes instrumentos na construção da política de saúde e expressam três ideias principais: a necessidade de concretizar o controle social da sociedade sobre o poder público, o esforço de construção de uma gestão participativa desde a formulação até a implementação da política de saúde e a necessidade de propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade e as instituições públicas no sentido de romper com padrões tradicionais como o clientelismo, o personalismo e o patrimonialismo. Representam a construção de um modelo assistencial que pauta-se na democracia e na cidadania (NORONHA et al, 2008).

Compõe ainda o arcabouço institucional do SUS, as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT). A CIT é formada por representantes do MS, dos secretários estaduais de saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). As CIB são compostas em cada estado, paritariamente por representantes do governo estadual e representantes dos secretários municipais de saúde.

Essas comissões foram criadas diante da necessidade de conciliar as diretrizes do SUS com o federalismo brasileiro. O objetivo é propiciar o debate e a negociação entre os três níveis de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde, submetendo-se à fiscalização e acompanhamento dos Conselhos. O processo decisório ocorre por consenso e não por voto, visando estimular o debate e a negociação entre as partes (NORONHA et al, 2008).

Os CONASS e CONASEMS citados são órgãos colegiados de representação política dos gestores do SUS. Os CONASEMS têm como eixo de ação o fortalecimento e a autonomia da gestão municipal, funcionando como representantes das secretarias municipais de saúde. O CONASS tem como objetivo tornar o conjunto das secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal mais participante da construção da política de saúde e representa os interesses comuns destas (BRASIL, 2011b).

O arcabouço institucional do SUS pode ser assim delineado: gestores (MS, secretarias estaduais e municipais); instâncias de controle social (conselhos nacional, estaduais e municipais, além das conferências); comissões intergestoras (CIB e CIT); representação de gestores (CONASS, CONASEMS).

Analisando essa estrutura de gestão do SUS, Noronha et al (2008) apontam que os gestores deste Sistema atuam em dois campos imbricados, o político e o técnico. O âmbito político se faz presente nos relacionamentos entre os gestores e os outros sujeitos sociais nas diferentes esferas de negociação e decisão. No âmbito técnico, permeado pelo campo da política, os gestores desempenham um conjunto articulado de saberes e práticas que podem ser divididas em quatro grandes grupos de funções: a formulação de políticas e planejamento, o financiamento, a regulação e a prestação direta dos serviços de saúde.

No primeiro grupo estão incluídas as atividades de diagnóstico e identificação de prioridades, programação das ações e serviços entre outras. No segundo grupo estão incluídas a alocação de tributos, a elaboração de orçamentos, constituição de fundos, prestação de contas e destinação dos recursos. Na regulação cabe a proposição de normas técnicas e padrões, a coordenação, o controle e a avaliação de serviços, a gestão das informações em saúde, os contratos e convênios com prestadores privados e a fiscalização de serviços. Por fim, no último grupo estão incluídos os procedimentos técnicos e administrativos vinculados à execução direta das ações e serviços.

Esse dois campos, o político e o técnico, mostram-se articulados e revelam a dinâmica em que se insere a gestão do SUS. No imbricamento entre esses dois campos, uma série de relações

entre diferentes sujeitos ocorrem, podendo haver disputas, conflitos de ideias e de interesses. A gestão do SUS, como em qualquer outra política ou programa, caminha nesses dois campos aliando a execução direta dos serviços aos valores, objetivos e interesses em jogo. É a possibilidade de articular essas duas dimensões que confere à gestão do SUS, um caráter democrático e participativo, aberto à articulação entre as diferentes instâncias gestoras e ao controle social.

Todo o aparato legal de gestão do SUS revela a existência de mecanismos avançados na busca pela construção de uma gestão democrática, como os conselhos, por exemplo. Embora represente um avanço e seja inovador do ponto de vista da história das políticas de saúde brasileira, o aparato legal do SUS e o modelo assistencial proposto ainda encontram uma série de desafios para se materializar e consolidar tal como é a proposta.

Essa dificuldade pode ser explicada especialmente pela conjuntura socioeconômica da década de 1990 que se mostrou totalmente desfavorável à consolidação do SUS. Se, na década de 1980, a crise econômica e a luta pela democratização favoreceram o debate sobre a política de saúde e as conquistas expressas na CF88, na década de 90, a consolidação do SUS tem sido obstaculizada pela conjuntura neoliberal evidenciada pelos processos de reforma do estado.

Conforme já foi discutido, a crise econômica, política e social vivenciada por vários países nas décadas de 1970 e 1980 resultaram no estabelecimento de uma onda conservadora de reformas orientadas para a abertura econômica e o enxugamento das funções do Estado. No Brasil não foi diferente e a partir da reforma, a tarefa do Estado passou a consistir em garantir um mínimo de serviços sociais aos que não podem acessá-los via mercado, permitindo a expansão do setor privado. Em consequência, as mudanças implementadas no âmbito do Estado dificultaram o desenvolvimento de políticas sociais universais impactando fortemente a agenda da reforma sanitária brasileira.

O novo cenário político gerou e vem gerando uma certa tensão no desenvolvimento do SUS, uma vez que os princípios e diretrizes desse Sistema não combinam com a agenda da reforma. Assim, uma série de entraves tem sido observados no que se refere ao acesso, à integralidade, a participação popular, a democratização da gestão entre outros.

De modo semelhante Mendes et al (2011) apontam que a proposta da Reforma Sanitária choca-se com a concepção de Estado mínimo presente na reforma do Estado brasileiro. A universalidade do acesso não combina com a focalização das políticas sociais e a mercantilização de direitos presentes no novo cenário político e econômico. Por isso para as autoras o atual cenário, ao impor novos padrões de gestão para as políticas sociais, acabou por gerar uma dicotomia no SUS,

através da criação de dois subsistemas. O primeiro expresso no “subsistema de entrada e controle” e o segundo no “subsistema de referência ambulatorial e especializada”. No primeiro o Estado assume a oferta dos serviços na APS, visto que estes não são de interesse para o mercado. O segundo é ofertado pelo mercado tanto através de seguros de saúde quanto através de convênios e contratos com o setor público.

Essa dicotomia é prejudicial ao Sistema que além de fragmentá-lo, permite que o setor privado amplie sua participação na oferta de ações de saúde, rompendo com a afirmação legal presente na CF88 de que o setor privado deve participar do SUS apenas em caráter complementar. Além disso, fragiliza a responsabilidade do Estado em garantir acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos em todos os níveis de atenção do Sistema e, fragiliza também a perspectiva de direito, já que a atenção à saúde torna-se uma mercadoria.

Esse contexto para Bravo e Matos (2008) acabou por gerar uma tensão entre dois projetos em disputa, o “Projeto da Reforma Sanitária” construído na década de 1980 e o “Projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista” hegemônico na década de 1990. Os autores problematizam que estes dois projetos em confronto expressam dois grandes projetos societários antagônicos em disputa hoje na sociedade. Por um lado, uma sociedade fundada em uma democracia de massas, com ampla participação social e com uma concepção de Estado em que este atua em função da sociedade garantindo direitos e buscando a melhoria dos serviços prestados. Por outro lado, uma sociedade apoiada em uma democracia restrita, com diminuição de direitos sociais e políticos. Esses dois grandes projetos têm repercussões nas diversas políticas sociais, inclusive na área da saúde.

O Projeto da Reforma Sanitária foi fruto de lutas e mobilizações políticas de diferentes sujeitos sociais e tem como perspectiva a garantia da saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado. Prevê a democratização da gestão, através dos conselhos e conferências, a universalização do acesso, a integralidade e a equidade das ações, enfim, a construção de um modelo de atenção pautado em uma perspectiva ampliada de saúde e de direito. Com todos esses ideais, esse projeto tem se constituído em uma tendência contra-hegemônica na atualidade.

O projeto de saúde articulado ao mercado também é entendido pelos autores como uma reatualização do modelo médico assistencial privatista e pauta-se na política de ajuste neoliberal. As propostas para o campo da saúde nesse projeto voltam-se para a focalização atendendo a população vulnerável através de um pacote básico de serviços e, para ampliação da privatização, mercantilizando a saúde. A universalidade do acesso é frontalmente questionada nesse projeto.

Com estas considerações pode-se afirmar que a reforma do Estado impacta severamente o

SUS, em especial em um dos seus fundamentos centrais que é a universalidade do acesso. Analisando os impactos da reforma no setor saúde, Bravo e Matos (2008) destacam três ações direcionadas à saúde, incluídas no pacote da reforma: a ênfase na descentralização de forma mais rápida e decisiva; a montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado composto por dois subsistemas já citados (de entrada e controle e de referência ambulatorial e especializada) e; a construção de um sistema de informações em saúde para gerar indicadores e medir resultados. Para os autores tais ações demonstram o interesse claro da reforma em focalizar a política, permitir o avanço do setor privado na prestação dos serviços e diminuir a autonomia do Estado no desenvolvimento das políticas sociais em função da ênfase nas organizações públicas não estatais.

Como se pode observar pelas ações direcionadas ao setor saúde, a descentralização estava prevista no âmbito da reforma. Esta, aliás, é a única diretriz do SUS que não colide diretamente com os vetores da reforma do Estado, embora pautada em ideais diferentes. Na agenda da Reforma Sanitária a descentralização foi concebida como estratégia para a democratização e a incorporação de novos sujeitos pelo estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo, entre as instituições e serviços. Do mesmo modo, foi entendida como elemento importante para a universalização, a integralidade e a construção do próprio sistema de saúde. Por outro lado, no bojo da reforma do Estado, a descentralização esteve mais atrelada às perspectivas de redução e enxugamento das funções estatais (NORONHA et al, 2008).

Por isso, de acordo com Levcovitz et al, (2001), mesmo fundada em bases ideológicas diferentes, a descentralização encontrou um certo consenso que favoreceu o seu avanço no âmbito do SUS. Mas deve-se considerar que a descentralização por si só não garante a democratização do processo decisório, demandando o fortalecimento da capacidade administrativa e institucional na condução do próprio processo de descentralização. Para os autores os avanços efetivos desse processo relacionam-se com outros aspectos relevantes para a consolidação do SUS, como o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo, e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos.

A descentralização no contexto brasileiro mostra-se como um processo bastante complexo, devido às características do federalismo brasileiro, a heterogeneidade do território nacional e as diferenças na capacidade financeira e administrativa entre as esferas gestoras. Considerando esse contexto e ainda tendo por base as reflexões dos autores, pode-se apontar que a consolidação do SUS demanda a existência de mecanismos que deem conta da complexidade e do dinamismo da descentralização na área da saúde. É nesse contexto que as NOBS aparecem como instrumentos

importantes para normatizar e concretizar a descentralização.

As NOBS vêm orientando esse processo versando sobre a divisão de responsabilidades entre os gestores, os critérios e formas de transferência de recursos e, as relações entre as esferas de governo. As NOBS operacionalizam o processo de descentralização não previsto nas LOS, estimulando mudanças no SUS, aprofundando e reorientando a política de saúde e definindo objetivos, estratégias e diretrizes (BRASIL, 2011b).

Vale destacar a ponderação de Arretche e Marques (2007) sobre esta estratégia de construir um sistema descentralizado através da edição de portarias pelo MS. Para os autores tal estratégia resultou em uma alta concentração de autoridade nesse nível de governo para formular as regras que definem as ações de saúde dos estados e municípios. O governo federal ao assumir as funções de financiamento, formulação da política nacional de saúde e coordenação das ações intergovernamentais, expressas na LOS 8.080, acaba por manter as decisões mais importantes da política de saúde concentradas em sua esfera de governo. Mesmo com a descentralização em curso permanece a concentração do poder decisório no nível central.

Ainda que as NOBS expressem, por um lado, a permanência da centralidade do processo decisório, por outro, elas se constituíram em importantes instrumentos para operacionalizar e incentivar a descentralização. Na década de 1990, 4 NOBS foram lançadas, a NOB 91, a NOB 92, a NOB 93 e a NOB 96¹² (BRASIL, 2011b).

Dentre estas, cabe destacar a NOB 96 que foi responsável pelo avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e estados e definindo as responsabilidades e competências destes. Esta NOB teve como objetivos gerais, consolidar o papel do gestor municipal; definir as responsabilidades das três esferas gestoras; reorganizar o modelo assistencial com foco na APS; aumentar a participação percentual da transferência "fundo a fundo" dos recursos federais aos municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços

¹² A NOB 91 teve como pontos principais: a equiparação entre prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento, que passou a ser por pagamento pela produção de serviços; o estabelecimento do instrumento convencional como forma de transferência de recursos do antigo Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS) para os estados, Distrito Federal e municípios; a definição de requisitos para a municipalização, como a existência de Conselho, Fundo e Plano de Saúde, além da existência de uma comissão para a elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários e; a criação de sistemas de informação para controle, acompanhamento e avaliação de serviços de saúde. No ano seguinte a NOB 92 não apresentou grandes inovações, mantendo o que estava previsto na NOB anterior. As dificuldades no avanço da municipalização e as discussões da IX Conferência Nacional de Saúde impulsionaram a NOB 93 que entre outras normatizações criou a transferência regular e automática – “fundo a fundo”; descentralizou a gestão das ações e serviços de saúde para os municípios; definiu, ainda que de forma frágil, o papel dos estados permitindo que esses assumissem o papel de gestores do sistema estadual de saúde; criou a CIB e referendou a CIT como importante espaço de pactuação e integração entre os gestores dos três níveis de governo (BRASIL, 2011b).

produzidos; fortalecer a gestão compartilhada do SUS, através das CITs e CIBs, como espaços permanentes de negociação e pactuação.

A NOB 96 previu a elaboração de uma proposta de Planejamento e Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre as instâncias de governo com objetivo de definir as pactuações e referências intermunicipais, garantindo o acesso universal aos serviços de saúde. Outra inovação refere-se à adoção, como estratégia principal, da ampliação da cobertura da ESF e do PACS através da criação de um incentivo financeiro de acordo com a população efetivamente coberta pelos programas. Assim, a NOB estabeleceu o conceito de Piso da Atenção Básica (PAB) implantando um valor per capita para financiamento das ações de atenção básica e revertendo a lógica de alocação de recursos. O PAB foi dividido em parte fixa, correspondente a um valor por habitante/ano, e parte variável, correspondente a incentivos destinados ao desenvolvimento de determinados programas¹³ (LEVCOVITZ et al, 2001).

Esta NOB também definiu novas formas de gestão para estados e municípios. Para os estados duas condições de gestão foram lançadas, a avançada do sistema estadual e a plena do sistema estadual. Para os municípios, as condições de gestão estabelecidas foram a plena da atenção básica e a plena do sistema municipal. Para cada modalidade de gestão foram previstos repasse/transferência de recursos federais específicos, divididas entre o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, as ações de vigilância sanitária e as ações de epidemiologia e de controle de doenças. Destaca-se que as condições de gestão plena do sistema estadual e plena do sistema municipal representam maiores níveis de autonomia e responsabilidade pelo desenvolvimento das ações de saúde pelas respectivas esferas gestoras (LEVCOVITZ et al, 2001; FIGUEIREDO, 2008).

Embora esta seja a NOB que mais contribuiu para o processo de descentralização, diversas limitações e entraves podem ser destacados. De acordo com Marques e Mendes (2003, p.404), a NOB 96 fere a autonomia local ao induzir o município a adotar determinados programas não necessariamente vinculados às necessidades de saúde da população local:

Há quem afirme que a NOB/96 – em que pese ser um instrumento na operacionalização da descentralização do sistema, ao incrementar as transferências diretas fundo a fundo no campo da Atenção Básica – pode impedir ou obstaculizar a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades locais. Isso porque, ao introduzir o mecanismo de transferência para a Atenção Básica

¹³ A parte variável do PAB correspondia ao desenvolvimento dos seguintes programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Programa de Saúde da Família; Programa de Combate às Carências Nutricionais; Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Assistência Farmacêutica Básica; Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (BRASIL, 2011b).

(PAB), rompendo com a lógica de repasse global para a saúde de forma integral (NOB/93), criou as condições para o surgimento das políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente (...) a NOB/96 iria inibir a autonomia do município, induzindo-o a adotar programas não definidos localmente.

Os autores complementam que o avanço na responsabilização pela execução das ações de saúde deveria ser acompanhado da possibilidade de planejar os recursos no âmbito da gestão local. A NOB reforça a centralidade do governo federal resultando em um processo em que se observa uma descentralização do recurso e da responsabilidade, mas não da autonomia. Com isso, os municípios, na avaliação dos autores, acabam se tornando meros executores da política de saúde, tendo reduzidas as suas possibilidades de participar da definição, elaboração e planejamento desta no âmbito local.

De modo semelhante Trevisan e Junqueira (2007) destacam que trata-se de um processo de “descentralização tutelada”, em que os governos locais ficam dependentes do repasse de verbas do governo federal pelo desenvolvimento das ações previstas nesta esfera de gestão. A descentralização resultou em avanços na autonomia dos municípios no campo político e administrativo, mas no campo financeiro esta autonomia mostra-se relativa, já que condicionada ao repasse de verbas.

A NOB 96 também estabeleceu o conceito de gestão que desde então vem norteando todo o Sistema. A gestão é entendida como a atividade de comandar o Sistema em um nível exercendo funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação. Figueiredo (2008) problematiza a necessidade de ampliar esse conceito e compreender que a gestão inclui a responsabilidade em dirigir o Sistema e organizar o processo de trabalho, como também inclui, os interesses, objetivos, saberes e poderes em jogo, além da formatação das próprias políticas e do Estado que conformam a gestão. Conforme já foi discutido, a gestão é permeada pelas dimensões técnica e política.

Ainda no âmbito das problematizações sobre a NOB 96, merece destaque o debate realizado por Bravo e Matos (2008), em que estes entendem que esta NOB guarda intrínseca relação com as estratégias de reforma do Estado. Para os autores ao enfatizar a adoção de programas como PSF e o PACS, apresenta uma orientação focalista, priorizando a atenção básica desarticulada dos demais níveis. Com isso, reforça-se a divisão do SUS em dois, o hospitalar e o básico, subentendendo-se dois subsistemas: um SUS para os pobres e um sistema para os consumidores.

De fato, a partir da década de 1990 o SUS vem sendo permeado pelas estratégias e embates

dos dois projetos em disputa já mencionados, o projeto da Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado. Com isso, todo o desenvolvimento do Sistema, as ações desenvolvidas e, as estratégias traçadas são tensionadas por essa disputa podendo tender ora para um lado, ora para o outro.

Mesmo com todos esses impasses é possível apontar, conforme salienta Souza (2001), alguns resultados positivos das NOBs, em especial no que se refere ao aumento da transferência de recursos do governo federal para estados e municípios, no fortalecimento da capacidade institucional na gestão da saúde destes e na expansão da rede de serviços municipais de saúde.

O processo de descentralização do SUS não se findou com a última NOB, tendo se mostrado contínuo, com avanços em alguns aspectos e retrocessos em outros. Os problemas observados no que se refere a definição de responsabilidades, aos mecanismos de pactuação, planejamento e organização e a permanência na dificuldade em garantir o acesso e a resolutividade da assistência, resultaram na edição de uma nova norma operacional, a NOAS em 2001 e posteriormente em 2002, com pequenas alterações (BRASIL, 2011b).

O objetivo da NOAS-SUS 01/2001 foi promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Como estratégia definiu o processo de regionalização dos serviços de saúde tendo como instrumento principal o Plano Diretor de Regionalização (PDR)¹⁴ e, enfatizou a necessidade de ampliar a resolutividade e a qualidade da APS. Com esse objetivo definiu as áreas estratégicas de atuação da APS através da instituição da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e do financiamento pelo PAB-ampliado e, definiu também um conjunto de procedimentos de média complexidade para as referências intermunicipais.

De acordo com Souza (2001) tais estratégias de regionalização e pactuação entre as instâncias gestoras demandam necessariamente o fortalecimento da capacidade gestora, a existência de um planejamento integrado, mecanismos de comunicação, fluxos efetivos de referência e contra referência. Somente a partir desses avanços é que se poderá construir uma rede de atenção à saúde

¹⁴ O PDR funciona como um instrumento de organização do processo de regionalização da atenção a saúde em cada estado, com base nas necessidades da população e na garantia do acesso a todos os níveis de atenção do Sistema o mais próximo possível da residência dos usuários. O PDR deve conter a divisão do território estadual em regiões de saúde, definidas por critérios epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade; o diagnóstico de saúde e das prioridades de intervenção; a constituição de módulos assistenciais formados por um ou mais municípios, que garantam acesso e resolutividade; os fluxos de referência e contra-referência para todos os níveis de complexidade juntamente com os mecanismos de relacionamento intermunicipal e; o Plano Diretor de Investimentos (PDI) que tem por objetivo identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento para promover o acesso em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2011b).

integrada e cooperativa.

Analisando todo o processo de descentralização, em que os municípios assumem importante papel na política de saúde, pode-se dizer, em síntese, que esse processo tem gerado duas tensões em especial. Uma se refere à tensão entre descentralização e desconcentração e, a segunda à descentralização e construção da rede de atenção à saúde. Essas duas tensões impactam fortemente a construção do modelo assistencial proposto pelo SUS, tanto no campo da gestão, quanto no campo da prestação direta dos serviços.

A primeira, expressa na dicotomia entre descentralização e desconstrução, é discutida por Luz (2000, p.307). Para a autora houve descentralização na política de saúde brasileira, quando se considera a transferência de funções e ações, incluindo a gestão para os níveis territoriais menores do Sistema, como os municípios. Mas, quando se considera a concentração dos recursos na esfera central de governo, a permanência de controle contábil sobre os municípios e a priorização de determinados programas verticais, não necessariamente coerentes com a realidade municipal, chega-se a conclusão de que se trata de uma descentralização incompleta. A autora conclui que “se houve efetivamente descentralização na política de saúde (...) não houve – e nem poderia haver, considerando a composição do Estado e sua política dominante – *desconcentração*”.

A outra tensão existente no SUS é discutida por Trevisan e Junqueira (2007) em relação a dicotomia entre a descentralização e a construção de uma rede de atenção à saúde. Para os autores a descentralização acompanhada da regionalização e hierarquização encontra dificuldades na construção de uma rede de atenção à saúde, considerando que a divisão do poder e das responsabilidades entre os entes federados pode gerar dispersões nos pontos da rede. A construção de uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada avançou no que se refere à regionalização e hierarquização, mas a construção da rede ainda encontra muitos entraves. A ideia de rede se refere a uma integração contínua entre os diferentes níveis de gestão e de atenção do Sistema de Saúde. Somente essa efetiva integração pode garantir que o acesso do usuário seja exercido em rede, desde o planejamento, a oferta e a realização do acesso.

Todo esse processo de descentralização representa um avanço no sentido de romper com os excessos de centralização do poder como marca histórica do Brasil. As NOBs e NOAS auxiliaram na operacionalização do SUS, mas como se pode observar, ainda há muito que avançar na construção de uma rede de atenção à saúde regionalizada, hierarquizada, com integralidade, universalidade e com uma gestão pautada nos ideais da Reforma Sanitária e não nas propostas da reforma do Estado.

Visando superar os desafios postos e consolidar a gestão democrática e compartilhada no SUS, em 2006 é lançado o Pacto pela Saúde com os componentes, Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e, Pacto de Gestão. Este é um dos mais recentes e importantes instrumentos que veem normatizando a gestão no SUS. Considerando que o Pacto pela Vida e o Pacto em Defesa do SUS já foram apresentados, a discussão se centrará agora no Pacto de Gestão. O objetivo principal deste último é instituir um processo de negociação permanente entre gestores, estabelecendo as responsabilidades de cada ente federado e fortalecendo a gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006).

O Pacto representa um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas (união, estados e municípios), como possibilidade de efetivar acordos de gestão no SUS. A partir do Pacto, os municípios e estados substituem suas habilitações previstas na NOB/96 e NOAS/2001, que definia responsabilidades de acordo com o nível de gestão, e aderem aos termos de compromisso de gestão. Em consequência, todas as esferas de gestão passam a ser totalmente responsáveis pela integralidade das ações, devendo garanti-las através das pactuações. Através do termo de compromisso de gestão, os municípios e estados definem ações, prazos e recursos para desenvolvimento das ações (MENDES et al, 2011)

O Pacto estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização, na regionalização, no financiamento, na PPI, na regulação, na participação e controle social, no planejamento, na gestão do trabalho e, na educação na saúde. Dentre estas diretrizes estabelecidas, destaca-se algumas daquelas que se encontram no campo do financiamento, da gestão do trabalho, da educação na saúde, do planejamento e, do controle social. As diretrizes presentes nos demais campos versam sobre a regionalização da atenção a saúde a partir da utilização de instrumentos como o PDR e o PDI, a garantia do acesso e da resolutividade das ações, inclusive na APS, a alocação de recursos e as pactuações entre as esferas de governo. Considerando que tais questões já foram, de alguma forma, delineadas quando se discutiu o processo de descentralização, elas não serão retomadas aqui.

No que se refere ao financiamento, o Pacto reitera os princípios gerais do financiamento para o SUS, a saber: a responsabilidade das três esferas de gestão pelo financiamento do SUS; a redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais; o repasse fundo a fundo definido como modalidade preferencial na transferência de recursos entre os gestores e; o financiamento dos recursos federais constituídos e transferidos em blocos de recursos. Com o Pacto as bases de cálculo para o financiamento foram modificadas e foram estabelecidos os blocos de financiamento que na

atualidade constituem seis (atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS; investimentos na rede de serviços de saúde).

Para Mendes et al (2011), a definição dos blocos de financiamento é o ponto crítico do Pacto de Gestão. Estes constituem “caixas de transferências de recursos” vinculados aos programas prioritários definidos centralmente pelo MS, sem garantia para outras ações que atendam às necessidades de saúde do município. Com isso, os gestores municipais encontram dificuldades para planejar e definir localmente as estratégias adequadas à realidade do município. Mesmo com todas as estratégias de descentralização, a gestão central ainda permanece definindo as condições e regras para o financiamento e desenvolvimento das ações de saúde no âmbito dos municípios. O MS acaba por formatar o desenho dos sistemas municipais de saúde que são atraídos pelos incentivos financeiros. Permanece a lógica da “descentralização tutelada”, discutida por Trevisan e Junqueira (2007).

No campo da gestão do trabalho, o Pacto destaca que a política de recursos humanos no SUS é um eixo fundamental e deve ser formatada de modo a incentivar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. Aponta que os Planos de Cargos e Carreira do SUS devem se colocar como instrumentos que além de regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, devem consolidar a carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no SUS. Do mesmo modo, destaca a adoção de vínculos de trabalho que garantam direitos sociais e previdenciários e o estímulo a processos de negociação entre gestores e trabalhadores aproximando os diferentes atores que constroem o SUS.

A educação na saúde pode ser entendida vinculada à gestão do trabalho, já que refere-se à formação e capacitação de profissionais para atuarem na política. Nesse campo, o Pacto de Gestão destaca a necessidade de avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente, pois considera que a educação permanente é parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para atuação no SUS. Aponta, ainda que o desenvolvimento de ações para formação e qualificação dos profissionais para atuação no SUS deve ser fruto de cooperação técnica e articulação entre as três esferas gestoras, as instituições de ensino, os serviços e o controle social, contemplando tanto ações no campo do trabalho quanto da formação.

Discutindo sobre os recursos humanos e a gestão do trabalho no SUS, Pierantoni et al (s/d) compreendem, em sintonia com o Pacto, que esta deve incluir tanto o reconhecimento das dimensões que envolvem o trabalho propriamente dito, quanto os trabalhadores em saúde. Apontam que a agenda para o setor deve incluir três pontos básicos: a existência de mecanismos de gestão na

perspectiva da construção social envolvendo novos pactos entre usuários, profissionais e gestores, pautados em parâmetros éticos, de qualidade e, de proteção de trabalhadores e usuários; uma política de emprego que contemple direitos sociais dos trabalhadores e; a regulação da formação, da qualificação profissional, da educação permanente e do exercício profissional configurando processos que incorporem o sistema educacional, as corporações profissionais, o Sistema de Saúde e a sociedade.

Com esse entendimento as autoras destacam que a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do MS deve avaliar e acompanhar continuamente os processos de gestão desenvolvidos nas instâncias locais e organizacionais, que é onde efetivamente esses processos se desenvolvem. Assim, pode-se identificar fragilidades e potencialidades que possam auxiliar na definição de estratégias e diretrizes políticas que contribuam para a qualificação dos mecanismos de gestão do trabalho, valorizando os trabalhadores, garantindo a qualificação destes e aproximando gestores e profissionais.

Os campos da gestão do trabalho e da educação na saúde são fundamentais para o êxito da política de saúde que demanda a existência de profissionais preparados, capacitados e qualificados permanentemente (tanto no que se refere à técnica, quanto a política e a ética) para que possam atuar na lógica proposta e alcançar os objetivos da política. Associada à qualificação, o incentivo e a valorização do trabalhador e de sua carreira, bem como a sua inserção nos processos decisórios, também constituem pilares essenciais desse campo. Conforme já foi discutido, as formas de contratação e remuneração apresentam relação direta com a adesão, a integração, a motivação e a vinculação ao trabalho.

De acordo com Gil (2005), a gestão do trabalho é uma dimensão fundamental para as mudanças projetadas no setor saúde com vistas à construção de um novo modelo assistencial. Por isso, as políticas de gestão do trabalho que caminham no sentido da valorização e qualificação do trabalhador, associadas à existência de condições estruturais e conjunturais favoráveis ao desenvolvimento do trabalho, contribuem para o alcance dos objetivos postos ao desenvolvimento do serviço.

Nas discussões sobre a gestão no SUS cabe destacar a utilização de alguns instrumentos, como o planejamento, o monitoramento e a avaliação, que são entendidos nesse estudo, como fundamentais na gestão. O Pacto de Gestão considera que este tripé (planejamento, monitoramento e avaliação) deve ser exercido de forma articulada e cooperada entre as três esferas de gestão, considerando as especificidades e a realidade de saúde de cada região. Adota como critério para o

planejamento o conceito de necessidades de saúde e compreende que o planejamento deve incluir o monitoramento e a avaliação como processos interligados.

Destaca que o controle social e a articulação intra e intersetorial são fundamentais no uso desses instrumentos, considerando os determinantes do processo saúde-doença. Inclui ainda no campo do planejamento a necessidade de avaliar periodicamente as condições de saúde da população e o funcionamento dos serviços prestados pelo SUS de modo a permitir seu aperfeiçoamento e o desenvolvimento das ações de acordo com a realidade local.

O campo do planejamento coloca-se com um desafio à gestão no SUS, pois refere-se a identificação e seleção de conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que auxiliem a tomada de decisões e a condução do processo de implementação de políticas, planos, programas e ações de saúde. Superar esse desafio exige da gestão a apropriação de informações relevantes para a melhoria do desempenho de sua organização, em qualquer âmbito, seja no MS, ou em uma Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde, ou em um programa ou serviço específico. O planejamento demanda o acesso a informações tanto técnico-científica quanto político-institucional que contribuam para a formulação, a implementação e a avaliação de políticas, planos, programas, projetos (BRASIL, 2011b).

São definidos como instrumentos básicos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS: o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais em Saúde e o Relatório de Gestão. O Plano de Saúde prevê em cada esfera de governo, a definição da programação anual das ações e dos serviços a serem prestados, assim como da gestão do SUS como um todo e, o Relatório de Gestão apresenta os resultados alcançados em determinado período, orientando novas estratégias e direcionamentos que se fizerem necessários. Tanto o Plano quanto o Relatório devem ser aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. O PDR e a PPI também são vistos como instrumentos de planejamento de caráter regional e estadual que possam contemplar demandas do estado e de um conjunto de municípios. (BRASIL, 2011b).

Esses instrumentos são vistos como a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do Sistema de Saúde. Devem relacionar-se aos Sistemas de Informações presentes no âmbito do SUS os quais fornecem importantes elementos para a tomada de decisões, como por exemplo, dados sobre os serviços de saúde, a ocorrência de determinadas doenças em um dado espaço e tempo, o perfil de morbimortalidade de uma população etc..

O próprio MS reconhece que os diversos sistemas de informação existentes foram desenvolvidos de forma desarticulada, sem uma padronização, o que vem gerando a fragmentação

das informações. Para superar esse impasse o MS tem buscado regular o sistema de informações, envolvendo principalmente aqueles considerados centrais para o planejamento e o monitoramento de ações e serviços no âmbito do SUS. Com isso, alguns desses sistemas passam a ser de alimentação obrigatória em toda a rede de saúde (BRASIL, 2011b).

Para Schraiber et al (1999), a informação, sua geração, registro, transmissão e socialização, é fundamental tanto na execução direta dos serviços pelos trabalhadores que necessitam de tais informações, quanto nas funções de gerência e gestão que passam a adquirir elementos que auxiliam na tomada de decisão. Entretanto, as autoras destacam que no campo da gestão, o que se mostra mais comum nas atividades de avaliação são aquelas ações voltadas para a verificação das metas mais gerais do plano ou programa. Embora seja uma dimensão importante, é limitada para dialogar com a execução direta do trabalho, pois considera apenas os aspectos quantitativos e não qualitativos do processo de trabalho.

O planejamento articulado ao monitoramento e a avaliação no âmbito do SUS, portanto, deve se voltar para as especificidades de cada esfera de gestão e para as particularidades do desenvolvimento de cada projeto ou programa específico. Enfatiza-se a necessidade do uso dos sistemas de informação e o conhecimento da realidade institucional e da população a ser atendida. O uso desses instrumentos deve considerar tanto os aspectos quantitativos, como o alcance de metas, o impacto nos indicadores estabelecidos, como também e especialmente, os aspectos qualitativos, que evidenciam a forma de organização dos serviços e a qualidade da atenção prestada.

Por fim, perpassando todas essas questões relacionadas à gestão no SUS, a participação da comunidade merece destaque. É definida como uma das diretrizes do SUS e vincula-se ao processo de descentralização do poder decisório. No Pacto é entendida como uma dimensão especial da gestão e que, portanto, esta deve atuar na perspectiva de fortalecer a mobilização e a participação no âmbito do SUS. Aponta como ações a serem desempenhadas pela gestão o apoio aos conselhos, conferências e movimentos sociais que atuam no campo da saúde, para que estes possam desempenhar seus papéis no controle e acompanhamento das ações de saúde; o apoio ao processo de formação de conselheiros, qualificando estes agentes para atuação nos espaços decisórios; e o incentivo à implantação de ouvidorias de saúde.

Considerando a sua relevância na gestão e o fato de que o controle social perpassa todos os processos e instrumentos de gestão, algumas ponderações merecem ser destacadas. Embora seja regulamento no SUS e destacado em diversos dispositivos legais, o controle social ainda precisa avançar na sua real efetivação rumo à construção de uma gestão democrática e participativa. Os

espaços institucionais de participação no SUS representam um avanço no arcabouço jurídico-legal, mas a participação precisa extrapolar o campo da fiscalização para assumir um papel propositivo na política de saúde, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (NORONHA et al, 2008).

Essa dificuldade de efetivação do controle social se deve ao fato de que, os espaços de participação como os conselhos, são espaços de lutas entre diferentes interesses contraditórios que evidenciam os projetos em disputa para o setor saúde, o Projeto da Reforma Sanitária e o projeto vinculado ao mercado. Cada proposta, cada estratégia traçada nesses espaços é tensionada por essa divergência de interesses e concepções sobre a política de saúde e o papel do Estado. De acordo com Correia (2006, p. 128):

Não são espaços neutros, nem homogêneos, pois neles existe o embate de propostas portadoras de interesses divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas, lá representados.

Com esse entendimento a autora destaca que o controle social é sempre uma possibilidade nesse espaço, a depender da correlação de forças existente. Para que o controle social alcance alguma efetividade a autora defende a necessidade de articulação dos segmentos que se posicionam a favor dos interesses coletivos, destacando que somente com uma atuação em bloco, em torno de objetivos e metas comuns, é que a sociedade pode exercer o efetivo controle social sobre o Estado.

Como limitadores do controle social, Correia (2006), destaca a não transparência das informações e da própria gestão, a ingerência na escolha dos conselheiros, a manipulação dos conselheiros na aprovação das propostas, a fragilidade política das entidades representadas, a não organicidade entre representantes e representados, existência de corporativismo e, o desconhecimento do papel do conselho e da realidade de saúde na qual está inserido. Mas o principal entrave para a autora encontra-se no âmbito macroeconômico e político, referindo-se a existência de predeterminações em torno do orçamento público, especialmente no que se refere aos gastos sociais, que partem das negociações com os organismos financeiros internacionais. Esse entrave relaciona-se ao próprio movimento da sociedade capitalista que na atualidade engendrou as reformas do Estado como saída para superação da crise e manutenção da ordem.

Como estratégias para superar os entraves enfrentados pelo controle social, Bravo (2008), destaca a necessidade de reconhecer que os conselhos e conferências não representam os únicos espaços para o exercício do controle social, podendo incluir o Ministério Público, os meios de comunicação, os conselhos profissionais, os órgãos de defesa do consumidor e as organizações

autônomas da sociedade, como os movimentos sociais. Aponta ainda para a importância da democratização das informações, a rearticulação de Fóruns Populares, a mobilização das entidades profissionais e, a capacitação de conselheiros em uma perspectiva crítica e propositiva.

O papel do controle social é imprescindível para o alcance dos objetivos do SUS e para a construção de uma gestão democrática e pautada nos princípios e diretrizes do Sistema. O fortalecimento do controle social juntamente com o desenvolvimento de instrumentos de planejamento, a definição dos papéis dos gestores, a construção de mecanismos de pactuação, o acompanhamento e o aperfeiçoamento do desenho organizacional do SUS e, a busca pela qualidade e humanização da assistência à saúde são entendidos como os pilares da gestão de uma efetiva rede de atenção à saúde.

Nessa linha de raciocínio, Trevisan e Junqueira (2007) destacam que a gestão no âmbito do SUS deve se pautar na intersetorialidade, no controle social, na definição e no compartilhamento das responsabilidades, no equilíbrio financeiro entre as esferas, na ênfase em um planejamento ascendente que parta do local para o mais abrangente, considerando as especificidades locais e, na construção de um modelo assistencial que materialize uma rede de atenção à saúde centrada na APS.

Todas as questões aqui discutidas sobre a gestão de um modo geral no SUS perpassam a gestão no âmbito dos municípios e do desenvolvimento de programas específicos, como a ESF, que constitui o objeto deste estudo. Os processos de reforma do Estado, a descentralização, as relações entre as esferas gestoras, o controle social, o planejamento e, a gestão do trabalho são processos que se fazem presentes também nesses âmbitos e acabam se tornando mais visíveis nesses espaços, devido ao papel que os municípios vêm assumindo na execução da política de saúde através da municipalização.

A gestão de um programa específico, como a ESF, devido às características próprias desse programa, além de todas as questões apresentadas, demanda especialmente, a existência de uma articulação intersetorial. Sem esta articulação, tanto no campo da gestão quanto do trabalho, a ESF tem limitadas as suas chances de se efetivar como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção. Com estas considerações, será apresentado a seguir a discussão da gestão da ESF no âmbito dos municípios, destacando a intersetorialidade.

2.3 A gestão da Estratégia Saúde da Família: intersectorialidade em questão

A ESF destaca-se como a estratégia prioritária definida pelo MS para organização e prestação dos serviços no âmbito da APS. Do mesmo modo, a APS é entendida como o centro e como a orientadora de toda a rede de saúde. O modelo assistencial proposto para o SUS objetiva consolidar uma rede de atenção à saúde regionalizada, hierarquizada e pautada na perspectiva da integralidade da atenção. Com estes pressupostos, toda a construção da rede de saúde tem buscado fortalecer a APS como ordenadora do cuidado, considerando que neste nível de atenção existem amplas possibilidades de garantir a continuidade da atenção, o estabelecimento de vínculos e o acompanhamento integral do usuário.

Ao imprimir todas essas funções e responsabilidades à APS, o MS destaca que a ESF é a estratégia adequada para alcançar esses objetivos. Vale sinalizar que o sucesso da ESF depende de duas dimensões interligadas e que estabelecem entre si uma relação contínua. De um lado, destaca-se a dimensão do trabalho desenvolvido pelas equipes, onde se estabelece cotidianamente a prestação da assistência e as relações entre os sujeitos envolvidos nesse processo. De outro lado, a dimensão da gestão, na qual incluem-se os processos e instrumentos utilizados pelos gestores na condução mais geral da ESF e que delineiam e conformam a execução do trabalho pelo profissionais que encontram-se na ponta do serviço, na prestação direta da assistência.

Esse campo da gestão deve ser compreendido inserido na gestão do SUS e na gestão de políticas e programas sociais no contexto socioeconômico atual, conforme foi discutido nos itens anteriores. Portanto a gestão da ESF sofre diretamente os rebatimentos da concepção de Estado mínimo presente na atualidade, já que a concepção de Estado conforma o modelo de gestão; insere-se na tensão presente no SUS entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto de saúde vinculado ao mercado; vivencia os avanços e impasses do processo de descentralização em curso no SUS que atinge diretamente o papel dos municípios na condução da política de saúde; vivencia as dificuldades no campo da gestão do trabalho, incluindo as relações trabalhistas e a capacitação e educação permanente dos recursos humanos, assim como as dificuldades no campo do planejamento e da avaliação e; enfrenta as dificuldades no campo da efetivação do controle social e da construção de uma gestão democrática. Enfim, a gestão da ESF insere-se no contexto anteriormente discutido e vivencia os mesmos impasses apresentados.

A gestão da ESF orienta-se pelas normatizações legais estabelecidas na PNAB (2011) que estabelece, dentre outros aspectos, o papel dos municípios no que se refere a APS/ ESF. Nesse

campo, a PNAB (2011) estabelece que cabe aos municípios, dentre outras ações:

- Apoiar e estimular a adoção da ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da APS;
- Prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, qualificação, ampliação e consolidação da ESF;
- Garantir a infraestrutura, bem como os recursos materiais, equipamentos e insumos necessários para o funcionamento das UBS;
- Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho, garantindo a educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família;
- Valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;
- Planejar, apoiar, monitorar e avaliar a APS;
- Programar as ações de APS a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde da população;
- Garantir os fluxos de referência e contra-referência dos usuários na Rede de Atenção à Saúde nos diversos pontos de atenção dos diferentes serviços, para garantir a integralidade do cuidado;
- Viabilizar parcerias com outras organizações e setores a fim de garantir o fortalecimento do programa;
- Estimular a participação popular e o controle social (a PNAB recomenda que na gestão de cada UBS existam conselhos locais, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários).

A PNAB (2011) destaca ainda que a APS tem como uma de suas diretrizes a adscrição de território de modo a propiciar o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde da população. O que demanda da gestão da ESF a coordenação e viabilização desse processo.

Para que a gestão da ESF assuma todas essas funções, deve-se considerar que a gestão não deve ser pensada separada da atenção e que o papel a ser desempenhado pelo gestor, bem como a sua qualificação e a continuidade da gestão, são fundamentais porque intimamente relacionados

com a prestação da assistência.

A gestão deve se voltar para o cotidiano do trabalho da ESF, atentando para a realidade socioeconômica e cultural da população atendida, para as características do território de cada USF, para as demandas e necessidades em saúde e, para a organização do trabalho das equipes. Com esse entendimento, o papel do gestor assume relevo juntamente com o controle social, pois é nessa esfera que as decisões que definem o rumo da ESF são tomadas.

Por isso a qualificação e a educação permanente do gestor, tanto no campo da técnica quanto da política, são fundamentais, permitindo a aquisição de conhecimentos e habilidades que superem o amadorismo e a descontinuidade que vem marcando a gestão na política de saúde, conforme discute Paim e Teixeira (2007). Para os autores a qualificação, não só dos profissionais diretamente inseridos na assistência, mas também dos gestores constitui um dos pontos críticos da gestão no SUS. Com isso apontam que a construção de uma gestão eficaz e comprometida com os princípios e diretrizes do SUS, demanda a profissionalização e continuidade da gestão, através, entre outras estratégias, da qualificação do gestor e da delimitação clara de suas competências.

Além destas questões, a gestão da ESF deve atentar também, tendo por base os apontamentos da PNAB (2011), para a utilização do planejamento, monitoramento e avaliação como instrumentos de acompanhamento da Estratégia; a gestão do trabalho, incluindo a valorização do trabalhador, a educação permanente e a existência de condições físicas e materiais favoráveis ao desenvolvimento do trabalho; a integração da rede, garantindo a continuidade da atenção e; em especial a intersetorialidade, a partir da adoção do conceito ampliado de saúde e da promoção da saúde como estruturantes das ações a serem desenvolvidas pela ESF. Deve considerar ainda que todos os processos da gestão devem ser permeados pelo controle social que representa um elemento fundamental na construção de uma gestão democrática.

Considerando que o foco deste estudo é a intersetorialidade, apenas alguns apontamentos serão feitos em relação às questões anteriormente apontadas, guardando maior ênfase à discussão da intersetorialidade.

No que se refere ao uso dos instrumentos de gestão expressos no tripé planejamento, monitoramento e avaliação, Silva Junior e Mascarenhas (2004) chamam a atenção para o fato de que a avaliação na APS e na ESF, devido às características do trabalho destas, não deve se prender ao alcance de metas pautadas em critérios meramente quantitativos. A utilização de conceitos como acolhimento, vínculo e qualidade da atenção permite a avaliação da assistência prestada verificando a direcionalidade dada à construção do modelo de atenção à saúde. Permite verificar a

correspondência ou não com os princípios do SUS e da ESF, além de fornecer instrumentos para pensar e avaliar o cotidiano dos serviços, a prática dos profissionais e as relações estabelecidas. Por isso, os autores destacam que os processos de avaliação de experiências como a ESF devem se basear tanto em metas de cobertura, produção de serviços e indicadores de impacto epidemiológico, quanto e especialmente, em relação à qualidade da atenção. Este aspecto se refere ao trabalho das equipes, à relação entre população adscrita e equipe de saúde e à integralidade da atenção.

De modo semelhante Silva Junior e Alves (2007, p.38) apontam a necessidade de

processos de avaliação que transcendam os aspectos normativos e quantitativos do cumprimento de metas e que possam avaliar, também, o desenvolvimento de políticas ou qualitativo das práticas e dos resultados. Alguns autores têm proposto outras abordagens que levam em conta a integralidade, o processo de trabalho e a percepção da qualidade da atenção pelos usuários.

A ponderação dos autores merece especial destaque porque enfatiza a necessidade de considerar que o planejamento e a avaliação na ESF devem ter como objetivo principal o comprometimento com qualidade e a integralidade da atenção prestada ao usuário. O planejamento deve se voltar para as necessidades da população atendida, utilizando para tanto, os sistemas de informações presentes nesse âmbito, a avaliação dos profissionais inseridos no cotidiano do trabalho e, as demandas postas pelos usuários. Do mesmo modo, a avaliação deve considerar a opinião dos diferentes atores envolvidos, a qualidade e o impacto das ações desenvolvidas, utilizando dados obtidos através do acompanhamento e monitoramento da ESF.

É nesta perspectiva que defende-se o uso de instrumentos de gestão como o planejamento, o monitoramento e a avaliação na gestão da ESF voltados para a qualidade dos serviços, sem desconsiderar a importância de avaliações pautadas no alcance de metas e indicadores quantitativos. Destaca-se ainda a importância do planejamento e avaliação locais, articulados à realidade do serviço e da população atendida, ainda que algumas diretrizes, metas e prioridades possam ser pactuadas em esferas maiores de gestão.

No campo da gestão do trabalho e educação permanente, deve-se considerar que o desenvolvimento do trabalho na ESF não se faz sem a existência de quadros profissionais estáveis e qualificados para o exercício de suas funções. Uma política de recursos humanos bem equacionada para a ESF deve atentar para questões como a natureza e a quantidade adequada de profissionais inseridos, os planos de carreira e salários, as condições de trabalho necessárias a uma atuação qualificada e um sistema de capacitação e educação permanente.

Discutindo sobre a qualificação de profissionais e gestores no âmbito da gestão do

trabalho, Paim e Teixeira (2007) apontam a necessidade de ampliar e qualificar o debate em torno das estratégias de educação permanente de profissionais do SUS. Para os autores é fundamental incorporar tanto conhecimentos científicos e tecnologias que auxiliam na operacionalização do trabalho, quanto inserir a dimensão ética e política dos processos de formação e capacitação de pessoal em todos os níveis.

A consolidação e o aprimoramento da ESF como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde demandam processos de capacitação e educação permanentes que sejam enraizados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve fazer parte da qualificação das práticas de cuidado, da gestão e da participação popular. A própria PNAB (2011) entende a educação permanente como uma importante estratégia de gestão, capaz de contribuir para a qualificação da assistência prestada no cotidiano dos serviços.

Outro ponto importante nesse campo são as relações que se estabelecem entre o gestor e os demais atores envolvidos na ESF. O papel do gestor deve caminhar no sentido de garantir a participação de profissionais e usuários, tanto nos espaços institucionais de participação, como também no cotidiano da gestão, valorizando a participação destes na formulação, análise, execução e avaliação das ações desenvolvidas. Profissionais e usuários são os sujeitos que vivenciam o cotidiano dos serviços e por isso têm amplas possibilidades de contribuir no âmbito da gestão, identificando problemas e articulando estratégias (FIGUEIREDO, 2008).

A gestão da ESF no âmbito dos municípios inclui o gestor central da política de saúde, o gestor intermediário que se responsabiliza pela ESF e, os supervisores locais que assumem a supervisão da Estratégia em cada USF. Este supervisor local/ gerente assume o importante papel, de acordo com Mishima (2003) de articular e conduzir o desenvolvimento do trabalho, funcionando como uma ponte entre a equipe e a gestão.

Em seu estudo, a autora destaca que a gerência em serviços de APS deve funcionar como uma desencadeadora de processos de revisão do trabalho, permitindo a avaliação e a busca constante pela qualificação do serviço prestado. A autora acrescenta que o gerenciamento de USF não deve se limitar à administração e ao controle da força de trabalho, se a ESF é colocada como norte para mudança do modelo assistencial. Ao contrário, deve ter como objetivo a humanização e a produção do cuidado, garantindo o compartilhamento de poder e o estabelecimento de espaços de integração entre os atores envolvidos.

A PNAB (2011) orienta que cada UBS conte com os Conselhos Locais de Saúde (CLS), compostos por profissionais, usuários e o supervisor da Unidade enquanto representante

governamental. Como são integrantes da estrutura de participação popular do SUS, também devem ser valorizados nas atividades de gerenciamento e gestão, garantindo a presença do controle social na tomada de decisão, na definição de estratégias e prioridades e na avaliação dos serviços prestados. Os CLS são espaços inseridos na comunidade, e constituem importante mecanismo de aproximação entre usuários, profissionais e gerentes, além de estimularem a participação popular na gestão do SUS.

A partir de tais considerações a gestão da ESF deve buscar continuamente a integração entre esses atores, o fortalecimento do controle social desde os CLS até o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e, a aproximação e articulação com as atividades de gerenciamento de cada USF.

Para que atinja seu objetivo maior, que é a reorganização do modelo assistencial, a gestão da ESF não deve ser isolada no Sistema de Saúde, mas manter uma íntima relação com os demais serviços da rede. A ESF ao ter um compromisso com a continuidade da atenção implica na integração e articulação contínua da rede de saúde.

A esse respeito Silva Junior e Alves (2007) discutem que tem sido predominante na organização e articulação da rede de saúde, o formato de uma pirâmide, em que fica subentendida a ideia da complexidade crescente, em direção ao topo. No topo da pirâmide encontra-se o hospital, representando o nível mais complexo, e a na base a APS como porta de entrada do sistema de saúde. Nesse formato de organização dos serviços, a pirâmide organiza a assistência em graus crescentes de complexidade, com os usuários acessando os serviços de forma organizada entre os vários níveis por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência.

Os autores problematizam essa forma de organização, considerando que

Na prática, essa é uma postura prescritiva, presa a uma racionalidade formal, que não leva em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por isso mesmo, termina não se concretizando jamais. Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população termina entrando no sistema por todas as portas (SILVA JUNIOR E ALVES, 2007, p. 35).

Para os autores, isso se deve ao fato de que a APS, nesse modelo, é desvalorizada e associada à oferta de serviços desqualificados e simplificados e, os serviços ambulatoriais e hospitalares são considerados mais complexos e resolutivos, pelo fato de concentrarem equipamentos e procedimentos de alta densidade tecnológica. Com isso, os conhecimentos técnicos necessários ao enfrentamento dos aspectos biológicos do processo saúde-doença é que são valorizados como verdadeiramente científicos.

Entretanto, a proposta de trabalho da APS e da ESF demanda a aquisição de competências e habilidades também complexas, só que inseridas no campo das tecnologias leves¹⁵. Em outras palavras, funcionar como orientadora e integradora da rede, demanda deste nível de atenção, a capacidade de produzir relações de acolhimento, vínculo, comunicação, escuta, trabalho em equipe, a capacidade de associar a necessidade do usuário ao seu contexto socioeconômico e cultural, capacidade de compreender diferentes valores e culturas, capacidade de mobilizar soluções e a articular com outros setores. Estas são tarefas complexas que demandam uma percepção integral tanto em relação aos usuários quanto em relação aos serviços.

A garantia da continuidade do cuidado não pode se materializar sem que haja uma integração horizontal entre os serviços da rede. Essa noção de rede integrada que tem como foco a APS/ESF, deve ser assumida por todos os atores envolvidos, além de incorporar a noção de que a responsabilidade pelo cuidado ao usuário deve ser de toda a rede de saúde. Sem superar a noção de hierarquia entre os níveis de atenção, a reorganização do modelo de atenção coloca-se como um horizonte distante.

Essa noção de integração da rede deve perpassar especialmente no âmbito da gestão, assegurando o diálogo, a comunicação e a construção conjunta de uma rede integrada de serviços de saúde. A agenda da gestão do Sistema deve incorporar a necessidade de superar o isolamento da APS e a hierarquização burocrática, construindo estratégias e mecanismos que garantam essa integração.

Nessa mesma discussão, Cecílio (1997) aponta que o modelo piramidal deve ser substituído por uma organização circular dos serviços de saúde que é mais suscetível à integração. A ideia da organização do sistema de saúde como um círculo relativiza a hierarquização e os fluxos, rompendo com a normatização excessiva. O círculo remete à ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída no Sistema, mantendo o foco na APS. Isto é, o usuário pode acessar a rede de saúde por qualquer ponto e ser atendido na perspectiva da integralidade da atenção, sendo sempre remetido à APS que assume a continuidade e a coordenação da atenção. Por isso, todas as

¹⁵De acordo com Merhy (2002) tecnologias no campo da saúde têm como referência a temática do trabalho na busca pela produção de bens e produtos, materiais duros ou produtos simbólicos, que satisfaçam as necessidades humanas. Expressam determinados conjuntos de conhecimentos, modos de pensar e agir aplicados à produção de algo. As tecnologias presentes no trabalho em saúde podem ser definidas como: tecnologias duras expressas nos conhecimentos materializados nas máquinas e equipamentos; tecnologias leve-duras que correspondem aos saberes estruturados operantes no processo de trabalho que os profissionais adquirem através de sua formação e experiência de trabalho; e as tecnologias leves entendidas como as tecnologias das relações presentes no cotidiano do trabalho, nas relações entre os diferentes atores envolvidos na produção do cuidado. Evidenciam modos de produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização.

portas de entrada devem ser qualificadas, devem atuar na mesma perspectiva e, contar com mecanismos eficientes de referência e contra-referência para que de fato haja uma integração. A perspectiva assumida pelo autor permite a construção de uma relação horizontal entre os serviços, além de reforçar o foco no usuário.

Discutindo sobre a integração da rede, Harz e Contandropoulos (2004) destacam que a concepção de integralidade deve ser a mola propulsora da construção da rede. Para os autores, a integralidade da atenção é um dos pilares do SUS e da ESF, baseada na articulação das ações de cura, prevenção e promoção; na garantia de assistência nos três níveis de atenção e; na abordagem integral dos indivíduos e das famílias. Por isso, o conceito de integralidade remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, considerando a interdependência entre os serviços, e o fato de que nenhum deles dispõe da totalidade dos recursos necessários à intervenção nos problemas de saúde de uma população. Essa constatação deve implicar no desenvolvimento de mecanismos de integração e coordenação no campo da gestão e do processo de trabalho.

Os autores definem ainda o que entendem por integração associando-a a construção de um “sistema sem muros”, no qual há cooperação e coordenação comum entre os provedores dos serviços de saúde com o objetivo principal de garantir a continuidade e a globalidade da atenção. A construção desse “sistema sem muros” demanda que haja modificação nas práticas profissionais e nas fronteiras entre as instituições com novos formatos de negociação. A integração da rede é intrínseca às reformas políticas pautadas na APS, portanto esse deve ser um dos objetivos a serem traçados pela gestão da ESF.

Associada à integração da rede, a intersetorialidade coloca-se como um elemento também extremamente importante na gestão da ESF. A necessidade de integração da ESF junto aos setores das políticas públicas encontra fundamento na própria concepção de saúde e de promoção da saúde que norteiam o desenvolvimento do trabalho pela Estratégia.

Considerando a multiplicidade de fatores que interferem no processo de adoecimento, chega-se a conclusão que o setor saúde sozinho não pode ser capaz de atender a totalidade das demandas que são postas. Com esse entendimento, a intervenção sobre as necessidades de saúde demanda articulação de diferentes setores, como a educação, a habitação, o judiciário, a segurança pública etc. De acordo com Monnerat e Souza (2011):

Importante lembrar que o Programa de Saúde da Família está sendo implementado, via de regra, nas áreas mais periféricas, onde a pobreza e suas multicausalidades apresentam sua face mais aguda, tornando óbvias as "incompletudes" do setor saúde para impactar os indicadores locais com intervenções isoladas.

Andrade (2006) se remete ao desenvolvimento da Medicina Social no século XIX, quando começou-se a discutir a determinação social do processo saúde/doença e sua relação com o contexto histórico e econômico e, ao Movimento Internacional de Promoção da Saúde, no século XX para explicar o surgimento e a importância da intersectorialidade no setor saúde.

Como marcos históricos desse processo, o autor destaca a publicação do Informe Lalonde pelo governo canadense em 1974, que influenciou o pensamento sanitário ao assumir os argumentos da determinação do processo saúde/ doença por múltiplos fatores. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada em Alma Ata explicitou pela primeira vez, a importância da intersectorialidade. A Declaração produzida nesta conferência destaca que os cuidados primários de saúde envolvem, além do setor da saúde, todos os setores relacionados ao desenvolvimento nacional e comunitário. Esta Conferência influenciou a realização da I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, em Ottawa no Canadá em que se discutiu um novo conceito de saúde e promoção da saúde, definindo que esta

consiste em proporcionar aos povos os meios para melhorar a saúde exercer maior controle sobre ela (...). As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema saudável, a justiça social e a equidade. Entre as condições-chave para promover saúde incluem-se o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (ANDRADE, 2006, p. 50).

Assim a promoção da saúde passa a assumir um caráter social, político e cultural implicando o protagonismo de indivíduos e movimentos sociais, associado ao desenvolvimento combinado de diferentes políticas públicas para alcançar níveis melhores de vida e saúde. As discussões atuais apontam que o enfoque da promoção da saúde é sobre os macrodeterminantes do processo saúde/doença buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde (BUSS, 2003).

As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde posteriores à de Otawa continuaram discutindo a intersectorialidade e afirmando que todas as políticas públicas são importantes para atuação nos determinantes da saúde. Estas discussões passaram a abranger a temática da formulação de políticas públicas saudáveis relacionadas à intersectorialidade (ANDRADE, 2006; MIOTO e SCHUTZ, 2011).

A formulação de políticas públicas saudáveis por sua vez vincula-se a discussão de cidades saudáveis (movimento iniciado na Inglaterra no século XIX e difundido para outros países mais fortemente na década de 1980) a partir da consideração de que a saúde é produzida socialmente e

que é na cidade que se expressam as contradições vivenciadas pelos sujeitos. De acordo com Andrade (2006) a proposta de cidades saudáveis enfatiza a necessidade de um planejamento continuado e intersetorial com vistas a garantir a melhoria de seu ambiente físico e social. Pressupõe superar a fragmentação e articular um conjunto de políticas na intervenção sobre os vários aspectos relacionados à saúde.

A intersetorialidade vincula-se, portanto aos conceitos de promoção da saúde e determinação social da saúde, presentes na política de saúde brasileira, em especial na ESF. Logo, o sucesso da ESF (não só da ESF, mas da política de saúde de um modo geral) vai depender da incorporação da intersetorialidade no desenvolvimento do trabalho pelas equipes e também no âmbito da gestão a fim de garantir o fortalecimento da Estratégia dentro dos municípios. Não basta que a articulação intersetorial seja incorporada apenas pelas equipes no cotidiano do trabalho. Às iniciativas criativas nos espaços locais de integração com outros setores, deve-se somar a incorporação desse eixo pela agenda da gestão que assume o papel de incentivar, direcionar e definir as estratégias capazes de facilitar essa integração.

A intersetorialidade é definida por Junqueira (1997) como a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação de ações, planos e programas, com o objetivo de alcançar resultados integrados a partir da definição de objetivos e metas comuns. Na mesma linha de raciocínio de Inojosa (2001) define que uma lógica intersetorial de desenvolvimento de um programa, por exemplo, deve se basear na população a ser atendida e considerar suas formas e condições de vida. Todo o planejamento das ações deve se voltar para as necessidades do público-alvo, sendo as prioridades definidas a partir da identificação das demandas e da análise destas.

Com isso a intervenção deixa de ser fragmentada por setores e volta-se para a articulação, demandando ações de diversos setores para execução e, transcendendo o setor saúde. A implantação da intersetorialidade depende, portanto, de uma integração que parta das esferas gestoras, garantindo os meios necessários para a integração dos serviços. A partir dessas considerações pode-se afirmar que intersetorialidade se coloca como uma estratégia de reorganização das intervenções que são articuladas para dar resposta aos problemas, necessidades e demandas que se colocam ao setor saúde.

Ainda de acordo com Junqueira (1997), a ação intersetorial implica no reconhecimento de que os problemas sociais que incidem numa população em um território devem ser encarados de forma integral e abordados de modo a superar a fragmentação das políticas. Nessa perspectiva os

usuários, bem como suas necessidades, são considerados em sua totalidade e articulados ao contexto do qual fazem parte. A autora associa a intersetorialidade à diretriz da integralidade presente no SUS. O que reforça mais uma vez a importância desse conceito na gestão da ESF.

Para Miotto e Schutz (2011, p.4) a intersetorialidade entre as políticas públicas é fundamental para garantir direitos, pois se refere a um sistema de proteção social eficaz e integral por parte do Estado, voltado ao atendimento das necessidades sociais compreendidas em sua totalidade. Com esse entendimento, as autoras apontam que os sistemas setoriais são ineficazes para garantir direitos, “pois promove [m] ações de caráter isolado, ao passo que a inclusão social passa pela satisfação de um conjunto de direitos inter-relacionados”.

Nesse modelo, as políticas são planejadas e executadas sozinhas sem considerar o cidadão em sua totalidade e sem considerar a ação das demais políticas. Acabam por se caracterizar como políticas endógenas, abordando a realidade de modo desarticulado e fragmentado. As autoras apontam ainda que é este o modelo que tem orientado as políticas públicas brasileiras, considerando que o próprio aparato governamental é segmentado por saberes e disciplinas.

De acordo com Inojosa (1998 *apud* MIOTO e SCHUTZ, 2011), as instituições que compõem o aparato governamental na realidade brasileira são marcadas pela existência de interesses antagônicos, pela verticalização e hierarquização, pela burocratização, pelo corporativismo, pela divisão em departamentos por disciplinas e, pela concentração do poder. Esse contexto torna mais difícil a construção da intersetorialidade. E ainda, se considerarmos os elementos presentes na cultura política brasileira, como o paternalismo, assistencialismo, clientelismo etc., este quadro torna-se mais complexo. O que leva as autoras a apontar, pautadas também nas reflexões de Andrade (2006), que a política de saúde brasileira encontra-se diante do dilema da intersetorialidade, com o desafio de construir essa prática em um ambiente totalmente setorial.

Embora seja amplamente discutida na saúde, Zancan (2003), compreende que a concepção de intersetorialidade na saúde esbarra ainda em algumas limitações. Para a autora as discussões tem se limitado à ideia de dividir responsabilidades, com cada setor desenvolvendo as suas ações sem um mecanismo de coordenação governamental que assegure a intersetorialidade.

De modo semelhante, Monerat e Souza (2011) apontam que um dos maiores desafios do setor saúde e, conseqüentemente na ESF, é a superação da concepção endógena da intersetorialidade prevalente na área. A busca do setor saúde por resultados mais efetivos através da intersetorialidade mantém ainda uma visão voltada para o seu próprio objeto de intervenção.

Prevalece a ideia de ação intersetorial como articulação de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde, como por exemplo, melhorar taxas de mortalidade infantil, hipertensão, desnutrição, etc.

A intersetorialidade em sua concepção ampliada demanda a construção de objetos de intervenção comum entre diferentes setores com vistas à consecução de planejamento integrado para enfrentamento dos problemas prioritários identificados. Com esse entendimento diferentes autores como Monnerat e Souza (2011), Mioto e Schutz (2011) e Andrade (2006), destacam que o setor saúde deve não só buscar a intersetorialidade, como também ser receptiva a ela, pois o objetivo maior deve ser a construção de uma rede de proteção social na perspectiva da garantia de direitos e de melhores condições de vida.

Em que pese essas ponderações, a incorporação da discussão sobre a intersetorialidade no campo da saúde representa um avanço. Embora venha sendo amplamente discutida, ainda não conseguiu se efetivar. Uma das justificativas parece residir no fato de que a intersetorialidade ainda não foi colocada como prioridade na agenda da gestão do SUS. Para Monnerat e Souza (2011), a intersetorialidade vincula-se ao conceito de integralidade, e esta, para as autoras, foi a diretriz do SUS que menos avançou se comparada ao controle social e a descentralização. Como a integralidade não tem sido priorizada, a articulação da saúde com outros setores também não tem sido a perspectiva predominante adotada pelos gestores dos três níveis de governo responsáveis pela execução da política de saúde.

Para as autoras, as estratégias implantadas para alcançar a integralidade se voltam mais para a priorização da articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde dentro do sistema municipal, ainda que o problema da integração interna do sistema permaneça como desafio para o SUS. Isto é, a gestão tem se voltado mais para a organização e articulação interna do Sistema, que também se faz necessária. Mas sem a perspectiva da intersetorialidade, a saúde tem reduzidas as suas possibilidades de alcançar conceitos como a integralidade e a promoção da saúde, já que estes são conceitos amplos e se referem a construção social da saúde. Ao mesmo tempo, a não priorização da intersetorialidade na agenda da gestão compromete a perspectiva de reorientação do modelo assistencial a partir da APS/ESF.

Com isto torna-se fundamental a definição de mecanismos e instrumentos que permitam a viabilização da intersetorialidade. Zancan (2003) apresenta quatro ferramentas para uma gestão intersetorial no âmbito municipal/local.

A primeira ferramenta apresentada pela autora é a construção coletiva de um diagnóstico

sobre as necessidades e potencialidades locais, buscando o conhecimento da realidade, a identificação dos problemas e das potencialidades existentes para solucioná-los, a produção de novos conhecimentos, a democratização da informação e, a construção de consensos sobre a realidade local. De fato, o conhecimento da realidade pode iluminar a prática permitindo a identificação e compreensão da realidade social e dos melhores meios para intervir sobre a mesma.

A segunda ferramenta refere-se criação de espaços institucionalizados de discussão e pactuação de prioridades e formas de ação integradas, a exemplo dos fóruns e conselhos de saúde. Tais espaços podem viabilizar a comunicação, o diálogo e a interação de diferentes setores buscando um planejamento conjunto das ações a serem desenvolvidas. Amplia-se assim o escopo dessas ações que tornam-se intersetoriais. Contudo, é importante destacar que esta interação não deve se fazer presente somente nos espaços institucionalizados, mas em todos os momentos de desenvolvimento das políticas, incluindo todos os sujeitos envolvidos nesse processo, gestores, profissionais e usuários.

A terceira ferramenta, como consequência da primeira e da segunda, expressa a definição de uma agenda de ações com co-responsabilização e convergência de recursos. A co-responsabilização entre os setores e o financiamento são peças chaves para a construção de uma rede de proteção social que tem na intersetorialidade o seu eixo principal. A fragmentação de responsabilidades e de recursos fragmenta também a prestação da assistência e contribui para o insulamento dos setores.

Por fim, a definição de mecanismos internos de monitoramento e avaliação que subsidie a tomada de decisão e a aferição de resultados se coloca como uma importante ferramenta. Monitorar e planejar o desenvolvimento das ações é fundamental para o planejamento futuro de ações e para a garantia da eficácia e efetividade destas.

Sobre a importância do planejamento/monitoramento/avaliação da intersetorialidade, Junqueira (2004, p.4) aponta que o

planejamento constitui um importante instrumento para concretizar essa nova ação: o planejamento e a descentralização das decisões no âmbito da cidade. O processo de planejamento não esgota a ação intersetorial, que deve incorporar nesse processo a avaliação e o monitoramento das ações, tendo como perspectiva os resultados que devem mudar a qualidade de vida do cidadão. De nada adianta uma visão de futuro dada pelo planejamento se não há monitoramento e avaliação de resultados, pois trabalhamos numa perspectiva de processos e não de resultados. É necessário mudar essa lógica e buscar resultados que revertam em mudanças para a qualidade de vida dos cidadãos.

E conclui afirmando que a efetivação da intersetorialidade comporta não apenas a compreensão compartilhada sobre finalidades, objetivos, ações e indicadores de cada programa ou projeto, mas ações integradas que resultem em um impacto efetivo na qualidade de vida da população.

Complementando, Magalhães e Bodstein (2009) discutem que a avaliação de políticas e programas sociais intersetoriais não deve ser concebida como uma ação instrumental e aplicável a qualquer situação. Do mesmo modo não deve se voltar unicamente para a busca de resultados e efeitos, mas sim incorporar algumas dimensões-chave para o acompanhamento da dinâmica de implementação das ações. Como dimensões-chave desse processo, os autores destacam a importância de se considerar o contexto em que se insere bem como a particularidade dos programas/políticas envolvidos e, suas respectivas estratégias intersetoriais implementadas. A avaliação de iniciativas intersetoriais deve levar em consideração os objetivos e as finalidades das intervenções frente à multiplicidade de sujeitos, pontos de vista e interesses envolvidos.

As reflexões de Zancan (2003), Junqueira (2004) e Magalhães e Bodstein (2009), contribuem para se pensar a materialização/ viabilização da intersetorialidade e a importância de sua incorporação na agenda da gestão. Mesmo com a existência de todas essas discussões e com reconhecimento da necessidade da intersetorialidade, esta ainda não conseguiu se efetivar nas políticas públicas.

Diversos são os desafios e dificuldades vivenciados cotidianamente na gestão e execução de práticas intersetoriais, como os apresentados nos estudos de Mito e Schutz (2011), Zancan (2003), Nascimento (2010) e, Ckagnazaroff e Melo (s/d).

Entre os principais apontamentos destes autores pode-se destacar: a responsabilidade que recai sobre os profissionais no desenvolvimento de ações intersetoriais, ficando a cargo dos mesmos a busca pela articulação de políticas que garantam o atendimento às necessidades dos usuários e a garantia de seus direitos; inexistência de canais institucionais que garantam e viabilizem a intersetorialidade; ausência de planejamento intersetorial no nível federal e insulamento no nível local; quando há intersetorialidade na formulação da política em âmbito federal, permanece a setorialização no que se refere a organização e administração interna, enquanto na execução busca-se a articulação; descontinuidade na gestão de programas; rotatividade de profissionais; distanciamento entre planejamento e execução; despreparo e dificuldades no entendimento sobre a intersetorialidade entre os sujeitos envolvidos.

De modo semelhante, a pesquisa de Andrade (2006, p.280) em dois municípios (Fortaleza

e Curitiba) sobre a intersetorialidade na gestão municipal, revela que esse campo enfrenta um “consenso discursivo e um dissenso prático”. Esse dissenso nasce da dificuldade de integrar práticas e conhecimentos na perspectiva da intersetorialidade em um aparato de Estado totalmente setorializado, fragmentado e hierarquizado com a existência de diferentes interesses em disputa. O autor conclui que a intersetorialidade associada a descentralização como estratégia de implementação da política de saúde, coloca para o gestor municipal o desafio de operar a intersetorialidade em um contexto totalmente adverso, o que requer a necessidade de mudanças de valores na prática e na cultura das instituições gestoras das políticas sociais.

Conforme se buscou apresentar a intersetorialidade remete a construção de uma gestão ampla que não pode ser concebida apenas no âmbito de um programa ou política, mas sim no âmbito da gestão municipal (e também nos níveis estaduais e federal). Portanto, a intersetorialidade na ESF demanda, para sua plena efetivação, que toda a gestão no âmbito do município esteja baseada nessa perspectiva.

Ao mesmo tempo, as características e especificidades da ESF permitem visualizá-la como uma ferramenta ou estratégia inicial para desencadear a intersetorialidade nos municípios. Embora seja importante não perder de vista que a ESF sozinha não pode viabilizar a intersetorialidade, já que esta requer a articulação contínua entre todos os setores envolvidos em todas as etapas de desenvolvimento das políticas. A ESF pode se colocar como estratégia para a intersetorialidade desde esta não fique restrita ao desenvolvimento de ações pontuais no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família, mas seja incorporada pela gestão da ESF e pela gestão municipal como uma diretriz que norteia todo o planejamento, a execução e avaliação das políticas e programas.

Em síntese, a intersetorialidade envolve articulação, planejamento, execução e avaliação de diversos setores e sujeitos no desenvolvimento de políticas e programas em um determinado território. Implica no compartilhamento e na articulação contínua e horizontal dos diversos setores que traçam objetivos comuns no atendimento às necessidades dos grupos abrangidos. Pretende, assim, romper com a fragmentação das políticas públicas, implicando com isto na necessidade de novas formas de gestão.

É uma estratégia fundamental para o alcance dos objetivos da ESF, como foi apresentado e, ao mesmo tempo a ESF pode se colocar como uma estratégia para impulsionar a intersetorialidade. Conclui-se assim que há uma relação intrínseca entre a ESF e a intersetorialidade. Esta, portanto, apresenta amplas possibilidades de garantir uma gestão da ESF comprometida com os princípios e diretrizes do SUS e com a construção de um novo modelo de

saúde.

Com estes objetivos a estrutura e os processos de gestão da ESF se constituem em grandes desafios. Fica evidente a necessidade de avançar no debate sobre a gestão, inclusive em sua dimensão da intersectorialidade, compreendendo como esta contribui para o desenvolvimento do trabalho pelas equipes. A gestão não deve se prender ao debate sobre a organização e o financiamento do Sistema, apenas. Mas atentar para o cotidiano do trabalho dos profissionais, por meio do qual o serviço é prestado ao usuário, conforme discute Silva Junior e Alves (2007). A reorganização do modelo assistencial demanda a definição de estratégias tanto no campo da prestação direta da assistência, quanto na esfera da gestão.

É importante lembrar ainda que a gestão não deve ser concebida isoladamente, mas sim inserida dentro de uma estrutura política, econômica e cultural que a conforma e delimita. A reflexão e compreensão sobre a intersectorialidade na gestão da ESF devem considerar, portanto, os elementos históricos presentes nesse processo.

CAPÍTULO 3

A INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JUIZ DE FORA/MG

Este capítulo apresenta uma reflexão sobre a intersetorialidade na gestão da ESF no município de Juiz de Fora/MG a partir de três eixos de discussão: *a intersetorialidade nas atividades de gestão da ESF*, em que se discute as formas de articulação no âmbito da Subsecretaria de APS com os demais setores, a utilização de instrumentos de gestão intersetoriais, a educação permanente como principal avanço da gestão, e o papel do controle social representado pelo CMS na construção da intersetorialidade; *a intersetorialidade nas USF pesquisadas*, em que se aborda a materialização da intersetorialidade, em especial no âmbito local, através das estratégias e formas de articulação desenvolvidas pelas equipes com diferentes setores públicos, privados, filantrópicos e com o controle social; *os limitadores à efetivação da intersetorialidade na ESF*, agrupados em três blocos, a dificuldade de consolidação da ESF, o distanciamento entre a gestão e o trabalho desenvolvido pelos profissionais e, as condições de trabalho das equipes e gestores.

3.1 A intersetorialidade nas atividades de gestão da Estratégia Saúde da Família

Neste eixo será discutida a intersetorialidade nas atividades da gestão/coordenação da ESF identificando os seus rebatimentos nas USF. Com este objetivo, os dados e as discussões foram organizados em três subitens: as articulações no âmbito da Subsecretaria de Atenção Primária; a educação permanente como principal avanço da gestão; e o controle social e a intersetorialidade, enfocando a atuação do CMS junto a SMS para garantir a intersetorialidade.

3.1.1 Articulações no âmbito da Subsecretaria de Atenção Primária

A intersetorialidade no âmbito da gestão se mostrou como um processo ainda em construção. Os dados da pesquisa indicam que as articulações da Subsecretaria de APS, que inclui a coordenação da ESF, com outros setores são iniciativas ainda frágeis e não permanentes. Um dos entrevistados reconheceu a necessidade de avançar na construção da intersetorialidade tanto na gestão quanto no cotidiano das práticas desenvolvidas nas UFS:

Eu acho que isso [a intersectorialidade] poderia ser melhor trabalhado, tanto na ponta quanto na gestão. Ela existe, ela melhorou muito, mas eu acho que ainda tem que caminhar mais, amadurecer mais (Gestor Central 01).

Essa fragilidade da intersectorialidade parece estar associada à ausência de um projeto intersectorial de gestão, expressa na não utilização de instrumentos/ ferramentas permanentes que permitam a construção da intersectorialidade nas atividades de gestão, conforme será apresentado e discutido ao longo deste item.

Existe um reconhecimento a cerca da importância dessas articulações, como evidencia a fala a seguir, embora a intersectorialidade ainda não tenha se materializado:

Tem porque além da pasta da saúde, a gente tem que ter em mente que a gente não trabalha sozinho, a saúde não trabalha sozinha. Eu preciso estar ligada com a Demlurb, com a Secretaria de Planejamento, Assistência Social. Então a gente tem que ter esse contato (Gestor Central 01).

Os entrevistados sinalizaram que as principais articulações da Subsecretaria de APS ocorrem com a Secretaria de Planejamento, a Subsecretaria de Tecnologia da Informação, a Limpeza Urbana, a Secretaria de Educação em função do Programa Bolsa Família, a Secretaria de Assistência Social em função do Programa “Minha Casa, Minha Vida”, e com a Secretaria de Trânsito. Tais articulações parecem constituir ainda iniciativas pontuais motivadas em especial, pela existência de projetos do governo federal que envolvem diferentes setores. Sobre a frequência dessas articulações, um gestor sinalizou que não existe uma regularidade, elas ocorrem a partir de demandas. Ponderando sobre o assunto argumentou:

(...) Às vezes quando tem alguma demanda, alguma solicitação de projeto, a gente agenda, por que também conciliar várias agendas não é fácil (...). Quando tem alguma demanda, algum projeto que vai ser implantado e aí a gente tem que se reunir (Gestor Central 01).

Quando indagado sobre a utilização de instrumentos nessas articulações, tais como, planejamento, monitoramento, avaliação, existência de espaços institucionais de discussão e realização de diagnósticos conjuntos, o entrevistado apontou para a inexistência dos mesmos, explicitando a forma como acontecem as articulações com outras Secretarias, que se resumem a um planejamento inicial das ações motivadas por demandas específicas:

Não. A gente vai ver a demanda. Por exemplo, construção de Unidades. O governo federal mandou verbas do PAC 2 e tem a questão do Minha Casa Minha Vida. Aí quando vai construir o Minha Casa Minha Vida, eles entram em contato conosco e

aí para saber para qual Unidade vai referenciar aquela população, se tem Unidade ou não para referenciar. Então aí há um planejamento. Quando vai construir uma Unidade a gente precisa da localização do terreno, aí a gente entra em contato com a SPDE para ver a localização e aí tem uma equipe técnica nossa que avalia, por exemplo, o acesso para o usuário, distância, a gente tem que estar medindo para ver se aquele local é mesmo viável, se é um local estratégico, até porque para você não perder recursos. Então a gente procura trabalhar nessa lógica (Gestor Central 01).

A fala do entrevistado sugere que a busca, seja por iniciativa do setor saúde, seja por outros setores, da intersectorialidade ocorre especialmente quando existe uma demanda, uma necessidade dessa articulação para implantação de projetos e construção de Unidades de Saúde. Sugere ainda que a intersectorialidade não é algo permanente, ocorrendo pontualmente e sem a utilização de instrumentos para além do planejamento inicial das ações.

Outras iniciativas intersectoriais, para além da implantação de projetos, parecem ocorrer também de modo pontual, dependendo da necessidade identificada.

Depende da necessidade. Outro dia mesmo a gente estava discutindo junto com a Setra que é a Secretaria de Trânsito para ver qual o melhor ônibus, melhor trajeto que vai estar passando para que a população tenha melhor acesso a Unidade (Gestor Central 01).

Preocupações com a acessibilidade e com a infraestrutura comunitária podem constituir elementos estimuladores da intersectorialidade. Contudo, esta enquanto um projeto mais amplo vinculado ao conceito de promoção da saúde demanda articulações permanentes e sistemáticas com a utilização de instrumentos que materializem e enriqueçam as articulações entre diferentes setores. A incorporação dos determinantes sociais do processo de saúde/ doença na agenda da gestão pode contribuir com a ampliação dessa busca.

A intersectorialidade demanda superar o desenvolvimento de ações e articulações pontuais e imediatas e incorporar um projeto de gestão em que a atuação de diferentes setores visa construir um sistema de proteção social de direitos inter-relacionados, conforme discute Miotto e Schutz (2011). Dessa forma, torna-se possível ofertar serviços de maneira eficaz e integral compreendendo as necessidades dos cidadãos em sua totalidade. A não articulação entre diferentes setores resulta no desenvolvimento de ações de caráter isolado, pontual e fragmentado. Do mesmo modo a descontinuidade das articulações, isto é, a pontualidade e imediatividade das mesmas, reduz o potencial da intersectorialidade ao não garantir a permanência das ações, o acompanhamento e a avaliação destas.

Por isso, o uso de instrumentos, como o planejamento, o monitoramento e a avaliação são

essenciais na construção da intersetorialidade. Permitem a continuidade, o acompanhamento e a avaliação das ações, tornando-as mais eficazes e atendendo as necessidades sociais do território e da população em que incidem. As articulações no âmbito da Subsecretaria de Atenção Primária parecem não contar com a utilização de instrumentos para além do planejamento inicial das ações, o que pode gerar uma descontinuidade e limitação do potencial das ações.

Como dito anteriormente, planejar, monitorar e avaliar são ferramentas essenciais no processo de gestão, além de outros mecanismos e instrumentos que podem facilitar, organizar e sistematizar a integração entre diferentes setores, como a realização conjunta de diagnósticos, a definição de uma agenda comum de ações, a construção de espaços institucionais de pactuação e deliberação, entre outros (ZANCAN, 2003). A utilização desses instrumentos articulados ao controle social e ao comprometimento ético que deve permear a gestão pode garantir efetividade e qualidade às ações desenvolvidas.

Planejar sem monitorar e avaliar as ações apresenta o risco de realizar ações sem que estas tenham um impacto efetivo na população, reduzindo o potencial destas. O monitoramento e a avaliação permitem o desenvolvimento e aperfeiçoamento das ações de acordo com a realidade local, por isso a necessidade de se acompanhar e avaliar periodicamente os serviços prestados e as articulações realizadas. A utilização desses instrumentos vinculados às características e necessidades do território permite uma compreensão e abordagem integrais e também uma aproximação entre a gestão e a prestação da assistência.

Para Junqueira (2004), o processo de planejamento não esgota a ação intersetorial, pois deve incorporar o monitoramento e a avaliação tendo como perspectiva alcançar resultados que impactem e melhorem a qualidade de vida da população. O uso desses instrumentos deve levar em consideração ainda os objetivos e finalidades das intervenções, e o contexto em que são desenvolvidos. Há a necessidade da gestão voltar-se tanto para os resultados obtidos quanto para os processos que levaram a tais resultados. Com esse entendimento, tanto as ações desenvolvidas quanto a própria forma de articulação entre os setores deve ser planejada e avaliada.

Vale lembrar que o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006) destaca a utilização do tripé planejamento/monitoramento/avaliação como processos interligados que devem ser desenvolvidos nas três esferas de governo relacionados à realidade de cada região. Aponta ainda que devem ser fundamentados no conceito de necessidades de saúde, o que diretamente deve resultar na intersetorialidade. Por isso, o uso deste tripé também nas articulações intersetoriais é fundamental. O Pacto aponta que a intersetorialidade no uso desses instrumentos fundamenta-se na determinação

social do processo saúde/doença. No caso da ESF, podemos incluir ainda o conceito de promoção da saúde. Do mesmo modo e com as mesmas fundamentações a PNAB (2011) também orienta o uso deste tripé no âmbito da APS e o desenvolvimento de parcerias com outros setores a fim de fortalecer a ESF. É com base em tais apontamentos que indica-se a necessidade da Subsecretaria de APS avançar na construção da intersetorialidade.

Toda essa normatização legal estabelece um grande desafio para a gestão, em especial, a gestão municipal através do processo de descentralização. O gestor necessita munir-se de conhecimentos técnicos e políticos que lhe permitam o desenvolvimento de ações em consonância com as normatizações legais, adequadas à realidade local e, em parceria com o controle social. Essa necessidade de intermediar a técnica e a política vincula-se ao fato de que a gestão, como qualquer outro fenômeno social, não é isenta de determinações que a conformam. A gestão vincula-se à macroestrutura política, social e econômica da sociedade e, portanto, esses elementos também devem ser considerados na análise da gestão (ALVES, 2008). Na atualidade as reformas de Estado e a concepção de Estado mínimo, imprimem a gestão a difícil tarefa de garantir direitos com qualidade e efetividade em um contexto tão adverso. Do mesmo modo, alcançar conceitos como a promoção da saúde e a intersetorialidade tornam-se também grandes desafios.

Além da conjuntura atual e da não utilização de instrumentos permanentes, a fragilidade nas interlocuções interssetoriais no âmbito da gestão pode ser visualizada também nas falas dos supervisores locais e conselheiros municipais de saúde, quando indagados sobre a existência dessas articulações:

Não acontece (Cons. Saúde 02).

Não. Eu acho que não. Pelo menos, acredito que não de rotina. Só quando tiver uma necessidade (Supervisor Local 01).

Se existem esses momentos, eu desconheço, realmente não sei (Supervisor Local 03).

Eu não sei, mas acredito que deva ter (Supervisor Local 04).

Eu não tenho informação com relação a isso (Cons. Saúde 01).

Associado a não utilização de instrumentos permanentes de articulação interssetorial, o desconhecimento desta pelos entrevistados pode ser mais um dos elementos que explicita a fragilidade da intersetorialidade. A intersetorialidade enquanto um projeto amplo e permanente de gestão deve estar presente em todos os momentos do desenvolvimento e execução de políticas e

programas, não só nos espaços institucionalizados, incluindo gestores, profissionais e usuários. O desconhecimento de mecanismos de articulação intersetorial na esfera gestora por parte dos supervisores e conselheiros (a exceção de um conselheiro que afirmou não existir), parece reforçar o fato de que a intersetorialidade ainda não foi incorporada como um projeto de gestão permanente, ficando limitada a articulações motivadas por necessidades circunstanciais (implantação de projetos do governo federal e construção de Unidades de Saúde).

Ao avaliarem a intersetorialidade na gestão, os gestores do nível central, assim como os supervisores locais e conselheiros ponderaram que esta ainda é algo muito distante, pontual e presa às determinações legais que apontam a necessidade da intersetorialidade nas políticas e programas.

Muito incipiente tanto na ponta quanto no nível maior de gestão. (...) E uma das observações que eu fiz e que foi concordância, foi a total ausência da intersetorialidade. E quando você pede o foco na Atenção Primária, especificamente na Saúde da Família, ela é muito incipiente, muito acanhada. Vou fazer questão de grifar isso para você (Cons. Saúde 02).

Me parece que está muito mais no âmbito da determinação do que de fato uma ação dos atores para que isso seja feito de uma forma a proporcionar a intersetorialidade (Cons. Saúde 01).

Em alguns casos, em algumas situações, quando você tem uma exigência legal de que faça uma articulação com a Educação, com a Habitação aí as coisas vão. (...) Então ela existe em situações pontuais. Mas eu não vejo uma discussão intersetorial efetiva, permanente, onde aquilo fosse uma política de assistência à saúde em Juiz de Fora (Cons. Saúde 02).

A questão sobre a determinação legal abordada nas falas dos conselheiros é indicativa de que a intersetorialidade na esfera gestora ocorre mais facilmente e frequentemente quando há uma orientação legal na implantação de programas e projetos que determinam a articulação entre diferentes setores. Essa percepção dos entrevistados pode ser analisada como mais um dos elementos que reforçam a fragilidade da intersetorialidade no âmbito da gestão, conforme já apontado. A intersetorialidade demanda a superação de uma visão pontual e imediata das articulações. Estas necessitam ser vistas como uma potencialidade que pode permitir a ampliação, qualificação e efetividade da assistência prestada.

Para além de planejar, motivado por uma determinação legal, é necessário construir uma articulação profunda em que diferentes setores voltam-se para a intervenção em uma determinada realidade, com a definição de objetivos, metas e ações comuns. Nesse processo, conforme já foi dito, o monitoramento e a avaliação devem ser incorporados permitindo o alcance de melhores resultados e processos.

Um dos desafios da gestão na construção da intersectorialidade parece ser a superação da simples determinação legal, materializando esta importante diretriz da ESF, tanto nas atividades da gestão/coordenação quanto no cotidiano do trabalho das USF, como uma proposta que seja comum a todos os sujeitos envolvidos. A superação deste desafio envolve a utilização de instrumentos de gestão que materializem e fomentem as articulações nas esferas gestoras e no âmbito local das USF. Incorporar a intersectorialidade na gestão e fornecer subsídios aos profissionais que estão na prestação direta da assistência constituem dimensões-chaves nesse processo.

As dificuldades na construção das articulações intersectoriais também podem ser compreendidas articuladas às características do aparato de gestão brasileiro. A fala de um entrevistado apontou para a necessidade de romper com a setorialização e com a visão endógena que compõem a gestão.

É que cada um olha para a sua pasta. A minha visão é essa. Eu cuido da saúde, eu cuido da educação, eu cuido da habitação, eu cuido da assistência, eu cuido da agropecuária e esquece de cuidar do todo. Isso é minha avaliação, muito pessoal. Por esses anos todos que a gente já tentou fazer isso, é por que cada um cuida muito especificamente da sua pasta e esquece de discutir (Cons. Saúde 02).

De acordo com Inojosa (1998 *apud* MIOTO e SCHATZ, 2011) o aparato governamental brasileiro é marcado pela existência de interesses antagônicos, pela hierarquização, pela burocratização, pelo corporativismo, pela concentração de poder, pela divisão de departamentos por disciplinas. Com o processo de descentralização, os municípios ampliaram o escopo de suas ações reproduzindo a estrutura das secretarias e ministérios federais. Tais características dificultam, sem dúvida, a construção da intersectorialidade. Um ambiente totalmente setorial não favorece a integração de práticas e conhecimentos e uma ação integrada e integradora das políticas públicas. As políticas isoladamente não dão conta de construir uma política de desenvolvimento social que promova melhorias na qualidade de vida e a promoção da saúde.

A superação dessas características, que acabam por limitar e dificultar a intersectorialidade, perpassa pela construção de uma nova cultura política respaldada pela definição de mecanismos e estratégias que impulsionem e subsidiem a integração entre os diferentes setores. A sensibilização das várias secretarias e seus órgãos/ departamentos, a conscientização a cerca da importância da integração buscando a construção de um sistema de proteção social, a definição de um projeto/ política intersectorial de gestão, a desburocratização e agilização das relações e processos, o acesso aos outros setores, o conhecimento dos outros setores (seus objetivos, ações, dificuldades,

organização etc.), e a capacitação para a intersetorialidade são estratégias que podem contribuir na construção dessa nova cultura política.

Analisando os dados da pesquisa, é possível apontar que a fragilidade das articulações no âmbito da coordenação da ESF parece refletir no trabalho desenvolvido nas USF. Isto é, as dificuldades enfrentadas em âmbito local podem ser compreendidas associadas à fragilidade da intersetorialidade no âmbito da gestão. Se nesta esfera não há a construção de um projeto intersetorial de gestão, isto se expressa na assistência prestada aos usuários, através da oferta de ações fragmentadas e isoladas.

Do mesmo modo, no âmbito local há um insulamento das ações das USF que não se sentem respaldadas pela SMS na resolução de problemas intersetoriais identificados, conforme será discutido no segundo eixo. Em consequência, as equipes acabam traçando estratégias alternativas como articulação com terceiro setor e setor privado, com os conselhos de saúde e construção de fluxos extraoficiais de articulação.

Essa correspondência entre a intersetorialidade no âmbito local e no âmbito da gestão evidencia a necessidade de construção de uma política intersetorial não só na saúde, mas no município como um todo, que supere iniciativas pontuais, isoladas, individuais e sem continuidade. Somente assim, será possível à intersetorialidade materializar-se efetivamente constituindo um sistema de proteção social efetivo e comprometido com a garantia de direitos e com a qualidade dos serviços prestados.

Ainda em relação a intersetorialidade no âmbito da gestão, foram destacados elementos como: a rotatividade de gestores resultando em descontinuidade das ações, o perfil dos gestores e, a divergência entre a linguagem do técnico e a do gestor. Sobre a descontinuidade:

E a cada mudança de gestão que acontece a cada quatro anos, mas pode ser antes disso pode ser até de quatro em quatro meses, muda-se tudo, quer mudar todo o processo de trabalho. Se a gente acompanhar isso a gente está sempre partindo do zero. Cada um que chega esquece que existiu uma história e quer começar do zero de novo. E às vezes chega com uma postura extremamente arrogante e esquecem que aquelas pessoas que estão ali não chegaram na véspera que a pessoa chegou (Supervisor Local 01).

Sobre o perfil dos gestores:

Por que normalmente os cargos de gestão, são cargos políticos, são indicação. Não são técnicos ou servidores que já tem uma história no município. Não, é alguém que vem lá do secundário, do particular e resolveu ser gestor da Atenção Primária.

Então não sabe nem por onde passa a situação e chega botando banca (Supervisor Local 01).

Só que depende muito do gestor público no momento em questão. Às vezes envolve até muito, às vezes não. Nessa gestão não muito. Eu avalio como bem ruim, eu avalio bem negativamente. As parcerias que a gente tenta fazer são todas sem o envolvimento da gestão. Eu acho que nesse ponto a gente tem um entrave muito grande (Supervisor Local 02).

Sobre a divergência na linguagem dos técnicos e dos gestores:

Olha, na Secretaria, nós temos técnicos muito bons que são pessoas que trabalharam na ponta. Estão lutando lá dentro, tentando fazer a coisa acontecer. Mas eles estão fazendo um trabalho de formiguinha e sendo massacrados por elefantes. O que a gente percebe é que eles realmente estão sufocados, por mais que eles tentem a organização política é muito forte. Eles são técnicos, mas os gestores não são. Então eles falam uma língua e o gestor fala outra. Então praticamente eles não conseguem se entender. Então a gente percebe que são pessoas muito boas, que a gente já conhece a algum tempo que estão tentando, mas não estão conseguindo sair do lugar, não por eles, mas porque o momento não permite (Supervisor Local 01).

A descontinuidade da administração em decorrência da mudança de secretários e gestores, de acordo com a fala dos entrevistados, parece ser algo frequente na SMS no município, embora à época da coleta de dados da pesquisa, os gestores entrevistados tenham apresentado um tempo maior de permanência na gestão em relação a outros períodos/gestores (na subsecretaria de APS, o gestor encontrava-se a dois anos no cargo e na SMS o gestor encontrava-se a um ano e meio no cargo).

A mudança constante de gestores acaba por impactar negativamente a intersetorialidade e a ESF, já que a entrada de novos gestores geralmente resulta em mudanças na estrutura administrativa, na relação com os funcionários, no desenvolvimento de ações e projetos, na relação com outros setores, na própria atividade de gestão. Tais mudanças geram dificuldades tanto para os profissionais que acabam tendo que se adaptar às mudanças (o que demanda tempo para organização e adaptação), como também para a população de um modo geral que se depara com a fragmentação e descontinuidade das ações aumentando o descrédito em relação às mesmas.

Do mesmo modo, o perfil dos gestores bem como a sua qualificação técnica e política são elementos que também interferem no direcionamento da gestão. Para Paim e Teixeira (2007), a qualificação e a educação permanente do gestor em sintonia com o direcionamento ético e político do SUS, permitem a aquisição de conhecimentos e habilidades necessários à superação do

amadorismo e da descontinuidade da gestão. Para os autores a qualificação dos gestores é um ponto fundamental da gestão, na medida em que contribui para a construção de uma gestão eficaz e comprometida com os princípios do SUS. Por isso, a necessidade de profissionalização e continuidade da gestão, através da qualificação do gestor e da delimitação de suas competências. Atuar na gestão da ESF demanda um perfil e uma experiência adequados à lógica da Estratégia que contribuam para a ampliação e qualificação das ações.

A estrutura de gestão da Subsecretaria de APS parece contar com a existência de uma equipe técnica qualificada, conforme apontado por dois dos supervisores locais. Mas isso sozinho pode não ser o suficiente, pois, como destacam os entrevistados, o direcionamento da gestão depende do gestor do momento, do contexto em que esta se insere e dos objetivos que são postos a ela. Por isso, mais uma vez, a qualificação do gestor tanto no campo da técnica quanto da ética e da política é fundamental.

Para Paula (2005) o gestor público necessita adquirir capacidade de negociar, planejar, pesquisar, aproximar pessoas e interesses, executar, avaliar e compreender a cultura, a economia e a política, superando hiato entre a técnica e a política. Isso requer uma visão mais abrangente, estratégica, participativa e cooperativa direcionada à horizontalização das relações de poder e à democratização.

A intersetorialidade requer essa capacidade de intermediar a técnica e a política, já que relaciona-se com a garantia de direitos de modo integral e efetivo. Demanda, portanto, o compromisso da gestão em viabilizar a construção de um sistema de proteção social focado no atendimento às necessidades dos cidadãos, na democratização e no desenvolvimento social e econômico.

Em síntese, na Subsecretaria de APS a intersetorialidade se mostrou ainda incipiente. Essa fragilidade é expressa na não utilização de instrumentos intersetoriais permanentes nas atividades de gestão, no desconhecimento pelos supervisores locais e conselheiros de articulações institucionalizadas no âmbito da gestão e, no desenvolvimento de articulações vinculadas à implantação de projetos específicos que normatizam a intersetorialidade ou articulações realizadas de modo pontual. Como resultado, há um reflexo dessa fragilidade também em âmbito local, no trabalho desenvolvido pelas USF e, na assistência prestada aos usuários, destinatário final de todas as ações.

A superação desse quadro requer da gestão municipal, além do reconhecimento e valorização da intersetorialidade, o planejamento e desenvolvimento de ações estratégicas para

alcançar as articulações entre os setores, a identificação das dificuldades e das formas de sua superação, a incorporação de uma concepção clara e sólida sobre o projeto da ESF, da política de saúde e da gestão pública e, uma aproximação entre a gestão e a execução das ações.

3.1.2 A educação permanente em saúde e a intersetorialidade: uma interlocução necessária

Ao refletirem sobre a atuação da SMS no que se refere à garantia das condições de trabalho e ao incentivo e valorização do trabalhador para a construção da intersetorialidade, os entrevistados destacaram a educação permanente como uma iniciativa positiva e exitosa da SMS que contribui para o desenvolvimento do trabalho de um modo geral.

Ainda que esta iniciativa não tenha como foco específico e direto a intersetorialidade, pode acabar contribuindo para esta, na medida em que permite a atualização constante dos profissionais e a aquisição de novos conhecimentos que podem possibilitar a ampliação do olhar da equipe sobre o processo saúde/doença e conseqüentemente sobre a necessidade da intersetorialidade.

A educação permanente coloca-se como uma responsabilidade importante da gestão e como um elemento essencial no fortalecimento da ESF, ao incluir a capacitação dos recursos humanos. Investir na força de trabalho constitui um dos eixos de atuação da gestão na perspectiva de qualificar a prestação da assistência e subsidiar a atuação dos profissionais. Ainda que não tenha como objetivo primeiro capacitar para a intersetorialidade, não deixam de ser iniciativas importantes, que ao contribuírem para a construção do trabalho da ESF, podem conseqüentemente favorecer a intersetorialidade.

De acordo com os entrevistados, as ações de educação permanente da SMS são vinculadas ao MS e também identificadas de acordo com a necessidade local.

Alguns são [formatados pelo Ministério], outros a gente levanta a necessidade de acordo com o que a gente verifica, principalmente na Saúde da Família, (...) então a gente vê o que precisa. No início do ano a gente monta um cronograma, às vezes a gente busca uma capacitação que não veio ou um programa novo do Ministério. Então a gente está sempre revendo (Gestor Central 01).

O incentivo é até mais do Ministério porque existe uma verba do Pró-Saúde que é para isso, para a educação permanente. Então eles têm que envolver você em educação permanente (Supervisor Local 02).

Seja por iniciativa própria da SMS ou motivada pelo cumprimento de indicadores ou ações programáticas instituídas pelo MS, a realização permanente de cursos de atualização é uma atuação

importante para o avanço e consolidação da ESF e da política de saúde. É uma atuação estratégica para alcançar os princípios e diretrizes do SUS, incluindo a intersetorialidade.

A educação permanente é vista como uma atuação positiva da SMS na atualidade, como evidenciam as falas abaixo:

Isso é a melhor coisa que a Secretaria tem. Tem curso o tempo todo. Nós temos o PEP (Programa de Educação Permanente) do Ministério da Saúde para médicos. (...) Então tem o PEP dos médicos, o PEP da enfermagem que participam tanto os enfermeiros como os técnicos, e tem cursos diversos de todos os níveis para médicos, enfermeiros, serviço social, agente comunitário de saúde. O tempo todo a gente tem capacitação. (...) Agente Comunitário de Saúde é capacitado o tempo todo, tudo o que você imaginar, tuberculose, hanseníase, dengue, diabetes, hipertensão, prevenção de desnutrição, saúde bucal, tudo o que a gente imaginar que tem relação com a saúde em algum momento vai ter capacitação (Supervisor Local 02).

Nós temos tido capacitações permanentes e tem sido bem interessante. Eu, por exemplo, estou fazendo agora uma capacitação de saúde mental, os enfermeiros já fizeram, médicos já fizeram (Supervisor Local 03).

A gente às vezes aqui não fica sabendo, mas eu sei que vários profissionais às vezes viajam, vão fazer cursos, participar de seminários e a gente não tem essa informação aqui. O que eu sei que tem hoje é um processo de qualificação, de educação permanente (Cons. Saúde 02).

A educação permanente, conforme foi dito, é parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para atuação no SUS, orientação esta que parte do próprio MS (BRASIL, 2006; 2011). Valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a educação permanente e a atualização constante das equipes de saúde da família constitui uma das atribuições da gestão municipal no que se refere a APS/ESF. A atuação da SMS no município de Juiz de Fora, no que se refere a educação permanente, mostra-se em consonância com as orientações do MS. Essa atuação pode favorecer a intersetorialidade ao incidir no preparo e capacitação das equipes.

Além dos cursos de capacitação, foi citada pela gestão uma experiência interessante realizada pela SMS que pode ser incluída como mais uma iniciativa de educação permanente, ao visar o compartilhamento de saberes e experiências, através da realização de uma Mostra¹⁶.

Lá na base a gente tem um trabalho que a gente faz junto com as equipes até de

¹⁶ A Mostra de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora tem por objetivo apresentar e divulgar as experiências dos profissionais, das instituições formadoras e da gestão na APS. Visa assim, estimular a troca de experiências, fomentar debates, incentivar a qualificação profissional e, dar visibilidade ao controle social, contribuindo para o fortalecimento da APS. A primeira Mostra de APS aconteceu em 2004 e a segunda em 2011 (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2013). <http://www.pjf.mg.gov.br/saude/mostraaps.php>- acesso em 23 de fev. 2013 as 14:54

uma Mostra que a gente chama, para cada uma estar apresentando o seu trabalho. Então a região norte apresenta junto com a região sul para gente discutir e ver os trabalhos que estão sendo realizados na região norte ou sul. Então a gente faz esses encontros com as equipes, a gente faz essa troca de experiências e isso é de grande relevância por que as vezes você está com uma dificuldade de estar realizando um trabalho lá na Unidade e uma outra tem outra experiência que conseguiu e foi exitosa. Então a gente faz essa troca (Gestor Central 01).

A realização dessa Mostra parece constituir uma experiência positiva ao permitir a troca de experiências e o aprendizado conjunto entre as equipes de saúde da família do município. Permite aos profissionais conhecer outras experiências de trabalho e publicizar as suas também. Esse pode ser um processo rico ao criar novas práticas de interlocução entre as equipes e com a própria SMS, caso esta seja envolvida em tais encontros. Permite ainda à comunidade ter visibilidade sobre o trabalho desenvolvido pelas equipes favorecendo a construção de uma visão positiva sobre a ESF e o conhecimento de experiências exitosas. Pode ser visualizada como uma ação de educação permanente ao fomentar a reflexão e aprendizagem a partir da experiência de colegas de trabalho. Tais momentos podem ser aproveitados ainda para realização de debates teóricos, realização de grupos de trabalho para identificar problemas, dificuldades e estratégias de superação, o que certamente, pode contribuir para o enriquecimento destes espaços. Esta iniciativa pode contribuir para o fortalecimento da ESF e da intersetorialidade, ao permitir, por exemplo, a troca de experiência de práticas intersetoriais. As USF pesquisadas apresentam experiências singulares de articulação intersetorial e de projetos de educação em saúde que podem ser socializadas e divulgadas em tais espaços.

Outra questão destacada foi a iniciativa da SMS de manter as UAPS fechadas para atendimento ao público, por duas horas semanais, funcionando apenas para atividades internas como reuniões de equipe e participação em cursos a distância.

Hoje existe uma capacitação para os profissionais e é até uma coisa que os usuários perguntam é que nas quintas-feiras, as Unidades fecham às 3 horas da tarde para um curso de treinamento à distância pelo estado (Cons. Saúde 02).

Do mesmo modo, esta também parece constituir uma experiência positiva ao permitir que a equipe tenha um momento dentro do próprio processo de trabalho para a capacitação e integração dos profissionais. A capacitação da equipe resulta em melhores atendimentos e serviços aos usuários. Entretanto, é preciso que haja conscientização da população quanto a isso e que tais momentos sejam organizados de forma a propiciar o melhor aproveitamento possível desta iniciativa.

Sem desconsiderar a dimensão positiva destas iniciativas, chama a atenção o fato de que tanto a Mostra como o curso a distância não foram citados pelos supervisores locais. Podemos associar isso ao fato de que possivelmente a equipe não considere ou sinta estes espaços como momentos e oportunidades de capacitação/educação permanente. Ou, ainda, pode ser que tais espaços não sejam utilizados de forma a proporcionar esse sentimento e compreensão na equipe. Não basta que existam espaços institucionalizados de interlocução e troca de experiências, ou capacitações, mas sim que tais espaços sejam organizados de modo a proporcionar de fato uma experiência de educação permanente.

Vale destacar também que as capacitações realizadas são voltadas especificamente para os profissionais da base, não incluindo os gestores centrais. Os supervisores locais participam das capacitações por serem membros da equipe, isto é, acumulam a função de supervisor local e de profissional da ESF.

É voltado para os profissionais. Mas sempre que tem a gente pede para um da equipe técnica estar presente, porque tem as capacitações do município e algumas que o estado exige também. Então essas tem que ter alguém da equipe técnica (Gestor Central 01).

Conforme já foi discutido, a qualificação e a educação permanente dos gestores são fundamentais para o sucesso da gestão. Estes também necessitam de conhecimentos e habilidades, assim como os profissionais inseridos na assistência, que os permitam atuar na perspectiva da política de saúde e da intersetorialidade. Como gestores, a sua atuação caminha entre a técnica e a política, demandando uma formação e preparação que dê conta de fazer essa intermediação. A partir de tais considerações, é possível apontar que as ações de educação permanente da SMS deveriam envolver também os gestores centrais, já que a capacitação destes constitui importante elemento para a consolidação da ESF e, também da intersetorialidade. É importante lembrar, sem desconsiderar a interconexão com a estrutura da sociedade, que é a gestão que define o direcionamento das políticas e programas. Por isso, a importância da qualificação técnica e política dos gestores.

Outro aspecto relevante no que se refere a educação permanente é o modo como são planejadas e programadas as ações. É importante que estas sejam planejadas junto com a equipe, que constitui o alvo das ações. Dessa forma, aumenta-se a potencialidade da educação permanente ao permitir que esta seja planejada de acordo com a realidade das equipes. A gestão ao considerar o cotidiano das USF como base para o planejamento pode identificar as dificuldades enfrentadas

pelas equipes, bem como as necessidades de educação permanente relacionadas, o que parece não ocorrer na SMS, de acordo com a fala de dois dos supervisores locais:

É uma coisa que vem sempre planejada por eles, em momento nenhum... Até já teve anos atrás entregavam um papel: quais são as necessidades de educação permanente? Mas nunca saiu do papel também (Supervisor Local 01).

Essas capacitações já vêm formatadas. Agora eu penso que, por exemplo, essa capacitação de saúde mental, ela se impôs, porque essa demanda tem sido uma imposição nos Postos de Saúde, ela chegou arrebatando. Realmente não dava para ficar sem uma capacitação em saúde mental na Atenção Básica, porque as demandas têm sido explosivas aqui no Posto, não só aqui porque a gente vê nas reuniões que a saúde mental tem sido uma das questões mais sérias da saúde (Supervisor Local 03).

Envolver os profissionais em todo o processo de gestão é uma das orientações realizadas por Vaitsmam (2009). Os profissionais vivenciam cotidianamente os serviços, deparam-se com as dificuldades e necessidades das USF e por isso tem condições de apontar as suas demandas de educação permanente. É papel da gestão envolver os profissionais na identificação e planejamento das ações de educação permanente a fim de aumentar a potencialidade destas e ofertar capacitações que atendam as necessidades das equipes.

A imposição de demandas, conforme exposto pela USF 03, sugere a necessidade da gestão estar mais próxima dos profissionais e das USF, desenvolvendo ações de educação permanente não só nas situações-problema. Ou seja, uma política de educação permanente deve visar não só identificar demandas e desenvolver ações, como também monitorar e avaliar as capacitações realizadas. Assim torna-se possível superar o desenvolvimento de capacitações pontuais e isoladas para construir uma efetiva política de educação permanente.

Vale destacar ainda que para um dos supervisores locais, embora a educação permanente seja uma atuação positiva, muitas vezes a mesma é realizada com o objetivo de descentralizar ações para a APS:

Normalmente é para descentralizar alguma coisa, mas tem. Por exemplo, está tendo capacitação de anemia falciforme, mas não é uma capacitação de anemia falciforme, é para descentralizar. O objetivo é sempre descentralizar. Por isso que a gente fica sufocado e não consegue fazer mais nada (Supervisor Local 01).

A educação permanente, enquanto estratégia de qualificação da força de trabalho e de consolidação da ESF e de práticas ampliadas de cuidado, não se reduz ao desenvolvimento de

atividades organizadas para atender somente os interesses da gestão. Além de organizar os serviços e o sistema de saúde, a educação permanente deve ter como objetivo primeiro a qualificação dos recursos humanos. A fala do entrevistado sugere a necessidade de uma inversão de valores: capacitar para qualificar a assistência e não para organizar os serviços nos níveis de atenção. Esta deve ser uma consequência das ações de educação permanente. Ao mesmo tempo, qualquer processo de delegação de novas responsabilidades e atribuições aos serviços deve ser discutido e planejado junto com os profissionais envolvidos, avaliando-se anteriormente a capacidade dos serviços. Por isso a educação permanente deve vir sempre acompanhada de ações em torno das condições de trabalho a fim de permitir às equipes o melhor desenvolvimento possível das ações.

Em que pese as ponderações realizadas pelos entrevistados, a educação permanente na SMS parece constituir uma iniciativa positiva no sentido de fornecer às equipes a qualificação necessária à atuação. As ações de educação permanente da SMS podem contribuir para o fortalecimento da ESF e da intersetorialidade a partir do investimento na preparação dos recursos humanos. É necessário envolver os gestores nessas ações e os profissionais no planejamento das mesmas. Fortalecer a realização de ações, como a Mostra e a educação a distância que constituem iniciativas diferenciadas, pode ser também uma estratégia para consolidar uma política de educação permanente na SMS.

3.1.3 O controle social e a intersetorialidade

A partir da consideração do CMS como um elemento constituinte da gestão, buscou-se compreender de que modo este tem contribuído para a efetivação da ESF no que se refere a intersetorialidade. O caráter deliberativo do CMS abre a possibilidade deste interferir nas decisões e ações que direcionam o rumo da política de saúde, desde que haja uma atuação crítica e propositiva dos conselheiros e um reconhecimento e valorização deste espaço por parte dos gestores.

No âmbito do CMS as discussões sobre a intersetorialidade também se mostraram frágeis revelando a necessidade de avançar na identificação e problematização dos determinantes do processo de saúde/doença e na articulação com outros conselhos. Assim como na SMS, as discussões e intervenções do CMS no que diz respeito a intersetorialidade também são pontuais e fragmentadas, não havendo uma incorporação mais profunda da intersetorialidade na agenda do Conselho.

A intersetorialidade no CMS será analisada, considerando-se as articulações do Conselho

com outros conselhos e movimentos sociais, a inserção desta temática nas atividades do Conselho, a relação com a SMS e, as dificuldades encontradas para a atuação do controle social nesse processo.

No que refere a parcerias com outros conselhos e movimentos sociais há um processo ainda em construção, conforme aponta este conselheiro:

Eu penso que são tentativas, não se pode dizer que são parcerias fortalecidas, eu acho que há um esforço nesse sentido. Seja por meio das comissões existentes, seja por meio de eventos esporádicos. Então está muito mais no sentido da busca do que da efetivação da intersectorialidade no que diz respeito ao contexto porque há solicitação da participação dos conselheiros em vários eventos. E se os conselheiros estivessem capacitados o suficiente eles poderiam desenvolver isso por ação própria do conselheiro, buscando inclusive, repasses, informações, articulações. Mas acredito que isso ainda hoje não é alcançado (Cons. Saúde 01).

A fala do entrevistado sugere que não existem parcerias concretas e permanentes do CMS com outros conselhos. Parecem existir participações esporádicas e eventuais de determinados conselheiros em alguns espaços, como eventos organizados por outros setores, conselhos. Esta pode ser uma forma de interlocução e aproximação de diferentes conselhos, desde que estes momentos de encontro sejam vistos como uma potencialidade para a construção conjunta de ações. Afinal, são diferentes conselhos e movimentos sociais, intervindo sobre políticas e direitos que são inter-relacionados. Há a necessidade de avançar na superação da fragmentação e pontualidade destes momentos de encontro, construindo uma efetiva integração em que haja a construção conjunta de ações, fortalecendo-as.

O preparo e capacitação dos conselheiros neste processo são fundamentais. Compreender a importância da intersectorialidade na política de saúde e na ESF e a importância da parceria com outros conselhos pode ser o primeiro passo rumo a essa integração. Identificar que os “problemas” que interferem na saúde da população tem relação direta com a intervenção de outros setores implica em atuar junto a estes outros setores, tanto através da relação com os gestores quanto através da articulação com outros conselhos setoriais. Para alcançar uma efetiva integração é importante que essa busca parta dos diferentes conselhos, com vistas a construção de um processo de participação popular em que diferentes sujeitos constroem um sistema de proteção social na perspectiva da garantia de direitos, da qualidade dos serviços ofertados e da democratização.

Na atualidade no CMS não existe uma iniciativa concreta que caminhe no sentido dessa integração. Em outros momentos já ocorreram tentativas de aproximação entre conselhos, mas que não prosperaram, como indica este conselheiro:

Eu quando assumi, eu disse que não dava para discutir sozinho. Não dá para discutir política de saúde, se não conversar com outros conselhos. Nós começamos a desencadear um processo que era um fórum, um fórum de discussão dos conselhos. E começamos. Fizemos a primeira chamada e aí vieram alguns Conselhos, presidentes. Passado isso, nós continuamos a fazer essas discussões e isso foi até certo ponto. Quando mudou a administração e aquele troca-troca de secretários de um modo geral, não só na saúde. E isso deu uma desestruturada. E aí acabou. (...). Essa discussão, essa relação para discutir foi na preocupação do seguinte, por exemplo, o que o Conselho está fazendo em relação a pessoa com deficiência? Qual a política que o município tem para a pessoa com deficiência? (Cons. Saúde 02).

Embora não tenha prosperado, a criação de um fórum dos conselhos constitui uma iniciativa positiva na busca pela construção de uma integração entre diferentes setores e forças políticas.

A iniciativa revela uma preocupação do CMS com a importância da intersetorialidade na construção da política tanto nas ações desenvolvidas diretamente pela esfera gestora, quanto na atuação dos conselhos, enquanto elementos que compõem a gestão. É preciso resgatar essa iniciativa, inserindo novamente essa preocupação na pauta do CMS.

Vale destacar que a experiência citada ocorreu nos anos de 2006 e 2007, período em que a área da saúde na cidade vivenciou uma fase conturbada com troca de secretários de saúde por mais de seis vezes impactando negativamente a continuidade da gestão. Além disso, a gestão municipal apresentou problemas em relação a fraudes e corrupção, acarretando a prisão do prefeito em 2008 (CASTRO, 2009). Parece ter sido este contexto um dos elementos que obstaculizou a construção do Fórum dos Conselhos.

Certamente o contexto sociopolítico e a gestão são elementos que interferem na participação popular, podendo favorecer ou cercear um processo mais democrático. A troca constante de gestores gera descontinuidade das ações e um sentimento de incerteza e insegurança quanto ao rumo da política, impactando também negativamente a participação popular. Embora tenha encontrado todas essas dificuldades quando da sua implantação, seria importante recuperar a experiência do Fórum como uma possível estratégia para buscar novamente a integração entre os conselhos e o fortalecimento da intersetorialidade. Conforme defende Bravo (2008), a articulação dos conselhos com outras instâncias de participação popular - associações de bairros, movimentos sociais, sindicatos, órgãos de defesa de direitos dos cidadãos etc. - também pode favorecer a construção de uma integração e fortalecimento do controle social.

Nas atividades do Conselho, a intersetorialidade em alguns momentos é abordada, ainda que de modo pontual. Há uma preocupação com a intersetorialidade vinculada especialmente com a

construção de novas Unidades, assim como na SMS, em que esta ocorre motivada pela implantação de projetos e construção de Unidades.

Nós temos uma resolução no Conselho que fala justamente disso, não vou saber te precisar qual é. A nossa preocupação, era que quando você fosse fazer alguma coisa você discutisse com os demais setores, para que você possa construir equipamentos que acomodem essas pessoas [do Programa Minha Casa, Minha Vida]. (...) Não dá para construir nada, se não discutir conosco. Porque as pessoas eram assistidas em uma Unidade e quando ela sai dali ela vai para outra Unidade de referência que já está com a sua equipe completa. Tem que ter a creche, a escola, por que as pessoas que estavam ali tinham a creche, tinham a escola, tinham a Unidade (Cons. Saúde 02).

A resolução citada pelo conselheiro é a resolução 52/2003 do CMS (em anexo) que dispõe sobre a obrigatoriedade da Secretaria de Saúde em notificar e solicitar aprovação do CMS sobre expansão de moradia e loteamento no município de Juiz de Fora. A resolução determina ainda que todo empreendimento imobiliário deverá prever contrapartida do empreendedor para o SUS na área de abrangência a fim de evitar impactos e deficiências na rede assistencial.

A existência de uma resolução abordando a necessidade de trazer para o âmbito do CMS a discussão do campo da habitação revela a preocupação do Conselho em estreitar laços com este setor para garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população usuária. Entretanto, a incorporação de outros fatores provocadores da intersetorialidade (para além da preocupação com o acesso da população e a construção de novas Unidades de Saúde) incluindo os determinantes do processo saúde/doença, pode ampliar e fortalecer as ações do CMS no campo da intersetorialidade.

Nos Conselhos Locais também existem tentativas de articulação com outros setores:

Nos Conselhos Locais existe um esforço de alguns Conselhos, de algumas lideranças, de fazer essa discussão. Mas é uma coisa que ainda não está inserida como uma política de relação. Então quando surge alguma discussão dessa, desse leque de articulação, ela geralmente é provocada por uma iniciativa unilateral (Cons. Saúde 02).

A iniciativa dos CLS mostrou-se vinculada ao território no sentido dos recursos sociais existentes, e aos sujeitos envolvidos, não constituindo uma iniciativa comum a todos os conselhos. A intersetorialidade parece permear a atuação do controle social pontualmente tanto em âmbito local quanto municipal. E ainda, em âmbito local essa iniciativa parece ser vinculada a busca individual e isolada dos conselheiros e lideranças.

No CMS a intersectorialidade aparece também nas demandas colocadas pela própria população, no trabalho das comissões, e durante as reuniões ordinárias e extraordinárias. Foram citadas por um dos conselheiros, as situações em que a população encaminha para o CMS demandas que necessitam da intervenção de outros setores, ainda que em uma proporção pequena:

É muito comum a gente receber aqui demandas em relação ao transporte. É muito comum ver os Conselhos Locais fazerem solicitação para que outros setores da prefeitura façam a sua intervenção. Recentemente eu recebi uma informação, a questão do transporte adaptado. A demanda veio dos bairros e nós fizemos essa discussão e mandamos para lá. A Astransp respondeu, a Secretaria de Transporte respondeu. Mas, poderíamos fazer mais. Há uma desmotivação muito grande de toda a população. A população está desacreditada da classe política, são muitas promessas e poucas coisas cumpridas. (...) Então isso chega para nós. Tem, mas numa proporção muito pequena (Cons. Saúde 02).

A fala sugere que a população busca o CMS para respaldar suas demandas e intermediar o acesso ao setor que poderá responder à demanda. Essa acaba por constituir uma das frentes de ação do CMS no que se refere a intersectorialidade através da demanda colocada pela população, seja individualmente, pelos CLS ou outras instituições. Constitui uma importante frente de ação que deve ser valorizada e incentivada, na medida em que explicita a necessidade da intersectorialidade, aproxima o CMS dos CLS e da população de um modo geral, incentiva o exercício do controle social e amplia as ações do CMS. Embora, seja uma ação que ocorre em uma proporção pequena, como destaca o entrevistado, constitui uma importante frente de ação do Conselho no que se refere a intersectorialidade.

Outro conselheiro destaca que a intersectorialidade se faz presente no CMS também através do trabalho das comissões existentes¹⁷:

É pontuado, como, por exemplo, a questão da telefonia móvel, as antenas e isso afeta a saúde da população. Aí tem que levar em consideração a importância das comissões, para além do Conselho propriamente dito. Quem tem condições de dar minimamente uma resposta no que diz respeito a intersectorialidade são as comissões até por conta das temáticas que elas trabalham (Cons. Saúde 01).

E conclui apontando que a discussão sobre a intersectorialidade aparece nas reuniões a

¹⁷ Atualmente existem 20 comissões no CMS, a saber, Comissão de Recursos, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Normatização, Acompanhamento de atos da Ouvidoria, Plano Municipal de Saúde, População Negra, Vigilância em Saúde, Telefonia Celular, Saúde do Idoso, Hospital Zona Norte/UPA Zona Norte, Acompanhamento obras HU/CAS, Interdisciplinar/Interinstitucional – Nocivo Álcool, Colegiado Microrregional, Comissão Acadêmica HU/UFJF – Modelo Assistencial (Novo HU), Cargos/Salários, Comissão DID, UAPS Dom Bosco, Transporte, Assistência Farmacêutica.

partir das colocações de representantes das comissões:

Quando representantes das comissões apresentam suas questões. Aí você tinha representantes da comissão de saúde da população carcerária que expunha essas questões, a saúde do trabalhador com essa preocupação, aí você vê uma preocupação do segmento dos profissionais de saúde colocando essas questões no que diz respeito as condições de trabalho, a política de recursos humanos (Cons. Saúde 01).

A organização das atividades e atuações do CMS através de comissões temáticas possivelmente favorece a identificação e aprofundamento das questões que permeiam as temáticas das comissões. A questão que se coloca é de que modo essas questões chegam a SMS, de que modo o CMS enquanto um elemento que constitui a gestão interfere na busca de respostas às demandas colocadas. É importante reforçar o papel propositivo dos conselhos, no sentido de tanto identificar as demandas quanto propor e acompanhar as estratégias de superação, conforme orienta Noronha et al (2008).

O fato de que as questões são colocadas nas reuniões e discutidas nas comissões, não significa que necessariamente haverá uma articulação intersetorial para solucionar as questões apresentadas. Nesse sentido, a atuação do CMS deve se dar também no sentido de buscar junto a SMS as estratégias de ação e acompanhar os encaminhamentos dados.

Refletindo sobre a postura da SMS frente as questões que são colocadas nas reuniões, um dos conselheiros apontou que

Essas queixas soam de forma mais enfática para a Secretaria de Saúde. Então é algo que minimamente, a Secretaria de Saúde dá atenção quando essas queixas são colocadas. São queixas que ficam registradas em atas, os outros atores presentes na reunião tomam conhecimento. Então a preocupação da Secretaria em resolver essas questões é maior do que se chegasse por outras vias. Eles publicizam que vão apurar as questões e respondem por isso publicamente. Então eu acho que algo é feito, pode ser no sentido de resolver o problema de maneira satisfatória ou mesmo encobrir o problema (Cons. Saúde 01).

A fala do entrevistado reforça ainda mais a importância da atuação do CMS na proposição de ações e no acompanhamento das mesmas, buscando que as questões discutidas nas plenárias, nas comissões, e através das demandas que chegam de outras formas, sejam incorporadas e respondidas pela gestão. Esse é um aspecto que pode fortalecer o exercício do controle social e a construção de uma gestão democrática.

Ainda sobre a intersetorialidade no CMS, os conselheiros concluem que embora existam as iniciativas anteriormente descritas, não há atualmente uma atuação de fato na perspectiva da

intersetorialidade:

Não acontece. Nós não temos essa discussão. Nós não temos uma articulação com a Secretaria de Esporte e Lazer. Temos? Não e era para ter. Falo, inclusive, na questão do nosso controle social. Nós não temos e a gestão também eu não vejo. (Cons. Saúde 02).

A intersetorialidade está presente não no todo, na totalidade do Conselho, mas via representações, mas que ainda é uma intersetorialidade que não é substantiva. Ela ainda está se desenvolvendo, ainda é uma busca, é mais uma perspectiva do que de fato uma garantia (Cons. Saúde 01).

Essa fragilidade na construção de uma atuação na perspectiva da intersetorialidade vincula-se a diversas dificuldades enfrentadas pelo CMS, em especial no que se refere a relação com a SMS, ao preparo dos conselheiros, a postura passiva do Conselho e, a forma como são encaminhadas as questões pelos conselheiros.

Sobre a relação com os gestores centrais, tanto da SMS quanto da Subsecretaria de APS, os entrevistados apontaram que há uma postura dos gestores de já encaminharem propostas sem realizar anteriormente discussões com o Conselho, isto é, a gestão apresenta propostas já prontas esperando do CMS apenas a aprovação e não a discussão e elaboração conjunta. Do mesmo modo, apontam o não compartilhamento de informações, e o distanciamento entre a SMS e o controle social, em especial na relação entre a Subsecretaria de APS e os CLS. Todos esses elementos impactam a intersetorialidade já que a gestão da ESF deve incluir as instâncias de participação popular na sua atuação que deve se dar na perspectiva da promoção da saúde. A construção da intersetorialidade deve incluir o controle social no sentido da fiscalização, avaliação e proposição e deliberação das ações.

Você não tem ali, por parte dos gestores, uma indiferença e um desprivilegiamento do Conselho (...) Mas também você identifica que em determinadas situações as coisas já chegam prontas, decididas, amarradas. Então em que sentido é valorado o Conselho? (Cons. Saúde 01).

A dificuldade que eu vejo é essa ausência de compartilhar as iniciativas. Teve agora campanha de vacinação de animais, mas isso não chegou ao Conselho. Quem faz a política? Então tem essas dificuldades. Em determinados momentos, eles entendem que isso é competência da gestão e o Conselho não tem nada a ver (Cons. Saúde 02).

Eu tenho uma crítica na questão de discutir com os conselhos o que vai ser feito. Nisso a Secretaria peca porque ela não tem essa preocupação de ir lá e fazer. Isso é um ponto que precisa ser melhorado. A distância entre os Conselhos Locais e a Subsecretaria de Atenção Primária aumentou. Já tivemos uma presença mais

constante. Isso acontece muito quando está no barril de pólvora, para estourar, aí conversa. Mas não é isso que a gente quer. Nós queremos discutir com a Secretaria de Saúde a política de Atenção Primária (Cons. Saúde 02).

O não compartilhamento de informações e o distanciamento entre a SMS e os mecanismos de controle social acabam por gerar uma relação verticalizada entre gestores e conselheiros não favorecendo a construção de uma gestão democrática e participativa. A publicização das ações e informações é parte constituinte de uma gestão que valoriza os conselhos como espaços de cidadania e democracia. Tais elementos podem permitir um fortalecimento da atuação do Conselho de um modo geral e inclusive no que se refere a intersetorialidade, permitindo aos conselheiros a proposição e avaliação da política de saúde.

É importante lembrar que o controle social é sempre uma possibilidade nestes espaços, a depender da correlação de forças existente. Para Correia (2006), o conselho é um espaço de tensão e luta entre diferentes interesses e projetos para a saúde e por isso as posturas e estratégias dos diferentes sujeitos envolvidos refletem as concepções, objetivos e interesses em jogo. A estratégia para superação deste quadro constitui na articulação dos segmentos que buscam o efetivo exercício do controle social e o fortalecimento da saúde enquanto uma política pública. De modo semelhante, Raichelis (2006) destaca a importância da socialização das informações, desconstrução das relações de poder, transparência das ações e descentralização do poder decisório neste processo.

Demarcar tais questões torna-se importante na medida em que permite a compreensão do contexto mais geral de atuação do conselho em que se insere a atuação na perspectiva da intersetorialidade.

Sobre o papel dos CLS na gestão e no controle social, vale relembrar que como são integrantes da estrutura de participação popular do SUS devem ser valorizados nas atividades de gerenciamento e gestão. São inseridos nos territórios das USF, consomem os serviços ofertados e por isso apresentam grandes possibilidades de contribuir para o sucesso da gestão, auxiliando no planejamento, monitoramento e avaliação das ações. É importante que a gestão da ESF considere e valorize tais espaços, permitindo o fortalecimento do controle social desde os CLS até o CMS e favorecendo a democracia e a cidadania.

Uma postura distanciada da gestão e de não valorização em relação aos conselhos pode acabar por reforçar uma sensação de insatisfação, desmotivação e descrédito nos conselheiros, como indica a fala a seguir:

Agora o que eu vejo em relação a isso até pela fala ontem dos conselheiros, porque ontem teve reunião, da mesma forma que a gente, eles também estão desmotivados. Eles estavam dizendo que no Conselho Municipal já diminuiu 50% da frequência dos conselheiros. Mas isso é um reflexo da própria gestão que não tem respeito nem consideração ao controle social. Poxa, está construindo uma UBS aqui do lado e o que a nossa gestão falou é que o Conselho não tem nada com isso. Como assim, o Conselho não tem nada com isso? Então a partir desse tipo de compreensão as pessoas desanimam mesmo (Supervisor Local 01).

A desmotivação e o descrédito são elementos que impactam a atuação dos conselhos e criam um círculo vicioso em que tais elementos são ao mesmo tempo causa e consequência da diminuição do potencial dos conselhos. Neste aspecto, é importante resgatar mais uma vez a discussão de Correia (2006) compreendendo que o controle social é sempre uma possibilidade nestes espaços, vinculado aos interesses em jogo e disputa e ao contexto macroestrutural em que se insere a política de saúde. Considerar que os conselhos são espaços que apresentam limites e potencialidades pode ser o primeiro passo para o próprio fortalecimento destes, rompendo com o descrédito que os circunda.

Mais uma vez esses elementos impactam a intersetorialidade na medida em que podem gerar uma diminuição do potencial dos conselhos. Isto porque, considera-se neste estudo que a atuação dos conselhos tendo como perspectiva impactar os determinantes do processo saúde/doença pode estimular a intersetorialidade tanto nas atividades de gestão quanto no próprio exercício do controle social (integração entre diferentes secretarias e entre diferentes conselhos e espaços de participação popular).

Ainda sobre as dificuldades encontradas no processo de participação popular, no que se refere não somente a uma atuação na perspectiva da intersetorialidade, os entrevistados destacaram a capacitação e a postura passiva dos conselheiros:

Eu fico pensando também, será que o Conselho está organizado de forma suficiente a dar conta dessas questões? Por que em determinadas questões, você vê ali uma amadorismo por parte dos conselheiros, seja por conta de falta de conhecimento do conselheiro, seja por conta de instrução, por falta de valoração do Conselho. (...) Isso vai depender inclusive das condições do Conselho, dos conselheiros serem protagonistas, serem ativos e não passivos nesse processo. E muitas vezes nós vemos conselheiros passivos por desconhecimento, por comodidade mesmo. Então assim, não tem como falar que os gestores, a Secretaria são sempre os culpados. Por que se houvesse um controle social da forma como deveria, eficiente com conselheiros participativos, iriam contribuir muito mais no encaminhamento da política como um todo e a própria Saúde da Família (Cons. Saúde 01).

Uma falha nossa também, porque os conselhos tinham que pressionar as Secretarias no estabelecer o planejamento das Unidades. Nós ficamos muito

focados na ausência do profissional. Nós não estamos preocupados se a carência nutricional da criança, da gestante, do idoso, com o que isso se relaciona. Isso não acontece. É uma falha que a gente tem que trazer para nós também (Cons. Saúde 02).

Diante destas dificuldades o próprio CMS vem buscando estratégias, como a realização de capacitação de conselheiros, onde inclusive parece haver um envolvimento da SMS.

Nós queremos fazer uma coisa permanente com oficinas e dentro desse projeto nós vamos falar da gestão, da assistência farmacêutica, da LDO, o que ela representa para você? Qual o compromisso que você está assumindo ao dizer nós queremos essa diretriz no orçamento? (...) Esse curso não vai parar aqui. É um curso que a gente vai disponibilizar sempre. É permanente para capacitar os conselheiros. Para isso, a Secretaria de Saúde disponibilizou a vinda das assistentes sociais. Eu mandei um documento, conversei com a Subsecretaria de Atenção Primária e não teve problemas. Elas [assistentes sociais] ficaram aqui todos os dias e construíram o projeto. (...) Eu acho que é fundamental quando ela [gestão] recepciona a proposta do nosso projeto (Cons. Saúde 02).

Essa parece constituir uma experiência positiva do CMS buscando capacitar os conselheiros, inclusive os da base dos CLS. Este trabalho pode favorecer e fortalecer o exercício do controle social nos conselhos e no dia-a-dia da saúde. A capacitação tanto no campo da técnica quanto da política é fundamental para compreender as correlações de forças existentes e os interesses e projetos para a saúde em jogo, fortalecendo a compreensão sobre o papel dos conselhos e a atuação da população nestes espaços. O envolvimento da SMS nesta iniciativa também deve ser destacado na medida em que favorece o desenvolvimento da mesma e mostra uma postura democrática e participativa da gestão.

A capacitação dos conselheiros é importante, pois favorece o fortalecimento dos próprios conselhos e conseqüentemente da gestão, já que integram esta. Logo, a capacitação de conselheiros pode contribuir para a construção da intersetorialidade ao permitir a aquisição de conhecimentos, a compreensão sobre a política de saúde e suas perspectivas e a compreensão sobre o exercício do controle social.

Por fim, os entrevistados destacaram que há uma dificuldade na apresentação de demandas pelos conselheiros, que expõem suas questões de modo individual e pontual. Assim parece haver uma dificuldade em fazer uma leitura das necessidades em saúde de modo coletivo, dificultando uma atuação mais ampla do conselho no que se refere não somente a intersetorialidade, mas a construção da política de saúde de um modo geral.

Eles colocam: na minha Unidade não tem médico, na minha Unidade não tem isso, há tantos dias a gente está aguardando a prefeitura repor remédio na farmácia.

Então chega mais via denúncia, insatisfação, do que questões amplas envolvendo a região e as próprias Unidades (Cons. Saúde 01).

As demandas não vêm como uma coisa regional, elas vêm como uma coisa pontual. Essa visão do coletivo, do planejamento, ainda não foi uma cultura recepcionada pelos conselheiros (Cons. Saúde 02).

Inclusive para a gestão central esse é o principal entrave na relação com os conselhos, conforme sinaliza a fala de um gestor:

Mas assim não é uma reunião tranquila e serena não. Porque cada um quer reivindicar para a sua comunidade e nós na gestão temos que ver o todo. Eu não posso ver só um determinado lugar, eu tenho que ver como um todo. As questões vêm como questões mais locais (Gestor Central 01).

Considerando que as questões vivenciadas em âmbito local tem relação com o direcionamento da gestão no âmbito municipal é importante considerá-las e compreendê-las de modo articulado ao contexto do qual fazem parte. Essa compreensão deve permear os diferentes sujeitos envolvidos na gestão da ESF, usuários, gestores e profissionais. É preciso avançar na problematização e identificação das demandas em saúde, inclusive no que se refere a intersectorialidade, de modo coletivo, como questões que envolvem as políticas do município e da sociedade de um modo geral. Articular o singular ao universal é condição fundamental para a compreensão e intervenção da/na sociedade.

Neste item buscou-se discutir a intersectorialidade nas atividades de gestão da ESF. Os dados apontaram para uma fragilidade da incorporação dessa diretriz no âmbito da SMS, e também nas atividades do controle social, através do CMS. Essa fragilidade se expressa através da não utilização de instrumentos formais nesse processo, no desconhecimento pelos supervisores locais e conselheiros de como a intersectorialidade ocorre no âmbito da SMS, nas articulações pontuais e motivadas pela implantação de projetos e determinações no âmbito legal, na pontualidade das discussões e intervenções intersectoriais do CMS bem como da articulação deste com outros conselhos e movimentos sociais. No âmbito da gestão, a educação permanente foi destacada como o principal elemento que tem favorecido a construção do trabalho da ESF, incluindo a atuação na perspectiva da intersectorialidade.

Todos esses elementos se expressam em âmbito local conformando a intersectorialidade nas USF, conforme será apresentado e discutido no segundo eixo.

3.2 A intersetorialidade nas Unidades de Saúde da Família pesquisadas

Este eixo busca apresentar e refletir sobre a materialização da intersetorialidade no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família das USF pesquisadas. Com este objetivo apresenta as formas de articulação existentes, os fluxos dos usuários nos diferentes setores, as estratégias traçadas pelas equipes para garantir esses fluxos, as parcerias com os setores públicos, privado, terceiro setor e controle social para o desenvolvimento de projetos e ações de educação em saúde no âmbito local, buscando compreender de que modo a atuação da gestão se expressa nesses processos. Este eixo problematiza ainda a intrasetorialidade e a intersetorialidade na fala dos entrevistados, destacando como esta última ainda precisa avançar e como estes conceitos se misturam e se confundem.

3.2.1 A necessidade da intersetorialidade e as estratégias traçadas pelas equipes

Inicialmente é importante destacar que a intersetorialidade, enquanto conceito norteador da proposta de trabalho da ESF, se mostrou presente na fala dos entrevistados enquanto uma perspectiva a ser seguida. Os dados da pesquisa indicam que há um reconhecimento acerca da importância desse conceito e do quanto este pode contribuir para o fortalecimento da ESF e para a qualificação da assistência prestada.

Porque o PSF é isso, ele é o conceito ampliado de saúde. E para você trabalhar com o conceito ampliado de saúde, você não consegue trabalhar só com a saúde. Então oficialmente, obrigatoriamente você tem que trabalhar com todos os setores possíveis oficiais, governamentais e não governamentais (Supervisor Local 01).

Para tudo eu acho que a gente precisa de parceiros, de setores totalmente diferentes. Até o atendimento puro e simplesmente médico, às vezes não é uma demanda só nossa (...). A equipe sempre atua nessa perspectiva intersetorial, mas nem sempre a gente consegue levar isso adiante (Supervisor Local 02).

Hoje em dia não tem como você trabalhar a saúde sem a intersetorialidade, mas é uma coisa nova que hoje em dia vem sendo expandida. Então assim, tem momentos em que a gente precisa estar interagindo sim com outras subsecretarias e com outras secretarias (Gestor Central 01).

Embora esteja presente na fala dos entrevistados e faça parte da perspectiva de atuação dos diferentes sujeitos envolvidos na ESF, profissionais, gestores e conselheiros, a intersetorialidade ainda encontra uma série de desafios na sua materialização, como será discutido ao longo deste

capítulo. O seu reconhecimento é um fator que merece destaque na medida em que sugere qual é a perspectiva de trabalho adotada e que pode vir a contribuir para a sua materialização.

A necessidade da intersetorialidade é identificada, no âmbito local das USF, no próprio decorrer do processo de trabalho das equipes, no contato direto com os usuários, como demonstram as falas a seguir:

A todo o momento a gente identifica isso. A fala do usuário, dependendo daquilo que ele demandar automaticamente eu dependo de outro setor. Quando você quer, por exemplo, desenvolver um trabalho relacionado a saúde do idoso, hipertenso, diabético. Aí você quer promover uma atividade física, então eu dependo da Educação. (...) A gente vai identificando de acordo com o diagnóstico que a gente já conhece e de acordo com uma demanda que a gente vê crescer (Supervisor Local 02).

Essa identificação pode vir tanto de uma necessidade da comunidade percebida pela Unidade, ou pela criação de um projeto nosso, alguma coisa assim, porque nós temos muitos projetos aqui na Unidade e a maioria deles é vinculada a outros setores (...) Eu acho que nesse caso, o tempo de profissão te dá esse feeling. Muitas vezes se eu lembrar o passado, eu hoje enxergo coisas que antes não enxergava e só o tempo de profissão que me deu isso. A experiência... E ir vivendo cada situação para saber quais são as possibilidades que eu tenho a oferecer para cada caso que aparece (Supervisor Local 01).

É no próprio dia-a-dia. É quando a gente vê que não dá para a gente mais, que a gente não consegue resolver. (...) É muito da experiência da gente e de até aonde a gente pode ir mesmo. Se não há resolução, a gente tenta resolver buscando outros setores (Supervisor Local 04).

As falas apontam que a identificação da necessidade da intersetorialidade não conta com a utilização de um instrumento específico, mas sim ocorre cotidianamente nos diversos serviços e ações desenvolvidos pelas equipes. Evidenciam que a fala do usuário e o ponto de encontro entre usuário e profissional de saúde, que Merhy (1997, 2002) define como “espaço intercessor” constituem momentos ímpares em que é possível fazer a leitura das necessidades do usuário e traçar as estratégias de ação. É no contato direto do usuário, através do diálogo e do vínculo, que torna-se possível ampliar a assistência prestada buscando inclusive, se necessário, a articulação com outros setores para atender as demandas do usuário.

Do mesmo modo, o desenvolvimento de projetos e ações coletivas junto a comunidade pode demandar a intersetorialidade, e essa necessidade pode ser percebida no próprio dia-a-dia do trabalho, a partir da emergência de uma demanda e da leitura que a equipe faz dela. Por isso, é importante que a equipe esteja atenta ao território, às características da comunidade para que possa

desenvolver um trabalho focado nas necessidades da comunidade e certamente a articulação com outros setores pode ampliar e qualificar o escopo dessas ações.

A utilização de alguns instrumentos no próprio processo de trabalho das equipes pode auxiliar o alcance desses objetivos. A realização de diagnósticos de saúde como orienta o MS (1997), por exemplo, permite o conhecimento e a identificação das características culturais, sociais e epidemiológicas do território, bem como os “problemas” vivenciados pela comunidade que afetam o processo de saúde/doença desta. Produz um retrato da comunidade, devendo, portanto, ser construído e utilizado por toda a equipe. Zancan (2003) também orienta a realização de diagnósticos conjuntos entre diferentes setores como uma das ferramentas para a construção da intersetorialidade também em âmbito local. Tais diagnósticos permitem a identificação e compreensão das necessidades e potencialidades locais.

A implantação do acolhimento enquanto técnica de organização dos serviços (SILVA JUNIOR E MASCARENHAS, 2004) também pode auxiliar na leitura e identificação das necessidades dos usuários, inclusive no que se refere a intersetorialidade. O acolhimento ao organizar a recepção do usuário na Unidade a partir da escuta e leitura das demandas deste e não a partir da oferta de serviços existentes, favorece uma percepção ampliada das necessidades em saúde, que pode ser inclusive, o acesso a outro setor. Pode, assim, estimular a intersetorialidade, embora não seja suficiente sozinho para garantir a efetivação desta. Seu potencial vincula-se, entre outros elementos, à qualificação dos recursos humanos, às condições de trabalho, à postura dos demais setores e também à existência de canais institucionalizados pela gestão.

O tempo de profissão que apareceu em uma das falas como um aspecto que auxilia na identificação da necessidade da intersetorialidade, também é um fator que merece destaque. A experiência profissional contribui para o desenvolvimento do trabalho e revela o quanto o próprio cotidiano do trabalho pode se constituir em um espaço privilegiado para capacitação dos profissionais e para a construção do conhecimento, qualificando e ampliando a assistência prestada. A experiência profissional, associada ao vínculo, ao conhecimento do território e ao uso de determinados instrumentos, sem desconsiderar a importância da gestão, da educação permanente e das condições de trabalho constituem elementos importantes na construção da intersetorialidade.

Outro aspecto importante de ser ressaltado é que a intersetorialidade não deve ter como perspectiva apenas a resolutividade de questões imediatas ou quando se esgotam os recursos de determinado setor. Essa é uma dimensão importante do trabalho, mas a intersetorialidade deve fazer parte também de um projeto de trabalho que tem como perspectiva a promoção da saúde, no sentido

de articular diferentes políticas para alcançar melhores condições de vida e saúde (BUSS, 2003). Assim, a intersectorialidade está tanto no âmbito do atendimento de casos individuais, na garantia do acesso do usuário a diferentes setores e serviços, como também no âmbito do desenvolvimento de projetos e ações coletivas que incidem sobre as condições de vida da comunidade. Por isso a defesa deste estudo de que a intersectorialidade deve fazer parte de um projeto de gestão que perpassa todos os setores.

Conforme evidenciado nas falas a necessidade da intersectorialidade é identificada no próprio cotidiano do trabalho das USF. Embora, a intersectorialidade seja reconhecida e a sua necessidade seja identificada constantemente pela equipe, não existe um fluxo institucionalizado, no que se refere ao acesso e acompanhamento do usuário em outros setores, que facilite e organize essa integração e a circulação do usuário. Isto é, quando há a necessidade do usuário ser encaminhado individualmente a outro setor não existem canais institucionalizados.

Não existe protocolo, não existe instrumentalização para isso, para a gente tentar articular com outros setores (Supervisor Local 04).

Você vê às vezes falas soltas de profissionais: ah, procura determinado profissional que pode te ajudar, procura determinado local que pode te ajudar dessa forma, mas ainda não há uma proposta que é identificada como comum a todos os profissionais (Cons. Saúde 01).

A gente não tem um fluxo para isso. O nosso fluxo é “onde eu posso ver isso?”. E aí a gente vai buscando na forma do brasileiro mesmo... “oh, quem poderia me ajudar a fazer isso?”. A gente liga, entendeu? (Supervisor Local 02).

Quando há a necessidade da equipe acionar outros setores para o desenvolvimento de projetos, grupos de educação em saúde, ações coletivas que demandam essa articulação e envolvem um grupo de usuários, apenas dois dos entrevistados (sendo um gestor e um supervisor local) sinalizaram a existência de um fluxo institucionalizado pela prefeitura:

A gente tem dois meios. Um oficial que é um fluxo que a prefeitura tem tanto para organização dos níveis de atenção a saúde quanto das próprias Secretarias que tem no organograma da prefeitura. Agora existe também o meio extraoficial, aquele que a gente liga direto para o setor e vai conversando com quem a gente conhece, vai procurando quem é o responsável. Por que muitas vezes o fluxo oficial demora muito, ele é muito burocrático (Supervisor Local 01).

A equipe envia para mim um ofício, porque tem que estar tudo documentado. A gente viabiliza, vê a possibilidade de estar acontecendo ou não. Porque às vezes a gente vai conseguir, mas vai ter momentos em que não vai ter a possibilidade, determinado profissional ou localidade para estar resolvendo. Tem um fluxo. O

fluxo é esse. Eles passam para mim, eu avalio, encaminho para o outro setor, aciono a Secretaria para ela também ter conhecimento do que está acontecendo e a gente viabiliza (Gestor Central 01).

Esse fluxo oficial ocorre através de ofícios, em que o supervisor local envia um documento com a solicitação à sua Secretaria e esta aciona o setor responsável. O porquê desse fluxo não ter sido mencionado pelos demais entrevistados pode ser justificado possivelmente pelo fato de não ser de amplo conhecimento dos servidores, ou até mesmo por não ser divulgado e incentivado pela SMS, ou ainda, conforme mencionado pelo supervisor local 01, por ser um fluxo burocrático que parece se constituir em um entrave à articulação.

Essa excessiva burocracia, tendo por base as reflexões de Inojosa (1998 *apud* MIOTO e SCHUTZ, 2011), incide na qualidade dos serviços prestados, pois a forma como o aparato governamental se estrutura pode facilitar ou dificultar a integração entre diferentes setores. Conforme já discutido, o aparato governamental brasileiro se estrutura de forma verticalizada e hierarquizada, pela divisão em departamentos por disciplina, pela centralização do poder decisório, pelo planejamento normativo e pela formalização excessiva. Essas características acabam por fragmentar as ações e dificultar a articulação entre os setores.

A fala do entrevistado sugere que essa estrutura governamental acaba por dificultar a intersetorialidade, fazendo com que a equipe busque formas alternativas, “extraoficiais” de articulação. Também é possível apontar que esse fluxo “oficial”, por ser burocratizado, acaba sendo pouco usado e até mesmo desconsiderado pela equipe, já que foi mencionado em apenas uma das entrevistas feitas com os supervisores locais e conselheiros de saúde.

Como mencionado anteriormente, não existe um fluxo institucionalizado para acesso do usuário a outros setores. A inexistência desse fluxo pode dificultar uma integração entre os setores, fazendo com que a equipe busque formas de articulação imediatas, corriqueiras, pontuais e que não estimulam a intersetorialidade enquanto um projeto mais amplo que deve permear a ESF e todos os demais programas e políticas municipais de um modo geral.

Para garantir minimamente uma articulação com os demais setores, no que se refere ao acesso e acompanhamento do usuário nestes, as equipes utilizam algumas estratégias como contatos telefônicos e encaminhamentos por escrito. Os principais setores acionados em tais situações citados pelos supervisores locais são a Assistência Social através dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e instituições filantrópicas, o Conselho Tutelar e Vara da Infância e, a Educação através das escolas. Entretanto, essas estratégias acabam sendo utilizadas apenas em

casos mais graves, como indicam as falas a seguir:

Porque o trabalho funciona muito na apagação do incêndio. Então se acontece uma coisa de uma gravidade que não pode esperar mesmo, a gente liga para eles ou eles ligam para a gente. A gente faz o encaminhamento e se precisar escreve urgência (Supervisor Local 03).

Normalmente a gente faz pelo próprio usuário, até porque a demanda é muito grande. Exceto em casos mais graves que aí sim a gente acompanha mais de perto, faz ligações e etc. Mas os casos mais rotineiros, a gente pede que o próprio usuário retorne pela quantidade de trabalho, de fluxo da UBS. Então ele traz para a gente se ele conseguiu alcançar o objetivo ou não. Se não a gente vai tentar outro meio até que a gente consiga alcançar o que a gente deseja e sane a necessidade dele. Agora os casos graves, esses não, esses a gente acompanha de perto (Supervisor Local 01).

A grande demanda rotineira se colocou como mais um elemento que dificulta a intersetorialidade, fazendo com que a equipe concentre seu olhar nos casos mais graves e acabe possivelmente reduzindo seu potencial de intervenção nas demais situações. Nestas, todos os supervisores locais abordados apontaram que o encaminhamento e retorno se fazem pelo próprio usuário, isto é, este é orientado a acessar determinado serviço e retornar à USF. Essa se colocou como a principal forma de acesso e acompanhamento do usuário, além de outras, como, busca ativa, utilização da ficha de referência e contra referência¹⁸ e retorno do setor acionado.

Dali um tempo a gente vai fazer uma busca ativa porque a gente quer acompanhar a família. Como a gente trabalha com agente comunitário isso é quase a nossa rotina. A busca ativa faz parte da nossa rotina. (...) Dependendo da demanda a gente encaminha e aguarda o retorno do próprio Conselho Tutelar, do Conselho do Idoso, ou do Serviço Social do setor envolvido. Qualquer demanda que a gente tem, ou a gente faz buscar, ou próprio serviço faz retornar. Como que a gente trabalha? Existe um formulário, papel específico que é a referência e a contra referência. Então se você referencia, você recebe a contra referencia. Esse papel foi pensado para atendimento clínico, mas você pode pensar a mesma coisa para o serviço social. Você pode fazer uma referência anexada a um relatório específico do caso envolvido (Supervisor Local 02).

Eu uso muito, pedir do usuário, olha você vai lá, mas não some, não desaparece, volta aqui para você me falar como está o andamento e tal. Mas aí acontece que quando o usuário é contemplado naquilo que ele deseja, dificilmente ele retorna. Alguns retornam, mas dificilmente ele retorna para falar (Supervisor Local 03).

¹⁸ A ficha de referência e contra referência é utilizada para garantir a articulação e o fluxo do usuário nos diferentes serviços da rede de saúde. Contém um campo para a referência onde são colocados os dados clínicos do encaminhamento e um campo para a contra referência onde é dado um retorno ao profissional que fez o encaminhamento.

Todas essas estratégias são importantes para garantir o acesso e acompanhamento dos usuários. A ESF ao trabalhar com território e adscrição de clientela tem maiores possibilidades de acompanhar o fluxo dos usuários nos diferentes serviços. A figura do ACS ganha destaque, pois ao inserir-se diretamente no território permite a busca ativa, a criação de vínculos e acompanhamento dos usuários. A adaptação da ficha de referência e contra referência revela a potencialidade inventiva e criativa presente no trabalho em saúde no termos de Merhy (1997), em que a equipe busca superar as dificuldades encontradas no desenvolvimento do trabalho. O retorno pelo próprio usuário, que é a forma mais comum, pode depender da relação estabelecida entre o usuário e a equipe de saúde, onde o vínculo ganha destaque. Mas não só, outros fatores também podem explicar essa dificuldade no retorno pelo próprio usuário, como por exemplo, o acesso a USF e à equipe, a não compreensão sobre a importância desse retorno e acompanhamento e, até mesmo a dificuldade de tempo pelo próprio usuário.

O retorno do setor acionado foi a forma menos indicada pelos entrevistados, revelando a existência de dificuldades na construção da contra referência de forma institucionalizada.

Mas existe uma falha muito grande no que diz respeito a contra referencia tanto da nossa parte quanto da parte deles. Eu acho que isso tinha que ser mais trabalhado, essa questão da contra referência (Supervisor Local 03).

A dificuldade na contra referência, que é tanto por parte dos setores acionados pelas USF, quanto pela própria USF quando acionado por outro setor, pode gerar uma descontinuidade no acompanhamento do usuário, fragmentação e duplicação de ações, além de fragilizar a assistência prestada.

Essa dificuldade associada às estratégias buscadas pela equipe para garantir uma articulação no atendimento aos usuários aponta para a inexistência de um fluxo, de uma orientação comum a todos os setores e, parecem indicar a ausência de um projeto intersetorial que perpassa todos os órgãos e serviços, no sentido de um planejamento integrado e conjunto de ações que parta da esfera gestora e se expresse no desenvolvimento do trabalho pelos profissionais que estão na ponta dos serviços.

Às estratégias empreendidas pela equipe apresentadas neste item somam-se outras formas de articulação para o desenvolvimento de projetos e grupos de educação em saúde que serão

discutidas nos próximos itens, as parcerias com o setor público e as parcerias com o setor privado e filantrópico.

3.2.2 As parcerias com o setor público para o desenvolvimento de projetos e grupos de educação em saúde

Ao refletirem sobre as formas de articulação com outros setores, os entrevistados destacaram o desenvolvimento de projetos, grupos e ações de prevenção e promoção da saúde, revelando que em âmbito local as equipes constroem diversas estratégias de integração e que a educação em saúde pode ser um importante elemento impulsionador da intersetorialidade.

Quanto à iniciativa destas ações que demandam a intersetorialidade, como os projetos e grupos educativos, as falas indicam que geralmente parte da própria equipe. Esse dado mostra que as equipes de saúde da família parecem estar atentas à importância da articulação com instituições de outros setores, buscando a construção conjunta de ações. Contudo, evidencia também o quanto a intersetorialidade ainda é frágil e restrita a iniciativa de um setor - no caso em questão aos profissionais da ESF que estão na ponta dos serviços em âmbito local.

A construção de um projeto intersetorial de assistência demanda que essa busca parta de diferentes setores a partir da identificação de necessidades da população que demandem intervenções conjuntas. Portanto, a intersetorialidade demanda planejamento, articulação, monitoramento e avaliação conjuntos, elementos que se mostraram ainda muito incipientes nas formas de articulação em âmbito local e também no âmbito da gestão, conforme já discutido. As falas dos entrevistados sugerem que tais articulações parecem constituir iniciativas solitárias das equipes de saúde e não um projeto intersetorial que perpassa todas as instituições e políticas.

As experiências das USF pesquisadas indicam que no âmbito local, a principal instituição com a qual há articulação é Secretaria de Educação através de contato direto USF e escola. Em relação a contatos com outras Secretarias foi citado em menor escala a Secretaria de Esporte e Lazer.

São experiências singulares em que cada USF constrói suas articulações. O planejamento dessas ações, normalmente é mais interno à equipe e, em algumas situações é feito em conjunto com o setor envolvido. Ações de monitoramento e avaliação praticamente não ocorrem, à exceção de uma USF que apontou a realização de avaliações de tais ações. No entanto, nesse caso, a avaliação é exclusivamente interna à equipe.

O planejamento é nosso e eles entram como parceiros. A gente elabora ele todo aqui e aí a partir disso levantamos as nossas necessidades e onde conseguir as nossas necessidades. E partir daí a gente vê as possibilidades que a prefeitura oferece. Então se a gente precisa de um professor de educação física a gente tenta na Secretaria de Esporte, a gente precisa da Rua de Lazer também é lá. Então a partir das nossas demandas a gente vê aonde a gente vai conseguir e aí a gente vai e faz o contato e vai ligando até achar a pessoa de referência e faz contato direto com essa pessoa. (...) As ações coletivas, os projetos, esses tem avaliação até porque eles normalmente acontecem todo ano. Então a gente precisa dessa avaliação para que no próximo ano ele seja melhor. Mas essa avaliação, ela acontece aqui dentro com a equipe. A própria equipe avalia (Supervisor Local 01).

A gente vê qual é a demanda que se tem, ou nossa ou deles. Senta e discute aqui e leva para lá, ou eles trazem para cá. A gente discute: oh, eu tenho condição de atender isso? O que eu posso fazer? É mais ou menos assim (Supervisor Local 02).

Geralmente não é em conjunto [sobre planejamento de ações]. Eu acho que a gente já trabalhou melhor do que a gente trabalha, eu não sei onde a gente se perdeu (Supervisor Local 04).

Em alguns momentos a equipe consegue construir um planejamento conjunto, mas para tanto precisa lançar mão de algumas estratégias como reunir fora do horário do expediente, revelando por um lado, a busca da equipe em qualificar as suas ações vinculada ao autogoverno presente no trabalho em saúde, e por outro lado, as dificuldades que as equipes encontram em concretizar a intersetorialidade enquanto um projeto que se faz presente cotidianamente no desenvolvimento do trabalho.

Foi muito difícil, a gente sabe que a educação também tem uma demanda muito grande. Mas nós conseguimos e chegamos até a vir fora do horário do expediente, marcamos um sábado para poder fazer essa articulação. E em alguns momentos também durante o horário do expediente. E foi uma experiência riquíssima. Nós tivemos uma aceitação muito boa por parte da escola, principalmente dos alunos, porque nós trabalhamos a adolescência envolvendo vários aspectos, não só a sexualidade (Supervisor Local 03).

Embora ocorram parcerias para o desenvolvimento de determinadas ações, o planejamento, monitoramento e avaliação intersetoriais no âmbito local ainda permanecem como desafios. Analisando tais elementos articulados à intersetorialidade no âmbito da gestão, é possível apontar que a fragilidade dessas articulações em âmbito local parece ser um reflexo da ausência de um projeto intersetorial na gestão. A intersetorialidade requer uma integração que parta das esferas gestoras garantindo os meios para sua efetivação. De acordo com Zancan (2003) o desenvolvimento de ações intersetoriais requer que a articulação ocorra não somente nos espaços institucionalizados,

mas também durante todo o desenvolvimento das ações, incluindo todos os sujeitos envolvidos nesse processo, gestores, profissionais e usuários. Portanto, a utilização de determinados instrumentos, como o planejamento, monitoramento e avaliação entre outros, também devem ser utilizados em âmbito local, pois podem ampliar e potencializar a articulação entre as instituições envolvidas.

É importante considerar ainda, de acordo com Junqueira (1997; 2004), que a intersetorialidade não se esgota no planejamento de ações. A esse momento inicial, deve-se somar o monitoramento e avaliação dos resultados, tendo como perspectiva impactar a qualidade de vida dos cidadãos. O foco no território e na população auxilia na identificação das necessidades e na utilização de instrumentos para a execução das ações que devem considerar o contexto em que estão sendo desenvolvidas.

Em que pese a não utilização de instrumentos que garantam efetivamente uma integração intersetorial em âmbito local, a iniciativa da equipe em buscar essas parcerias com outros setores merece ser destacada. Ainda que seja uma parceria frágil e que ainda precisa avançar na concretização da intersetorialidade, demonstra que a equipe busca atuar em uma perspectiva intersetorial construindo seus próprios meios. Diversos são os entraves para que as equipes avancem na construção da intersetorialidade, como a própria dificuldade de consolidação da ESF, as condições de trabalho, a relação com a gestão, a intersetorialidade na gestão, aspectos que serão problematizados no terceiro eixo de discussão. Aqui, vale sinalizar que essa dificuldade em âmbito local parece estar associada à fragilidade da intersetorialidade no próprio âmbito da gestão e à fragilidade de incentivos e diretrizes por parte da gestão municipal que orientem, organizem e conformem a articulação entre as diferentes instituições nos territórios.

Conforme já apontado, no âmbito do território em que estão inseridas as equipes, a escola é a principal instituição com a qual desenvolvem projetos e grupos educativos, como demonstram os exemplos citados:

Por exemplo, campanha da dengue. Onde eu vou fazer meu primeiro trabalho? Aqui do lado [na escola]. A escola quer apresentar um trabalho educativo com as crianças sobre dengue. Nós queremos participar trabalhando a saúde da criança com a dengue. Quem vai ir lá fazer as palestras educativas? Nós. E aí a gente faz cada trabalho superinteressante, teatro, temos um envolvimento mesmo. A gente se envolve com a escola (Supervisor Local 02).

Nós já fizemos trabalhos lá dentro da escola, já chegamos a oferecer serviços para crianças e adolescentes, já chegamos a oferecer sala de espera da enfermagem, serviço social (Supervisor Local 03).

Parcerias com outras Secretarias para o desenvolvimento de ações intersetoriais, como por exemplo, a promoção de atividades esportivas, de lazer, culturais, de geração de renda também foram citadas, mas não serão apresentadas com o objetivo de preservar a identidade das USF pesquisadas. Estas parecem se constituir em importantes experiências na busca pela construção da intersectorialidade, embora enfrentem as dificuldades no planejamento intersectorial e permaneçam como iniciativas exclusivas das equipes.

Vale destacar que essas ações não são rotineiras e ocorrem em menor escala, a exceção de uma das USF que consegue manter uma periodicidade na realização dessas ações. Ou seja, o desenvolvimento de projetos e grupos educativos intersectoriais ainda é uma iniciativa que ocorre pontualmente e precisa avançar consolidando-se enquanto um projeto permanente.

Quando abordados sobre o envolvimento da SMS nessas iniciativas intersectoriais as respostas dos supervisores locais divergiram. Para alguns entrevistados a SMS busca de alguma forma, solucionar as questões encaminhadas, para outros não há um comprometimento e envolvimento da SMS nessas ações:

Pode não ser às vezes a resposta que a gente gostaria, mas é uma solução. Por exemplo, a gente tem um problema aqui no bairro que é o córrego. Nós estamos agora trabalhando em parceria com a Cesama e a comunidade, o Conselho Local e a Sociedade Pró-melhoramento para canalização do córrego. A Cesama já veio aqui duas vezes fazer sala de espera com a gente. Então é um setor realmente tentando trabalhar junto com o outro para resolver um problema que é comum para eles e para a gente. Agora a gente já começa a ver respostas. Já começaram a fazer limpeza lá, já tiraram alguns lixos, caminhões de lixo (Supervisor Local 02).

A Secretaria não é atenciosa. Não há preocupação em resolver. A preocupação é: “se vira, eu não quero problema”. Então é a gente que corre atrás (...). Na verdade assim, eu não vou dizer que eu liguei para a Secretaria de Saúde, se eu dissesse eu estaria mentindo. Mas acontece que eu já não liguei porque a gente sabe que normalmente nossos pedidos são desconsiderados. Na verdade agora que eu estou me dando conta de que nem me passou pela cabeça procurar ajuda na Secretaria de Saúde, porque todas às vezes sem exceção que a gente vai procurar para qualquer coisa que seja, além da resposta ser negativa a gente é tratado com descaso e nem dá vontade de voltar lá. (...). Mas enfim, contar com a Secretaria de Saúde não dá para contar (Supervisor Local 03).

O envolvimento da gestão no enfrentamento de demandas intersectoriais é fundamental articulando diferentes instituições e recursos para garantir a resolutividade das ações. O caso citado pelo supervisor local 02 parece se constituir em um exemplo bem sucedido de articulação entre diferentes setores, com envolvimento das instâncias gestoras. Essa postura, se permanente,

evidenciaria uma gestão pautada na perspectiva do direito, da cidadania e da democracia. A intersectorialidade, enquanto um projeto mais amplo não se limita a ações pontuais e isoladas, mas sim, busca se materializar cotidianamente nas diferentes frentes de ação dos setores envolvidos. O exemplo citado coaduna com a fala da gestão sobre o envolvimento desta nas dificuldades enfrentadas pelas equipes. A fala abaixo evidencia o posicionamento do gestor quando a equipe de saúde não consegue, por si só, encaminhar uma solução para o problema apresentado.

A equipe identificou [a necessidade da intersectorialidade] e aí ela vai acionar. (...) Às vezes pode acontecer da equipe ter uma certa dificuldade, mas isso não é comum. Quando acontece, aí eles acionam a gente e a gente tenta dar um outro tipo de encaminhamento, uma outra alternativa (Gestor Central 01).

Por outro lado, o relato expresso pela USF 03 sugere que não há uma postura de comprometimento da gestão em buscar solucionar as demandas intersectoriais, e outras demandas também, apresentadas pelas equipes, contrapondo o exemplo citado pelo USF 02. Ou seja, o exemplo citado parece não constituir a rotina da gestão e sugere que a resolução das demandas apresentadas pelas equipes e a articulação com outros setores deve ocorrer mais frequentemente nas situações-limites. Além disso, os dados parecem indicar que pode haver um distanciamento entre a gestão e o processo de trabalho, em que a primeira não se volta para as questões vivenciadas cotidianamente pelas equipes nos territórios em que estas estão inseridas.

Vale lembrar que a PNAB (2011) orienta que as ações desenvolvidas no âmbito da APS tenham foco no território e nas necessidades da população através do desenvolvimento de ações setoriais e intersectoriais que tenham impactos nos condicionantes e determinantes da saúde da população. A viabilização desse processo só se torna possível, na medida em que houver a construção de um projeto de gestão intersectorial permanente que perpassasse as diferentes Secretarias.

Complementando, de acordo com Paiva (2000), um dos atributos da gestão pública é o seu caráter ético que deve expressar o estabelecimento de responsabilidades e compromentimentos com a qualidade dos serviços prestados de forma permanente. Esse comprometimento implica em reconhecer e buscar solucionar as demandas que são apresentadas, evidenciando o caráter técnico e político da gestão pública. Isto é, a gestão também envolve os princípios, valores e diretrizes que norteiam e estruturam as suas ações.

Vale destacar ainda um importante elemento que apareceu em uma das entrevistas, relacionado ao fato de que muitas vezes, as respostas por parte da gestão pública ocorrem de acordo com o contexto político do momento. Assim, a proximidade com as eleições municipais parece favorecer a iniciativa por parte da gestão em buscar solucionar as demandas apresentadas.

Nós tivemos aqui um caso que teve que envolver a SMO [Secretaria Municipal de Obras] em relação a uma família que não tinha infraestrutura nenhuma, não tinha nem banheiro. Aí a gente envolveu a Secretaria. Nesse caso houve um envolvimento político na ocasião porque era próximo de eleição e aí eles foram lá e construíram um banheiro naquela família (Supervisor Local 02).

Essa prática política denominada clientelismo associada a outros elementos como o paternalismo e o assistencialismo marcam a cultura política brasileira, conforme discute Inojosa (1998 *apud* Miotto e Schutz, 2001) e constitui, na análise da autora, mais um desafio à construção da intersetorialidade. Conforme já sinalizado o aparato governamental brasileiro é marcado pela verticalização, burocratização, pelo corporativismo e pela setorialização. Todos esses elementos associados à cultura política brasileira dificultam a construção de um sistema de proteção social que garanta direitos e compreenda as necessidades sociais em sua totalidade.

A prática do clientelismo e do assistencialismo faz com a equipe em alguns momentos nem mesmo busque a gestão para auxiliar o desenvolvimento de suas ações:

Como esse momento é um momento político muito sério e a gente que trabalha com a política de saúde tem um problema sério com a política local, porque a saúde é sempre o carro chefe de qualquer administração pública. Então a gente falou: dessa vez a gente não quer parceiro público. Porque isso vai me gerar um transtorno, ao invés de arrumar parceiros, eu vou arrumar interesseiros que vão vir aqui fazer campanha em cima de um trabalho sério que a gente está desenvolvendo. (...) Nós fizemos um trabalho ano passado sobre a saúde da mulher e tivemos esse tipo de aborrecimento. Na hora do evento, da foto, você sabe quem apareceu aqui né? (Supervisor Local 02).

O clientelismo não garante direitos e não se pauta em valores éticos e de cidadania que devem ser os valores norteadores de uma gestão pública. A gestão de políticas e programas sociais deve ter como foco o atendimento às necessidades dos usuários na perspectiva do direito, da cidadania e da democracia. A incorporação dessa prática desqualifica e despolitiza a assistência prestada tornando-a uma moeda de troca, um favor prestado e não um direito. Parece ser essa experiência um dos elementos, entre outros, que distancia as equipes da gestão pública, fazendo que as mesmas busquem outras alternativas para alcançar a concretização de suas ações, não só em relação a intersetorialidade, mas em relação ao desenvolvimento do trabalho de um modo geral.

Neste item buscou-se discutir as parcerias que as equipes constroem com as instituições do setor público. No entanto, devido às dificuldades que as equipes encontram nessas parcerias e a

ausência de respostas por parte do setor público, as equipes acabam buscando outros parceiros no setor privado e no terceiro setor, conforme será discutido no próximo item.

3.2.3 Parcerias com o setor privado e terceiro setor

Diante das dificuldades encontradas na intersetorialidade no setor público, a equipe busca outros meios/ parceiros para o desenvolvimento de suas ações, conforme explicitado nas falas abaixo:

Existem situações que a gente extrapola a Secretaria, por exemplo, teve uma época que a gente fez parceria com a “empresa X”. Também foi contato nosso direto, para doação (...) para o projeto que a gente tinha (Supervisor Local 01).

E o interessante é que essa rede, às vezes, é muito mais extensa do que se possa imaginar. Por exemplo, no serviço social há um contato frequente com o ambulatório Nossa Senhora da Glória, que é um serviço filantrópico, mas que tem nos atendido. Existe uma falha na rede municipal, então a gente recorre a esses lugares (Supervisor Local 03).

Eu precisava de parceiros, quem pode fazer isso, quem pode fazer aquilo, isso vai gerar consulta médica, isso vai gerar exames, encaminhamentos, a gente vai descobrir algumas coisas (...). Aí a gente chamou como parceiros a própria comunidade: o mercado da esquina, a padaria, o Conselho Local de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e aí a gente desenvolveu esse trabalho sem ter envolvido setor nenhum (...). Então sempre que a gente trabalha, a gente tem que pensar que se você não tem o setor público, você tem que contar com o setor privado. Como a gente é público, a gente sempre tem que buscar o público. Dessa vez a gente pediu ao privado, por conta do momento (Supervisor Local 02).

Essa busca da equipe por outros parceiros, além do setor público relaciona-se ao contexto político e econômico vivenciado em âmbito nacional. Conforme discutido nesse estudo, a gestão pública de programas e políticas sociais vincula-se ao modelo de Estado e à conjuntura socioeconômica do momento. Na atualidade vivencia-se um novo padrão de políticas públicas subordinadas ao desenvolvimento econômico e pautadas na redução dos gastos sociais do Estado que voltam-se para a oferta de serviços sociais mínimos. Com o enxugamento do Estado na área social, emergem o mercado e o Terceiro Setor como meios possíveis para garantir direitos sociais. Como consequência os direitos sociais perdem seu caráter de direito e passam a configurar relações de favor ou de compra e venda/ mercadorias (BEHRING, 2008).

Esse contexto reflete no processo de trabalho das equipes e na assistência prestada aos usuários. As falas citadas indicam que em muitas circunstâncias, os profissionais buscam apoio no

setor privado ou em instituições filantrópicas, seja por falta de respostas do setor público, escassez de recursos ou para evitar práticas clientelistas. Essa busca evidencia a conjuntura atual que não é exclusiva do âmbito municipal, mas faz parte de um processo em escala nacional e internacional.

As falas explicitam as discussões de Montañó (2002) quando o autor aponta o recurso às instituições filantrópicas para atender as necessidades dos usuários, o trabalho voluntário e o financiamento de ações sociais através do setor privado. De acordo com o autor vivencia-se um apelo à solidariedade e à filantropia, direcionando para a sociedade civil a responsabilidade pelo desenvolvimento de ações sociais. Prega-se o compromisso com a melhoria da sociedade através da caridade e da ajuda, desresponsabilizando o Estado.

Esse apelo ao Terceiro Setor deve ser entendido articulado ao projeto de reestruturação do capital, pautado nos princípios neoliberais e na nova formatação que o Estado assume. Ou seja, um novo padrão de respostas à questão social pela via da refilantropização desta. O que se observa é que a valorização do Terceiro Setor e do mercado acaba por transformar direitos sociais, ora em produto comercializável no mercado, ora em ações de caridade, direcionadas aos grupos ditos vulnerabilizados.

Para Montañó (2002) essas parcerias permitem a redução dos gastos sociais, posto que torna-se mais econômico, por exemplo, que as organizações não governamentais desenvolvam ações sociais pontuais e fragmentadas, do que o Estado desenvolva políticas sociais abrangentes e universais. Essa parceria assume uma função ideológica ao justificar a desresponsabilização do Estado, configurando-se apenas como uma transferência de funções do Estado, visto como ineficiente e burocrático, para o Terceiro Setor, dinâmico e eficiente.

O objetivo desta análise não é culpabilizar as equipes pelo desenvolvimento dessas parcerias, visto que estas se mostram como as vias possíveis para que as mesmas ampliem e concretizem suas ações. O objetivo é demonstrar que o trabalho dos profissionais e a prestação da assistência são conformados pela gestão pública e pela conjuntura socioeconômica. Como os profissionais não encontram respaldo no setor público, recorrem a outros meios ou instituições.

Por outro lado, da mesma forma em que são conformados pela gestão, também a conformam, através, por exemplo, do controle social. É importante considerar que a gestão e o processo de trabalho estabelecem entre si uma mútua relação. E é nessa relação que os profissionais podem lançar mão de seu autogoverno, politizando a sua intervenção no enfrentamento das dificuldades encontradas e na busca pela consolidação das políticas.

3.2.4 Parcerias com os Conselhos Locais de Saúde

Na busca pela garantia do desenvolvimento de suas ações, as equipes declararam que os CLS constituem importantes parceiros enquanto instâncias de controle social. A proximidade maior das equipes é com os CLS e CRS, e o contato com o CMS ocorre através das representações. Portanto, dentro das instâncias de participação popular do SUS, é com os CLS e CRS, em especial os CLS, que as equipes mais dialogam e constroem em conjunto suas ações.

As falas dos supervisores locais demonstraram haver uma relação muito próxima e uma valorização dos CLS como parceiros importantes na construção, não só da intersetorialidade, mas das ações desenvolvidas pelas equipes de um modo geral.

A nossa relação com o Local e o Regional é muito próxima. Então tudo o que a gente tenta fazer aqui que é da competência deles, a gente faz tudo isso muito junto. A gente tem acesso a eles até fora dos horários formais de reunião. A gente tem acesso a essas pessoas, da mesma forma que eles têm acesso a gente. Nós somos parceiros. A gente fala para eles as necessidades, eles falam para a gente as necessidades e a gente vai caminhando junto. A gente gera documento junto (Supervisor Local 01).

O meu Conselho é o meu parceiro. O presidente do Conselho aqui é o meu braço direito. A gente encaminha sim. Eu não faço nada sem envolver o Conselho. Tudo aquilo que eu me proponho a fazer aqui, se a ideia é minha ou de um colega, não importa. Importa que todas as nossas propostas o Conselho é envolvido (Supervisor Local 02).

Essa parceria com os Conselhos Locais é extremamente importante dentro da proposta de trabalho da própria ESF que tem como diretriz das práticas de trabalho para reorganização da atenção, o controle social (BRASIL, 1997; 2011). Essa interlocução com os Conselhos Locais pode extrapolar o momento formal das reuniões, construindo um contato direto, permanente entre profissionais e usuários, em que torna-se possível a identificação das necessidades da comunidade, a qualificação dos serviços prestados e, o exercício da cidadania e da democracia.

No que se refere a intersetorialidade, as equipes declararam que muitas vezes recorrem aos conselhos, em especial, locais para respaldar suas ações e pressionar a gestão pública a dar respostas às demandas apresentadas em âmbito local, seja essa demanda percebida pela equipe ou pela comunidade.

A gente já atuou em vários setores, muitas vezes fazendo correspondências, ofícios, enquanto UBS, para que aquele órgão que está recebendo perceba que não é só a UBS enquanto instituição, o Conselho também está verificando essa demanda, essa solicitação (Supervisor Local 01).

A gente apela ao Conselho. (...). Então o que eu fiz, conversei com o presidente do Conselho, expliquei a situação, aí ele conseguiu trazer o gestor aqui, e aí ele conversou com a comunidade. (...) Muitas vezes, nós recorremos ao Conselho no sentido até de nos respaldarmos nas questões (Supervisor Local 03).

Essa é uma dimensão importante da atuação dos conselhos, o seu caráter fiscalizador, no sentido de verificar o direcionamento e desenvolvimento da política de saúde e apontar as falhas, os pontos de estrangulamento, as dificuldades e necessidades cobrando do poder público as respostas necessárias em cada caso. A parceria entre profissionais e usuários assume relevo na medida em que são estes os sujeitos que vivenciam cotidianamente os serviços de saúde.

Complementando seu caráter fiscalizador a atuação dos Conselhos também deve se dar no âmbito da proposição, auxiliando a equipe a identificar demandas e necessidades, inclusive no que se refere a intersetorialidade. Alguns supervisores locais destacaram que essa atuação propositiva também ocorre em alguns momentos.

Eles trazem os problemas da comunidade, a gente discute em reunião e dali tira qual vai ser o encaminhamento, o direcionamento (Supervisor Local 01).

Na verdade, somos sempre nós acionando mais o Conselho. Mas eles também, principalmente durante as reuniões, eles colocam algumas questões e fazem propostas. Às vezes a gente discute junto alguma proposta (Supervisor Local 03).

À proposição deve-se seguir o acompanhamento das ações e dos encaminhamentos dados, aspecto que ocorre menos frequentemente. Em alguns momentos, os CLS avançam conseguindo identificar e propor ações, mas isso ainda parece ser algo que ocorre pontualmente, ficando os Conselhos mais focados na sua função fiscalizadora, avaliadora e no sentido de auxiliar a equipe a solucionar as necessidades identificadas por esta. De acordo com Noronha (2008) a participação popular no SUS deve extrapolar o campo da fiscalização assumindo um caráter propositivo e atuante na formulação de estratégias e formas de enfrentamento das dificuldades encontradas nas políticas de saúde.

A atuação do CLS no sentido de auxiliar a equipe na construção da intersetorialidade e de solucionar as demandas encontradas deve se dar na perspectiva do exercício do controle social, cobrando respostas do setor público e não no sentido do CLS assumir a execução de determinadas

ações que cabem à gestão pública, como parece ocorrer nesta USF:

Por exemplo, eu chamei eles aqui.... A gente consegue, por exemplo, trocar uma telha, eles fazem mutirão. Eles são muito participativos (Supervisor Local 04).

Essa atuação em que o CLS mobiliza a comunidade para a execução de ações que cabem à gestão pública, pode gerar um esvaziamento do conteúdo político do conselho, reduzindo o potencial de sua intervenção e limitando-a a ações de caráter focalizado, pontual, imediatista e resultando em uma desresponsabilização do Estado. Não cabe aos conselhos a execução de ações, mas sim uma atuação política no sentido da fiscalização, proposição, avaliação e construção da política de saúde.

Do mesmo modo, a atuação do CLS em casos individuais pode ser uma atuação necessária em determinados casos, mas o foco da atuação deve ocorrer no sentido de identificar e discutir demandas coletivas.

Busca, principalmente quando é alguma coisa relacionada a um usuário em si, por exemplo, “ah, nós estamos com um pessoal lá assim que está passando por muita dificuldade, o que a gente pode fazer por eles?” Aí eles [CLS] já trazem a história completa da própria dificuldade que eles já conhecem como vizinhos ou como amigos e tentam nos pedir socorro (Supervisor Local 04).

É importante que a atuação dos CLS busque problematizar e identificar as dificuldades vivenciadas pela comunidade e pela USF como questões coletivas correlacionadas ao contexto socioeconômico do qual fazem parte. A atuação no âmbito local deve se dar no sentido identificar tanto as questões locais, quanto regionais e até mesmo municipais para que a partir dessa compreensão, os conselhos possam interferir de maneira qualificada na gestão da política de saúde. Além disso, a atuação dos conselhos sobre os determinantes do processo saúde-doença pode estimular a intersetorialidade na medida em que passam a buscar e pressionar outros setores na resolução das demandas identificadas.

No âmbito local, o CLS mostrou ser um importante parceiro das equipes não só na construção da intersetorialidade, mas no desenvolvimento das ações de um modo geral. Os supervisores locais destacaram que muitas vezes recorrem aos conselhos enquanto instâncias de controle social para pressionar a gestão pública na obtenção de respostas para as demandas identificadas, seja em relação ao próprio setor saúde ou outros setores. Destacaram ainda que há

uma postura de comprometimento e envolvimento dos CLS em buscar solucionar as demandas apresentadas pelas equipes. Por outro lado, os conselhos parecem atrelar sua atuação às necessidades identificadas pelas equipes, ficando o seu caráter propositivo reduzido. Algumas falas ainda pareceram indicar um esvaziamento político dos CLS reduzindo as suas ações a intervenção em casos individuais ou assumindo a execução de ações que cabem à gestão pública.

Inúmeras são as dificuldades vivenciadas para a efetivação do controle social, como por exemplo, a capacitação de conselheiros, a desvalorização, descrédito e esvaziamento desses espaços, o distanciamento entre a gestão e os conselheiros, a ausência de respostas por parte da gestão etc. Essas dificuldades, que não podem ser concebidas isoladamente, mas articuladas à conjuntura socioeconômica, impactam a atuação no controle social no que se refere a consolidação da ESF e da intersetorialidade.

Sem desconsiderar todas essas questões, importa destacar aqui que os CLS se colocaram como parceiros das equipes auxiliando estas a intervir sobre as necessidades identificadas que demandam respostas de outros setores, externos à saúde. Vale destacar que, da mesma forma que ocorre com as demais estratégias e parcerias construídas pelas equipes, a articulação com os conselhos acaba por constituir uma ação que ocorre em uma frequência menor e não constitui a rotina dos serviços.

O fortalecimento dessas ações perpassa, entre outros elementos, pelo reconhecimento da necessidade de extrapolar o exercício do controle social, para além dos espaços institucionais, envolvendo outras organizações, entidades, meios de comunicação e movimentos sociais que discutam as políticas de saúde de maneira crítica e propositiva, conforme sinaliza Bravo (2008). Esse reconhecimento deve se dar inclusive em âmbito local, envolvendo toda a comunidade no enfrentamento das dificuldades vivenciadas. Essa perspectiva pautada no conceito ampliado de saúde pode permitir o fortalecimento da intersetorialidade.

3.2.5 Intrasetorialidade ou intersetorialidade: de qual conceito estamos falando?

Um importante elemento que surgiu na fala dos entrevistados, especificamente dos supervisores locais, foi em relação aos conceitos de intrasetorialidade e intersetorialidade. Apesar de todos os supervisores locais terem demonstrado uma compreensão a cerca desses conceitos e terem relatado diversas experiências de articulação intersetorial, em alguns momentos esses conceitos se misturaram. Em algumas falas, embora os entrevistados estivessem refletindo sobre a

intersetorialidade, na hora de citar exemplos, os mesmos se remetiam a intrasetorialidade, como demonstram as seguintes passagens:

Eu também tenho que pontuar os momentos em que às vezes acontece essa intersetorialidade. Então a gente percebe que algumas vezes nós somos procurados por profissionais da rede, igual, nós fomos procurados pessoalmente pelo pessoal do Hiperdia e a gente percebe que dá para fazer um trabalho legal, mais interessante, eles se colocaram a disposição, o pessoal do Laboratório Central também já nos procurou para ter esse cuidado, de trabalhar nesse sentido e tem os momentos também que tanto nós somos procurados como a gente também procura, como por exemplo, fazer visitas para procurar conhecer melhor o serviço porque a gente sabe que isso faz falta (...). A gente mais articula com os serviços municipais mesmo e eles também nos procuram bastante, por exemplo, outras UBS mesmo, às vezes o setor de urgência, o setor especializado (Supervisor Local 03).

Então é esse meio extraoficial que a gente usa. E muitas vezes a gente faz isso, pelo oficial demorar muito. Vamos supor às vezes eu tenho um pedido para fazer para passar para a minha Secretaria que vai ficar lá muito tempo perdido, aí o que eu faço? Pego e ligo direto e tento conseguir. Estou mexendo, vamos supor, com medicação. Eu tenho que passar um documento, um fluxo para ver se tem medicação lá. Não, eu pego e ligo direto porque isso acaba resolvendo o problema muito mais rápido (Supervisor Local 01).

Quando abordados sobre a consolidação desses conceitos, os entrevistados apontaram que:

Sem dúvida, a articulação é maior dentro da própria rede da saúde mesmo (Supervisor Local 03).

Dentro da saúde, nem os setores da saúde se comunicam bem às vezes, quem dirá fora (Supervisor Local 04).

Acionamos a Secretaria de Esporte, de Educação, de Lazer, Secretaria de Assistência. Acredito que o Serviço Social deve acionar mais a Secretaria de Assistência. Agora a Secretaria de Saúde é muito grande, então ela é dividida em Subsecretarias. Então a gente acaba acionando muito essas Subsecretarias (Supervisor Local 01).

Esses dados parecem indicar que, embora existam experiências intersetoriais ainda que frágeis, a intrasetorialidade ainda é o conceito que mais conseguiu avançar. Ambos os conceitos são fundamentais para o sucesso da ESF. De acordo com Cecílio (1997), a integralidade é um conceito fundamental no SUS e remete à continuidade e coordenação da assistência demandando a integração da rede. Do mesmo modo, a integralidade, apoiada no conceito ampliado de saúde demanda a articulação entre diferentes políticas. A reorientação do modelo assistencial a partir da

APS/ESF demanda necessariamente a consolidação desses dois conceitos.

Para Monnerat e Souza (2011) a integralidade é a diretriz do SUS que menos avançou e por isso a intra e a intersetorialidade ainda permanecem como desafios ao SUS. As autoras complementam ainda que as estratégias traçadas para alcançar a integralidade se voltam mais para a articulação e organização interna do Sistema, fortalecendo os laços entre os níveis de atenção. A priorização dessas estratégias pode ser uma das justificativas, para a intersetorialidade permanecer como um dos conceitos mais frágeis ainda na política de saúde.

As falas parecem explicitar justamente esse avanço da intrasetorialidade, ainda que com inúmeras dificuldades, em relação à intersetorialidade. É importante lembrar de acordo com Cecílio (1997, p.7) que a organização da assistência à saúde deve contar com múltiplas portas de entrada, inclusive de outros setores.

E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS. Trabalhar com múltiplas possibilidades de entrada. O centro de saúde é uma boa entrada para o sistema, assim como também o são os prontos-socorros hospitalares, as unidades especializadas de pronto-atendimento e tantos outros serviços. A escola pode ser uma boa porta de entrada, assim como a farmácia do bairro, a creche, o quartel e qualquer outro equipamento social.

E conclui apontando que todas essas portas de entrada devem estar qualificadas para acolher e identificar as necessidades de cada pessoa. Fica evidente assim, a importância de investimentos tanto na intrasetorialidade quanto na intersetorialidade, demandando a construção de um projeto de gestão intersetorial, construído e executado coletivamente por todos os sujeitos envolvidos, gestores, profissionais e usuários.

Neste eixo buscou-se compreender de que modo a intersetorialidade se materializa na ESF através das ações desenvolvidas pelas equipes e de que modo a gestão da Estratégia se expressa nesses processos.

Os dados coletados indicam que a intersetorialidade no plano da assistência prestada ao usuário ainda é frágil e não conta com mecanismos institucionais que favoreçam a sua construção. Diversas são as estratégias que as equipes buscam para alcançar minimamente uma articulação com instituições de outros setores, como contatos diretos, orientações aos próprios usuários, busca ativa destes para garantir a continuidade das ações e, parcerias com o setor privado, terceiro setor e conselhos de saúde para garantir o desenvolvimento de projetos e grupos educativos.

Contudo, estas são ações ainda incipientes que não conseguiram se inserir na rotina dos serviços e, não contam com a utilização de instrumentos que propiciem de fato uma articulação

intersetorial em âmbito local. São parcerias pontuais e focadas no desenvolvimento de determinadas ações, na maior parte das vezes por iniciativa da própria equipe de saúde. O envolvimento da gestão no desenvolvimento dessas ações intersetoriais também se mostrou pontual, sugerindo um distanciamento entre a gestão e o processo de trabalho, e uma fragilidade da intersetorialidade no próprio âmbito da gestão.

Refletindo sobre a construção da intersetorialidade no município, este conselheiro de saúde, apresenta uma importante reflexão que complementa as questões já apresentadas, associando a intersetorialidade ao território:

Isso vai depender do território e aí ao se falar em Saúde da Família tem que se remeter ao território porque embora a orientação da Estratégia Saúde da Família seja a mesma em âmbito nacional que vem do Ministério da Saúde, a forma como os municípios implementam é diferenciada tendo em vista a realidade dos municípios e dentro dos próprios municípios tem as diferenças tendo em vista as regiões, os bairros em que as equipes estão inseridas (...). E aí você não pode falar que há uma experiência unificada. Há experiências diversificadas nesse sentido. Então tem aquelas Unidades que fazem, conseguem desenvolver e se aproximar da proposta e aquelas que não conseguem (Cons. Saúde 01).

E complementa apontando que a intersetorialidade pode ser visualizada mais facilmente em âmbito local, ficando a responsabilidade maior para os profissionais:

E aí ficava e acho que ainda fica sob a responsabilidade do profissional fazer isso. Tendo em vista também as realidades. Pode ser que determinado CRAS consiga fazer isso com determinadas Unidades. Então pode ser algo que está muito mais a nível local do que no âmbito do município (Cons. Saúde 01).

A partir desses apontamentos podemos refletir sobre a importância das características locais, do território, dos sujeitos envolvidos que certamente são elementos que compõem a construção do trabalho. A integração, seja com instituições do setor saúde, seja com outros setores depende das estratégias que os sujeitos envolvidos lançam mão para buscar essa articulação, considerando as condições objetivas e subjetivas que estão postas.

Ao mesmo tempo deve-se considerar, complementando as afirmações acima, que a intersetorialidade para se efetivar demanda a existência de uma política intersetorial abrangendo todo o município, o que parece ainda não constituir a realidade no município. Somente a partir dessa consideração é que torna-se possível superar o imediatismo e o isolamento das ações intersetoriais que por ficarem a cargo dos profissionais não se constituem como uma prática consolidada em todo o município. Esse esforço individual pode resultar em um desgaste das equipes

e um descrédito por parte da população em tais ações.

Por isso, a necessidade da definição de instrumentos de gestão que orientem, organizem e impulsionem a articulação entre os diferentes setores, garantindo às equipes a flexibilidade necessária para adequação dessa articulação de acordo com as características do território e dos sujeitos envolvidos.

3.3 Limitadores à efetivação da intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família

A análise dos dados coletados permitiu a visualização de uma série de elementos que se colocaram como entraves à efetivação da intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora/MG, revelando que esta é permeada por diversos aspectos. Para facilitar a compreensão e análise desses elementos, os mesmos foram agrupados em três blocos: a dificuldade de consolidação da ESF em que se discute o perfil/formação profissional, o não investimento/desvalorização da APS, a grande demanda por atendimentos curativos nas USF, e a ausência de determinados profissionais; o distanciamento entre a gestão e o processo de trabalho, resultando em desmotivação e desvalorização dos profissionais; as condições de trabalho em relação a infraestrutura física, recursos humanos, relação com outros setores e existência de um aparato governamental setorializado.

3.3.1 Dificuldade de consolidação da Estratégia Saúde da Família

A consolidação da própria ESF é um fator fundamental para o avanço de suas diretrizes, inclusive a intersetorialidade. O desenvolvimento desta demanda que a Estratégia esteja fortalecida no sentido de desenvolver o seu papel de prevenção e promoção da saúde e de coordenadora da rede de atenção à saúde. A intersetorialidade vincula-se a um modelo assistencial pautado na perspectiva da integralidade da atenção, em que a promoção da saúde é o elemento central. Atuar nos determinantes sociais do processo saúde-doença requer da política de saúde e dos programas a ela vinculados, a articulação com outros setores.

A análise dos dados coletados indica que a consolidação da ESF em Juiz de Fora, como um dos elementos necessários para a intersetorialidade, envolve aspectos como a formação/perfil dos recursos humanos, a valorização e investimento na APS e na política de saúde de um modo geral, a superação do caráter curativo hoje predominante na APS e, a ausência de determinados

profissionais e NASFs no âmbito da APS.

A formação dos recursos humanos mostrou ser uma das principais preocupações dos conselheiros municipais de saúde entrevistados. Para estes, a formação constitui um dos nós críticos hoje na ESF impactando a construção de um trabalho intersetorial.

Os nossos profissionais, médicos, enfermeiros, agentes comunitários, assistentes sociais compraram essa ideia da Saúde da Família? Querem ser profissionais da Saúde da Família? Trabalhar oito horas e ganhar o que ganha? Tem essas coisas que desestimulam. (...) Então nós precisamos melhorar a qualidade da Saúde da Família lá na formação porque ela tem um reflexo lá dentro da Unidade (Cons. Saúde 02).

A própria formação deve ser revista. Você vê os alunos numa busca muito grande pelas especializações até por conta do poder, do status em detrimento de profissionais generalistas. E não é só na medicina. A forma, o modelo ainda hospitalocêntrico no que diz respeito a não integralidade ainda é valorizado. E os generalistas não são valorizados no próprio mercado de trabalho e aí você tem um ponto fundamental que impacta negativamente a Estratégia Saúde da Família e a intersetorialidade (Cons. Saúde 01).

A ESF demanda a aquisição de profissionais com formação adequada à lógica da política de saúde, pois há uma inter-relação entre recursos humanos e modelos de atenção, conforme discute Gil (2005). Para a autora a construção de um modelo de atenção à saúde integral é uma construção social e, portanto, os recursos humanos são fundamentais nesse processo.

As tendências atuais da formação dos profissionais da saúde, em especial médicos, tem se voltado mais para a especialização em detrimento de uma formação generalista, não atendendo as exigências de formação do SUS. A política de formação e a política de saúde necessitam caminhar juntas, pois a formação tem reflexos na prestação da assistência. A formação precisa garantir a compreensão sobre a saúde coletiva em especial no que se refere a determinação social do processo saúde-doença, ao trabalho em equipe, ao modelo assistencial focado na APS, etc.

Mas não só a formação precisa ser revista, a valorização desses profissionais pela sociedade como um todo também. É preciso inverter a lógica que valoriza a superespecialização e a utilização de tecnologias duras, buscando fortalecer um modelo assistencial organizado a partir da APS e pautado em valores como a integralidade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe e o vínculo com o usuário. O não privilegiamento desses valores durante a formação acaba por reforçar a fragmentação das ações no campo da saúde, além de não estimular uma visão integral sobre o processo de adoecimento e seus determinantes. Para um dos entrevistados, é essa fragmentação

relacionada com o processo de formação, um dos entraves ao fortalecimento da ESF e consequentemente da intersetorialidade.

Hoje uma coisa que dificulta muito é essa fragmentação da saúde. Você tem que ter um médico para olhar a boca, outro para o nariz, outro... E esquece do todo. Isso é uma dificuldade não só de Juiz de Fora, mas a nível internacional. E falo isso pelo congresso que eu fui e tive contato, com o pessoal da Espanha, por exemplo (Gestor Central 01).

Essa dificuldade na formação vivenciada internacionalmente é fruto do flexnerianismo que marcou a formação e atuação médica durante o século XX. Esse modelo de atuação enfatizava a superespecialização e o curativismo, com uma visão apenas biológica do processo saúde/doença (ALEIXO, 2002). Esse modelo de formação deixou marcas profundas e faz com que a formação dos recursos humanos, ainda hoje, não seja adequada a lógica da política de saúde.

Nessa discussão, a gestão, em âmbito nacional, tem um papel fundamental, no sentido de fortalecer a intersetorialidade entre a política de saúde e a política de educação. Vale lembrar que o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006) orienta que o desenvolvimento de ações para formação e qualificação dos profissionais para atuação na política de saúde deve resultar de uma integração entre as três esferas gestoras, as instituições de ensino, os serviços e o controle social, envolvendo ações tanto no campo do trabalho quanto da formação. No âmbito do município de Juiz de Fora, a educação permanente, discutida no segundo eixo, foi destacada positivamente como uma atuação da gestão municipal no campo do trabalho que tem contribuído para a capacitação e qualificação das equipes.

Ainda no campo da formação, foi destacado que o objeto e objetivos da atuação dos profissionais, podem se colocar como impulsionadores de uma atuação intersetorial:

Você tem por outro lado, profissionais que são conhecedores por conta da formação profissional e que tem condições de desenvolver essas ações em função mesmo das especificidades de suas ações, do objeto de trabalho. E aí você tem como referência, inclusive, para isso o assistente social. Então para falar na garantia da intersetorialidade, claro que cabe a equipe como um todo buscar, mas você também vai ter profissionais que por conta da forma como se inserem tem mais condições de fazer isso do que os demais (Cons. Saúde 01).

A formação profissional certamente pode impulsionar uma atuação na perspectiva da intersetorialidade. O assistente social, por exemplo, é um profissional que tem como um dos parâmetros para sua intervenção a intersetorialidade, mobilizando a rede de serviços para garantir o acesso dos usuários a direitos sociais nos diferentes campos (CFESS, 2010). É um profissional que

acumula um saber significativo no campo da integralidade e da participação social e, portanto, tem amplas possibilidades de atuar intersetorialmente (MIOTO e NOGUEIRA, 2006).

Mas ao mesmo tempo deve-se considerar que embora determinadas categorias profissionais, por conta da natureza de suas intervenções tenham uma formação que estimule mais facilmente uma atuação intersetorial, todas as profissões na área da saúde necessitam ter uma formação que também propicie essa perspectiva de atuação. Sendo a intersetorialidade uma responsabilidade e um objetivo da ESF (BRASIL, 1997) e sendo a saúde em seu conceito ampliado o objeto de ação de toda a equipe, é fundamental que esta como um todo tenha uma formação que permita um olhar abrangente sobre o processo de adoecimento.

Sem estimular esse olhar ampliado da equipe, a formação acaba por reduzir a intervenção e limitá-la a preocupações com questões específicas da saúde, como sinaliza esse entrevistado:

Então infelizmente as preocupações são com questões específicas da área de saúde. Então se extrapola um pouco, questão de saneamento básico, questão de capina até se problematiza, mas contribuições, muitas não existem. Há uma orientação aos moradores para que tomem providências, mas identificar como seu também o problema, a Unidade não identifica. Os profissionais não identificam porque vem como um peso a mais: além de dar conta do meu trabalho, ainda vou ter que ficar correndo atrás? Os moradores que façam isso. É o que se vê. É uma questão até mesmo de formação, de valorização do que significa o trabalho realizado e da própria Estratégia Saúde da Família (Cons. Saúde 01).

Os profissionais precisam ter claros os objetivos e diretrizes da ESF e é papel da formação contemplar essa dimensão. Mas também deve-se considerar que existe uma outra dimensão expressa no perfil dos profissionais, como aponta este entrevistado:

Outro aspecto, eu acho que parte do desinteresse do profissional, novamente pontuando as exceções. Muitas vezes o profissional não quer ter aquele trabalho, ele até sabe prestar um atendimento qualificado, mas às vezes falha nessa questão, do perfil profissional. É claro que não todos, mas às vezes a gente percebe que poderia ter sido feito um trabalho mais eficaz nesse sentido (Supervisor Local 03).

Atuar na ESF demanda também um perfil, um envolvimento, um apego pela intervenção na área da saúde coletiva. A subjetividade também é um elemento que deve ser considerado nesse processo. Mas ao mesmo tempo, a fala do entrevistado também nos faz pensar sobre: que estímulos a equipe tem para atuar em uma perspectiva ampliada? Que dificuldades as equipes encontram na construção desse trabalho? A fragilidade da formação associada à dificuldade encontrada no serviço não resultaria em um “desinteresse” do profissional? A subjetividade, a formação e as condições de

trabalho são elementos que podem explicar a focalização das ações profissionais e consequentemente um distanciamento da perspectiva intersetorial.

Diversos entraves foram destacados, ainda dentro da dificuldade de consolidação da ESF, para a intersetorialidade. A existência de uma grande demanda por atendimentos curativos foi um dos aspectos destacados como um dos limitadores ao desenvolvimento de um trabalho intersetorial mais abrangente, já que a equipe acaba tendo que concentrar sua intervenção nesses atendimentos e o trabalho de prevenção e promoção da saúde acaba ficando em segundo plano.

O meu trabalho, eu acho que, se bem feito, ele contribuiria muito para isso. A questão é o quanto eu consigo fazer com a forma como a gente vem trabalhando a saúde pública no município. Infelizmente, o Programa de Saúde da Família foi criado para ser educador, preventivo, avaliador, mas atualmente a gente tem desenvolvido um papel curativo. A demanda de saúde é muito grande e é a demanda de atenção a saúde imediata, não é demanda de prevenção, de educação em saúde. Eu acho que se eu não tivesse tanta demanda, eu teria mais condições de articular um trabalho melhor, intersetorial (Supervisor Local 02).

Às vezes parte também da questão da gente não ter todo o tempo do mundo para estar correndo atrás dessas questões. (...) A demanda é grande e o trabalho sufoca a gente (Supervisor Local 03).

Eu acho que a gente já trabalhou melhor do que a gente trabalha, eu não sei onde a gente se perdeu. Eu não sei se por obrigações da gente atender a demanda, demanda, demanda, a porta aberta. Eu acho que esse processo até de educação em saúde é muito prejudicado e essa é a nossa base de atendimento da Atenção Primária. Se a gente fizer só atenção curativa a gente está jogando por terra tudo o que é a proposta. Nós já estivemos muito melhor quanto a isso. Hoje está todo mundo com excesso de trabalho, e essas coisas ficaram dificultadas (Supervisor Local 04).

A centralização dos serviços da APS nos atendimentos curativos, devido a grande demanda, acaba por acarretar dificuldades no planejamento e desenvolvimento de ações no campo da prevenção e promoção da saúde e consequentemente de um trabalho intersetorial. Essa realidade não é exclusiva de Juiz de Fora como comprova o estudo realizado por Escorel et al (2007) em dez grandes centros urbanos. A ESF ainda encontra grande dificuldade em superar o caráter curativo das práticas de atenção a saúde. O estudo das autoras aponta que a execução de ações de educação em saúde é ainda parcial e a intersetorialidade apresenta grande fragilidade tanto na esfera da prestação da assistência quanto da gestão. As dificuldades enfrentadas pelo município parecem ser as mesmas vivenciadas em âmbito nacional e sem dúvida a prevalência do caráter curativo na APS, é um fator que dificulta a consolidação da ESF e a construção de uma assistência integral.

Articulado ao excesso de trabalho, o desgaste profissional da intervenção na ESF também

foi apontado:

E se você ainda pensar que não são poucos os desgastes da própria inserção porque você não trabalha somente com a saúde, mas com outras questões relacionadas a população adscrita à Unidade, como questões de violência, outras que demandam a intersetorialidade, outras áreas que precisam interferir e os profissionais precisam compreender isso. Mas precisa de uma formação que dê conta disso, de uma valorização que dê conta disso em termos de remuneração, de capacitação (Cons. Saúde 01).

A grande demanda faz com que a APS acabe executando um papel curativo, que embora também faça parte da prestação da assistência, não deveria ser o foco do trabalho no âmbito da APS, se o objetivo é a construção de um modelo assistencial pautado na integralidade da atenção.

Nesse aspecto, cabe refletir sobre quais são os objetivos atuais das esferas gestoras para a política de saúde, considerando que a gestão desempenha importante papel na construção dos serviços. A gestão inclui uma dimensão técnica e também uma dimensão política expressa nos seus valores e objetivos. A finalidade conforma todo o processo de gestão, os recursos, os investimentos, as prioridades e as ações que serão desenvolvidas (PARO, 2000 *apud* SOUZA FILHO, 2011). Por isso, compreender a finalidade e os objetivos da gestão é fundamental para se analisar o desenvolvimento de uma política ou programa.

Para alguns dos entrevistados, o cenário atual do município é de não investimento e desvalorização da APS. As falas destes parecem sugerir a necessidade de mudança nos objetivos da gestão municipal atual:

Primeira coisa seria investir no próprio Sistema de Saúde, mas dentro da visão de promoção, prevenção da saúde. O que a gente tem hoje: tudo se descentraliza para a Atenção Primária, mas a Atenção Primária está sucateada e sem nenhum investimento, não tem profissional, não tem equipamento, não tem salário digno, não tem respeito dos próprios gestores. Você liga e não tem ninguém lá, você não consegue falar com ninguém por que ninguém te atende. Quando você é chamado para uma reunião é só para te descascar, isso de uma forma geral, todas as UBS são assim. Você trabalha se virando e só descentraliza. Só que descentraliza para um lugar em que não está sendo investido. Então a gente está se sentindo sufocado, por que você não tem mais pernas e braços para trabalhar e só vai chegando mais serviço (Supervisor Local 01).

Para começar a própria Estratégia Saúde da Família não é valorizada, quem dirá a intersetorialidade. Ela não é valorizada porque há equipes incompletas, há uma desvalorização dos recursos humanos, pessoas que saem e não são repostas, falta de concurso público que garanta estabilidade e remuneração adequada para que esses profissionais se fixem nos serviços. Então há uma rotatividade muito grande que acaba impactando negativamente. Há uma falta de investimento (...) uma não

defesa da própria Estratégia Saúde da Família por parte da gestão municipal (Cons. Saúde 01).

Essa não valorização da APS e da ESF, como apontam os entrevistados, no âmbito da gestão parece contribuir para o sucateamento e precarização dos serviços prestados, impactando negativamente o desenvolvimento do trabalho. Associada a excessiva demanda por atendimentos curativos, pode limitar a construção de um trabalho ampliado na perspectiva da promoção da saúde e consequentemente da intersetorialidade.

Considerando que o município de Juiz de Fora está inserido no contexto socioeconômico nacional, é possível apontar que esse quadro insere-se no contexto maior da política de saúde nacional em que se vive um embate entre dois projetos no campo da saúde, o Projeto da Reforma Sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado. Este último pauta-se na política de ajuste neoliberal, com focalização das ações através da oferta de um pacote básico de serviços e, com ampliação da mercantilização da saúde. (BRAVO e MATOS, 2008). Neste modelo de atenção não é necessário grandes investimentos na APS e esta deve se concentrar na oferta de serviços básicos à populações vulneráveis. Fazer essas demarcações é importante, pois não deve-se considerar o objeto de estudo isolado, mas sim inserido dentro de uma lógica maior que conforma a política de saúde em todo o país. A desvalorização e não investimento na APS não é exclusiva de Juiz de Fora e expressa a conjuntura atual de privilegiamento do setor privado em detrimento do público e de valorização do modelo hospitalocêntrico em detrimento do modelo pautado na APS.

Para os conselheiros municipais entrevistados existe a necessidade de investimento na APS, não só em relação a construções e obras, mas em relação à qualidade dos serviços que são prestados:

Fala-se muito em inaugurações, reformas, mas e por outro lado, como essas Unidades vão funcionar? Aí você tem questões mais centrais que deveriam ser pensadas e também mudadas. A própria existência de Unidades tradicionais que contribuem, mas não da forma como a Estratégia Saúde da Família contribui e aí porque não mudar o modelo destas Unidades? O que impede? (...) Acho que muito em função do governo, da atual conjuntura, não só na saúde, mas em outras áreas que são críticas em função da perspectiva política que está colocada hoje (Cons. Saúde 01).

Não é só levantar parede. Você precisa de um conjunto. (...) A Saúde da Família em Juiz de Fora precisa assumir a sua responsabilidade de Saúde da Família. Precisa ter uma política de recursos humanos com responsabilidade tanto da parte que gerencia quanto da parte que é gerenciada. (...) Não adianta mexer só na estrutura das Unidades, adianta mexer no todo. Você vai ao médico e não tem remédio aí furou a cadeia. A Saúde da Família precisa atender na perspectiva da integralidade (Cons. Saúde 02).

As falas dos entrevistados parecem indicar que a conjuntura política hoje posta no município mostra-se desfavorável à efetivação da APS e da ESF que são elementos centrais para a construção de um novo modelo assistencial. A perspectiva política, os objetivos em cena, conforme já apontado, são elementos centrais porque definem as diretrizes, os investimentos e o direcionamento das ações, tanto nas esferas gestores quanto no desenvolvimento do trabalho pelos profissionais. O fortalecimento da ESF e de um trabalho intersetorial demanda a definição de objetivos que busquem a ampliação e qualificação dos serviços prestados, o investimento na infraestrutura e nos insumos necessários ao desenvolvimento do trabalho, o investimento nos recursos humanos no sentido da remuneração, valorização e capacitação. Somente a partir de seu próprio fortalecimento é que a ESF pode cumprir seu papel de coordenadora da rede de saúde, desenvolvendo ações preventivas, de promoção da saúde e rompendo com o insulamento do setor saúde.

Nesse contexto, a perspectiva política posta é fundamental, pois é esta que vai direcionar todo esse processo. A consolidação da intersetorialidade não se faz apenas pela sua incorporação no âmbito de um programa específico, mas sim a partir de sua incorporação pela gestão municipal como um todo e para tanto a perspectiva política precisa ser favorável a essa integração, à garantia de direitos sociais, à qualificação e resolutividade dos serviços ofertados.

O não investimento na ESF é identificado pelos entrevistados tanto no que se refere à realidade das USF, dos recursos humanos, não ampliação da cobertura (que hoje encontra-se em torno de 50%), como também pela ausência dos NASFs no município.

Eu hoje vejo a necessidade dos NASF, não só porque é uma orientação a nível federal, mas porque a forma como é apresentada a Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora é muito complicada. Se houvesse de fato esses profissionais [dos NASFs] dando a contrapartida necessária às equipes poderia se pensar em outra realidade. Mas na medida em que não existem... A forma de garantir [a intersetorialidade] é via NASF que são equipamentos que vão receber financiamento por parte do Ministério da Saúde, então é a via possível para inserir esses profissionais que são muito importantes para dar um respaldo aos profissionais das equipes (Cons. Saúde 01).

É necessário resgatar os NASFs que dão suporte. Isso não está em Juiz de Fora. A Secretaria [de Saúde] trouxe uma proposta para a LDO de três NASFs, nós queríamos os oito que estão prometidas desde 2009 (Cons. Saúde 02).

O NASF tem como objetivo ampliar as ações da APS e fortalecer a ESF, a partir da inserção de profissionais com diferentes formações atuando em parceria com as equipes. Uma das

atribuições do NASF é o desenvolvimento de ações intersetoriais, integradas a outras políticas. Portanto, a implantação do NASF ao incluir profissionais com formações na área da assistência social, cultura, lazer e etc., pode contribuir para o fortalecimento da intersectorialidade na ESF (BRASIL, 2009).

Mas ao mesmo tempo, é importante destacar que sem os recursos e investimentos necessários às USF e Núcleos de Apoio e sem a adoção de objetivos intersectoriais no plano da gestão, os NASFs correm o risco de se tornarem mais um dispositivo inserido na rede sem capacidade de dar respostas e qualificar a assistência prestada. A implantação dos NASFs na perspectiva da resolutividade, integralidade e intersectorialidade deve vir acompanhada de mecanismos que respaldem e subsidiem a sua intervenção.

Outra via possível é ampliação dos profissionais inseridos nas equipes mínimas, conforme discutem Teixeira e Nunes (2007). Para as autoras a composição da equipe deveria incluir profissionais com formação no campo dos determinantes sociais e culturais do processo de adoecimento. Mesmo a capacitação da equipe mínima pode não ser suficiente para dar conta das demandas que chegam atualmente nas USF e por isso a necessidade de ampliação da equipe. A inserção de novos profissionais poderia contribuir para o fortalecimento da intersectorialidade e para a resolutividade das ações.

Alguns dos entrevistados veem a necessidade de inserção do assistente social, seja na equipe, seja através dos NASFs:

E se você for pensar no que diz respeito a Estratégia Saúde da Família de forma mais ampla, o que determina o Ministério da Saúde, o assistente social é um dos profissionais que tem que estar lotado, deveria estar lotado nos NASFs, o que nós não temos em Juiz de Fora. É uma polêmica, mas ainda assim, como o assistente social não compõe a equipe mínima, minimamente ele deveria estar inserido no NASF, o que nós não temos aqui, esses equipamentos (Cons. Saúde 01).

Então a presença do assistente social é importantíssima em todos os pontos (...). Então hoje fica aí brigando que profissional que vai entrar, tem que entrar é o assistente social. A gente trabalha com comunidades que necessitam desse profissional (Supervisor Local 01).

A realidade de Juiz de Fora apresenta em algumas UBS a presença do assistente social. Das USF abordadas, três contavam a presença desse profissional e uma não. Todas as quatro USF, resguardada a singularidade de cada uma, vivenciam as mesmas dificuldades na construção da intersectorialidade. O que nos faz pensar sobre o fato de que a inserção de um profissional ou de um dispositivo como o NASF, sem os investimentos necessários, pode não ser suficiente para fortalecer

a intersetorialidade. Conforme já foi discutido, há a necessidade da incorporação dessa diretriz por parte de toda a gestão do município, construindo mecanismos que garantam essa integração.

Além disso, vale lembrar que a intersetorialidade é uma diretriz que deve incorporar o desenvolvimento do trabalho da equipe como um todo, embora determinados profissionais tenham mais facilidade para construir esse trabalho devido a sua formação e a natureza de sua intervenção.

Seja via NASF, seja via ampliação das equipes, para três dos entrevistados, há a necessidade de inserção de novos profissionais na ESF para fortalecer a intersetorialidade entre outros elementos presentes na proposta de trabalho da Estratégia.

Por fim, um último aspecto no que se refere a dificuldade de consolidação da ESF foi destacado em uma das entrevistas: a dimensão cultural que envolve a construção da política de saúde.

Agora que a população está vendo o objetivo da Atenção Primária, porque nem a população sabe o real objetivo da Atenção Primária. Então é uma questão cultural que nós vamos ter um retorno não a curto prazo. Isso a longo prazo, porque você para você saber o que é Atenção Primária e valorizar, você tem que conhecer e hoje as pessoas não valorizam, não sabem o que é promoção da saúde, elas valorizam a urgência. Se elas não valorizassem a urgência, elas não iam sobrecarregar a urgência com um dor de cabeça, um pico hipertensivo que poderia ter ido numa Unidade de Atenção Primária a Saúde. Mas lá na urgência eu já saio com exame de sangue pronto, um raio-x de coluna, você faz tudo lá e não está valorizando a promoção da saúde (Gestor Central 01).

A dimensão cultural é um elemento que faz parte da construção da política de saúde, pois envolve o modo como a saúde é compreendida pelos usuários, pelos profissionais e pelos gestores. De acordo com Mendes (2006), a construção da política de saúde brasileira nos moldes propostos pela Reforma Sanitária, envolve uma dimensão ideológica que se refere à construção de um novo paradigma de atenção à saúde, deslocando o foco antes na doença para a saúde.

A história da política saúde brasileira mostra que a saúde sempre teve uma perspectiva reduzida, limitada ao entendimento desta como ausência de doença e ao caráter meramente curativo e com uso de tecnologias duras que os serviços de saúde deveriam ter. A inovação proposta pelo SUS e pela ESF e que trazem no seu bojo a perspectiva da intersetorialidade, de fato, demanda que haja um processo cultural de mudança de valores, de compreensão e valorização dessa proposta. A sociedade como um todo precisa acreditar na ESF, conforme pondera esse entrevistado:

A Estratégia Saúde da Família precisa ser mais resolutiva, a população precisa acreditar mais nela. Nós temos que ter compromisso de todas as partes, controle

social, profissionais e gestores. Mas a população também precisa acreditar (Cons. Saúde 02).

A consolidação da ESF perpassa por uma mudança de valores por parte de todos os sujeitos envolvidos. Mas, ao mesmo tempo, também podemos refletir sobre essa “desvalorização” da ESF por parte dos usuários, fazendo com que estes prefiram os serviços de urgência aos serviços da APS. Conforme o último entrevistado citado sinaliza, podemos problematizar sobre a resolutividade na ESF. Será que a população não tem preferido os serviços de urgência por não ter obtido respostas às suas necessidades no âmbito da APS? Também podemos pensar sobre as dificuldades que a população encontra no acesso aos serviços, sobre a infraestrutura das Unidades, a presença de recursos humanos, a existência de insumos e recursos e etc. Estes podem ser elementos que também explicam a desvalorização da ESF por parte da população.

Nesse aspecto, a gestão tem um importante papel a desempenhar, colocando a ESF como prioridade, investindo na mesma e fortalecendo diretrizes como a integralidade, a intersetorialidade, a resolutividade, entre outras. O alcance dos objetivos da ESF é um dos elementos que certamente poderá contribuir para uma nova visão e compreensão da população sobre a Estratégia e sobre os serviços por ela ofertados, em especial no campo da prevenção e da promoção da saúde.

A consolidação da ESF como um caminho necessário para fortalecer a intersetorialidade envolve a necessidade de investimentos na APS, de mudança nos valores e na cultura da sociedade no que diz respeito à saúde, envolve também a formação e o perfil dos recursos humanos inseridos no Sistema e, a ampliação das equipes de saúde da família com inserção de outros profissionais. Outros elementos também se colocaram como importantes na construção da intersetorialidade e serão abordados a seguir.

3.3.2 Distanciamento entre a gestão e o trabalho desenvolvido pelas equipes

Conforme defendido neste estudo, um dos pilares do trabalho de gestão é a proximidade com o trabalho desenvolvido por quem está na ponta dos serviços, isto é, a prestação direta da assistência. Estar próximo do cotidiano do trabalho das USF permite ao gestor o conhecimento da realidade, das necessidades, dos avanços e das dificuldades na prestação da assistência, permitindo à gestão a construção de um trabalho ampliado, gerindo os recursos de modo a atender às necessidades dos profissionais e dos usuários.

A saúde em seu conceito ampliado coloca a intersetorialidade como uma necessidade tanto

para a equipe como para os usuários. É a proximidade entre a gestão e o processo de trabalho que permite ao gestor perceber essa necessidade e construir os meios necessários a sua satisfação. Por isso, o distanciamento entre a gestão e o processo de trabalho, percebida especialmente na fala dos supervisores locais, se colocou como um dos entraves a efetivação da intersetorialidade.

Os supervisores locais desempenham um papel de “intermediadores” entre a gestão e o processo de trabalho. São membros da equipe indicados pelo gestor ou pela própria equipe para desempenhar o papel de supervisor local da Unidade e acumulam a função de sua formação profissional. Não há exigência ou pré-requisitos para este cargo, apenas que o mesmo seja ocupado por um dos membros da equipe.

O supervisor local mostrou-se ser o principal contato entre a gestão e as USF. Esse contato ocorre especialmente através da realização de uma reunião mensal entre os supervisores locais (incluindo as USF e Unidades tradicionais) e a chefia de departamento da APS. As UAPS são divididas em dois grupos e a reunião é realizada separadamente com cada grupo devido ao grande número de Unidades do município. A reunião é realizada com a chefia de departamento da APS e eventualmente com o subsecretário de APS.

Sobre a participação de outros gestores nestas reuniões, seja do setor saúde ou, seja de outros setores, ocorre eventualmente quando há a necessidade de implantar um projeto novo que envolva direta ou indiretamente a APS.

Reúne a Atenção Básica. (...) a não ser que a Secundária ou a Terciária, principalmente a Secundária, a Terciária nem tanto, ou outro setor tenha algum informe, que vai explicar alguma coisa nova, algum protocolo novo, alguma orientação (Supervisor Local 03).

Sobre o objetivo dessas reuniões, denominadas “reuniões de gerentes”, as falas entre supervisores locais e gestão divergiram, revelando que esta não é vista e vivenciada por estes sujeitos da mesma forma.

É discutido as questões mesmo da Atenção Primária. Às vezes o Ministério lança um programa novo, a gente leva informações para os gerentes das Unidades para estar passando e eles também trazem as demandas (Gestor Central 01).

As reuniões são mais para transmissão do que para discussão. (...) É a gente sentado, eles vão passando, passando e aí a gente fala porque levanta a mão e começa a brigar ou começa a reclamar. Mas não tem um espaço para falar assim: agora nós vamos ouvir vocês. Eles chegam lá com uma pauta pronta, despejam aquilo tudo e pronto (Supervisor Local 01).

Os momentos de encontro entre gestores e trabalhadores podem constituir momentos ricos de discussão e planejamento de ações adequadas à realidade das USF. Considerando que todos os supervisores locais entrevistados apontaram o caráter mais administrativo dessa reunião é possível apontar que a mesma vem se constituindo mais como uma reunião de repasse de informações ficando possivelmente o planejamento, a definição de ações, prioridades e metas centradas na gestão.

Trevisan e Junqueira (2007) chamam a atenção para a importância de um planejamento ascendente que parta do local para o mais abrangente, considerando as especificidades locais. Considerando que esta “reunião de gerentes” é a principal forma de contato entre gestores e trabalhadores, estes momentos poderiam ser aproveitados para discussões e construção conjunta de ações e formas de enfrentamento das dificuldades da ESF no município.

De modo semelhante a PNAB (2011) aponta que a gestão municipal do SUS, e podemos incluir a gestão local de programas, deve programar suas ações a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde da população. Por isso, a escuta aos profissionais e o conhecimento da realidade de cada USF é fundamental para o planejamento das ações, na medida em que permite identificar as necessidades dos usuários e dos serviços, contribuindo para a ampliação e qualificação da assistência.

Conforme defendido neste estudo, gestão e prestação da assistência são elementos intimamente relacionados e por isso a gestão deve atentar para o cotidiano do trabalho das equipes, para a realidade vivenciada por estas, para as dificuldades e necessidades identificadas. Por isso, a avaliação dos profissionais inseridos no cotidiano do trabalho deve ser incorporada pela gestão, conforme orienta Silva Junior e Alves (2007). Para os autores todo o processo de gestão deve considerar a opinião dos diferentes sujeitos envolvidos na ESF, permitindo o monitoramento e acompanhamento das ações.

Nesse processo, as relações entre gestores e profissionais são fundamentais e o papel do gestor deve caminhar no sentido de garantir a participação de todos os sujeitos (profissionais e usuários) na formulação, análise, execução e avaliação das ações, tanto nos espaços institucionais quanto no cotidiano da gestão. Aqueles que vivenciam cotidianamente os serviços podem dar grandes contribuições à gestão, identificando necessidades e propondo estratégias.

As “reuniões de gerentes” poderiam ser conduzidas no sentido de propiciar essa interlocução entre gestores e profissionais. Conforme já apontado, as falas dos supervisores

parecem indicar que o planejamento da ESF é centrado na gestão. Contudo, um dos supervisores locais destacou que, embora algumas questões, como a definição de metas sejam definidas centralmente, existe também a liberdade para que as equipes planejem em âmbito local as suas ações:

Algumas coisas vêm prontas. Agora como a gente vai atingir isso, aí a equipe que vai sentar, conversar, organizar o trabalho, ver o que tem para alcançar. Cada equipe de UBS ou mesmo no plano micro das equipes de cada área. A gente tem essa liberdade (Supervisor Local 04).

Considerando que cada território das USF tem as suas especificidades, essa liberdade para a equipe planejar e adequar suas ações de acordo com a sua realidade é um elemento que facilita e contribui para a construção do trabalho. Tanto o planejamento local, quanto a definição das ações, das metas, das prioridades devem considerar as especificidades dos territórios e devem contar com a participação de gestores, profissionais e usuários nesse processo. Somente assim será possível à ESF alcançar seus objetivos, programando suas ações com base nas necessidades da população e garantindo a esta o acesso aos seus direitos.

Vale destacar a reflexão sobre a liberdade e autonomia presentes no trabalho em saúde. Este apresenta uma potência instituinte que permite ao trabalhador uma certa autonomia no desenvolvimento do trabalho, uma possibilidade inventiva e criativa que torna o trabalho em saúde rico e dinâmico (FRANCO, 2006). Valorizar e incentivar essa potência instituinte do trabalho em saúde pode qualificar e ampliar a assistência prestada. O planejamento e desenvolvimento de ações pelas equipes, considerando as especificidades do nível local, demanda que as mesmas possam utilizar sua liberdade e autonomia na construção do trabalho. A possibilidade do trabalhador poder planejar e avaliar suas ações em âmbito local potencializa a intervenção, permitindo a construção de um trabalho mais resolutivo e qualificado porque centrado na realidade local.

Além da “reunião de gerentes” outras formas de contato entre a gestão e as USF foram citadas, mas apenas pela gestão:

Temos reuniões mensais. Agora elas ligam para a gente. A gente tem contato telefônico, tem e-mail. Elas ligam, às vezes a chefe de departamento não está aí, elas ligam direto para mim. (...) Eu vou em todas as Unidades. Geralmente eu vou no horário da tarde porque eu sei que de manhã a demanda é maior, então os profissionais ficam mesmo sobrecarregados. A gente vai até em reunião com os Conselhos Locais de Saúde. Eu já fui, a gente divide com a equipe técnica por que são 60 Unidades, então não tem como você reunir com todas em todas as reuniões. Então a gente tem esse contato, até com o Conselho Local de Saúde (Gestor Central 01).

Esse contato mais próximo, no dia-a-dia da saúde pode ter impactos positivos, contribuindo para uma aproximação entre a gestão e a assistência. Uma postura proativa no sentido de se aproximar dos profissionais e usuários, envolvendo-os no processo de gestão, também é algo esperado dos gestores. A ida às USF e a participação nos CLS - se o objetivo é a aproximação com a realidade vivenciada em âmbito local e o envolvimento de diferentes sujeitos no processo de gestão -, também pode se mostrar como algo positivo que contribui para a construção de uma gestão compartilhada, democrática e comprometida com as necessidades da população.

Entretanto o fato dessas demais formas de contato não terem sido citadas pelos supervisores pode indicar que essa seja uma forma de contato pouco rotineira e não vista pela equipe como uma forma de articulação e discussão com a SMS. Ou ainda, pelo fato de que diversas vezes, conforme já discutido no item 3.2.2, as equipes buscam envolver a SMS na resolução de problemas identificados e não obtém êxito.

Em relação aos CLS também já foi discutido a necessidade de fortalecer a articulação da coordenação da ESF com os CLS, envolvendo o controle social na tomada de decisão, no planejamento e na identificação de necessidades. Os CLS são instâncias de controle social que devem ser consideradas pela gestão da ESF porque encontram-se inseridos diretamente no território da ESF, utilizam frequentemente os serviços, estão próximos das USF, representam as comunidades e suas necessidades.

A necessidade de aproximar a gestão e as USF parece já ter sido percebida pela gestão. Alguns dos entrevistados apontaram que outras tentativas dessa aproximação já ocorreram:

Teve uma época que eles até tentaram e foi bem legal. Dividiram em quatro grupos que aí ficaram menores. Até o formato era em círculo, então a gente tinha a oportunidade de falar, de discutir. Agora não. (...) Já tentaram também, eles dividiram em equipes de gerenciamento local. E aí cada profissional da gestão era responsável por 3 ou 4 Unidades, uma coisa assim. A ideia era que eles viessem na Unidade de tanto em tanto tempo e aí sim ouvir a Unidade, tentar resolver o problema. Mas isso nunca aconteceu, foi só uma proposta (Supervisor Local 01).

Já tivemos uma supervisão que era uma equipe mesmo, um supervisor pela equipe de trabalho. A gente tinha umas reuniões que não eram mensais, mas a gente tinha essa reunião. Mas isso desapareceu (Supervisor Local 04).

A percepção dessa necessidade pode ser verificada também na fala da gestão ao apontar a existência de um projeto novo que parece buscar aproximar a gestão das USF:

A gente tem um projeto prontinho, guardado, pronto para executar. Mas vamos

aguardar. A gente não pode fazer agora por conta do período eleitoral. A gente fez um projeto por região, como se a gente tivesse mais chefes de departamentos. Cada região vai ter uma referência e esse profissional tem que passar em todas aquelas Unidades e a região ter ele como referência para ficar mais próximo e ele seria minha referência aqui na gestão. Seria uma forma de ficar mais próximo e ter um retorno maior deles e nosso. Cada região tem o seu perfil, a sua particularidade, o risco social (Gestor Central 01).

Essa descentralização da gestão, criando supervisões por região sanitária constitui uma iniciativa positiva que apresenta potencial para aproximar a gestão e o processo de trabalho. Com um número menor de USF, este supervisor pode desenvolver um trabalho mais próximo e adequado às diferentes realidades das USF. Torna-se mais fácil, planejar, monitorar e avaliar a ESF em um âmbito menor, explorando as potencialidades de cada região e traçando estratégias para superar os problemas identificados.

A intersetorialidade nesse processo pode ser estimulada também, intensificando as articulações locais, sem perder de vista que a intersetorialidade envolve um projeto mais amplo de gestão no âmbito do município. A aproximação entre a gestão e as USF permitirá a identificação das necessidades das equipes e usuários, entre elas a intersetorialidade. Essa identificação colocará para o supervisor da região o papel de fomentar e subsidiar uma integração entre as políticas e programas.

Esse projeto é ainda uma proposta que pode favorecer a relação entre gestores e profissionais. A realidade encontrada hoje na coordenação da ESF sugere um distanciamento entre a gestão e as USF, resultando em um insulamento das USF, ou seja, as USF acabam construindo o seu trabalho isoladamente, sem se sentirem respaldadas e orientadas pela gestão, conforme resume este entrevistado:

Mas aquela supervisão sistemática... Eu sinto falta de alguém que vire e fale assim “olha, seu caminho está indo, vamos olhar de outra forma? Vamos ver se a gente consegue uma produtividade maior? Talvez você esteja se julgando sobrecarregada porque está priorizando um tipo de trabalho e não outro”. Eu sinto falta de alguém para enxergar com outros olhos, para nos orientar, para ver se o caminho que a gente está percorrendo é o ideal. Às vezes eu me sinto perdida (Supervisor Local 04).

Esse distanciamento associado a outras dificuldades parece fazer com que a equipe se sinta desvalorizada, desmotivada e aponte a gestão como um dos principais entraves para o desenvolvimento do trabalho na ESF, incluindo a intersetorialidade.

Uma das dificuldades que a gente esbarra é na gestão. A gestão de uma forma

geral, porque a gente não tem apoio para trabalhar, o que a gente consegue é por nossa conta. Se a gente não quiser fazer nada, fica a coisa por aí. Então a grande dificuldade que eu vejo é a gestão (Supervisor Local 01).

As condições de trabalho e a valorização e incentivo ao trabalhador são elementos que interferem e conformam a prestação da assistência, podendo até mesmo precarizar a oferta dos serviços. A desvalorização dos trabalhadores foi um aspecto apontado por todos os supervisores locais e por um dos conselheiros de saúde.

E outra coisa que eu acho complicada, a falta de estímulo. Você faz o trabalho, porque adora o que faz, mas você não tem estímulo nenhum para trabalhar. E eu nem estou falando de estímulo financeiro não. Mas eu estou falando no sentido de sentir que a gestão se preocupa com seu trabalho, valorização do profissional, saber, por exemplo, as dificuldades que a gente tem enfrentado aqui e se interessar, se sensibilizar com a situação que a gente vive aqui. (Supervisor Local 03).

Isso é o que a gente sempre pede, valorização do profissional. Eu sei que todo mundo vive com dinheiro, o trabalhador quer o seu salário no final do mês, mas eu nem estou falando só nesse lado (...). Muitos dos dissabores, dos sentimentos negativos que os profissionais têm, principalmente na saúde porque a gente trabalha com um empobrecimento muito grande, é esse descaso com a gente é que agrava mais isso (Supervisor Local 04).

E para além da formação, a valorização dos profissionais porque muitos que não se sentem motivados tendem a sair dessas Unidades. Muitos profissionais que poderiam dar contribuições migram por conta da falta de valorização e aí você tem a responsabilidade de gestão nesse sentido. Condições de trabalho, remuneração. (...) (Cons. Saúde 01).

Para Paiva (2000) a gestão pública democrática deve incluir a valorização dos trabalhadores, através da realização de concursos, construção de uma política de recursos humanos, avaliação periódica das ações e com um novo relacionamento entre técnicos e políticos. A valorização e incentivo, para Escorel et al (2007) apresentam vinculação direta com o envolvimento no trabalho. Por isso, as autoras apontam para a necessidade de discutir e fortalecer a política de recursos humanos no SUS. Um quadro de fragilidade nos vínculos de trabalho, precarização dos salários e sentimento de desvalorização por parte dos trabalhadores pode gerar uma desmotivação destes profissionais e um próprio descrédito da ESF, impactando negativamente o trabalho.

Esse sentimento de desvalorização apontado pelos profissionais está inserido no contexto nacional de reforma do Estado e de adoção do regime de acumulação flexível, em que vivencia-se um desmonte aos direitos trabalhistas, permitindo formas precarizadas e informais de emprego com

intensificação da exploração e achatamento dos salários (BEHRING e BOSCHETTI, 2008). Nesse aspecto, o papel da gestão é fundamental, pois é a partir desta que são definidos os rumos da política de recursos humanos, que pode caminhar no sentido da valorização e incentivo do trabalho ou da intensificação da exploração.

Mas além da questão salarial o principal aspecto apontado pelos entrevistados parece ser o sentimento de desvalorização como fruto da relação distanciada entre a gestão e as USF, das condições de trabalho, da centralização do planejamento e do processo decisório e da fragilidade dos mecanismos de diálogo e discussão entre gestores e profissionais. Por isso é fundamental que a gestão inclua não só a responsabilidade em dirigir um programa ou política, mas inclua também os interesses, objetivos, saberes e poderes em jogo, conforme discute Figueiredo (2008), permitindo que diferentes sujeitos se sintam parte do processo de construção da política de saúde.

De modo semelhante o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006) aponta que a política de recursos humanos no SUS é um eixo fundamental da gestão que deve incentivar e valorizar os trabalhadores criando mecanismos que além de regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, permita a construção de processos de negociação entre gestores e trabalhadores aproximando-os e construindo a saúde democraticamente. Uma política de valorização do trabalhador associada a existência de condições estruturais que permitam o desenvolvimento do trabalho pode contribuir sobremaneira para o alcance dos objetivos da ESF, em que está incluída a intersetorialidade.

O supervisor local é elo entre a gestão e as USF e por isso necessita de valorização, incentivo e capacitação para cumprir e assumir as atividades de gerenciamento. Nesse aspecto, um dos supervisores locais destacou a necessidade de um acompanhamento maior por parte da gestão e a necessidade de capacitação para assumir o cargo de supervisor:

Primeiro, eu não tenho capacitação nenhuma e eu sinto muita falta disso também. A maioria dos supervisores são enfermeiros. Enfermeiros na sua graduação, até mais antigas a gente já tinha uma disciplina de administração, administrar pessoas, recursos, isso tudo, mas de gestão mesmo de politizar a saúde, essa questão, eu tenho vontade de me capacitar quanto a isso. Eu não sei responder essa pergunta de como eu posso contribuir, porque eu só sei responder do que eu te falei, do que eu faço, sem me sentir capacitada para isso, mas é o que eu geralmente faço, é garantir essa comunicação, garantir o acesso realmente, mas eu sinto falta mesmo de instrumentos para isso. Por exemplo, tive um problema quem que eu procuro, como é que a gente chega lá e dos outros profissionais valorizarem mais a intersetorialidade porque a gente não vai conseguir nada sozinho, nada mesmo (Supervisor Local 04).

Diferenciando-se deste posicionamento, outro supervisor destaca a existência de cursos e

capacitações para supervisores locais:

Para nós que somos supervisores quando a gente entra a gente faz várias capacitações específicas para enfermeiros, para o serviço social, porque você tem que acompanhar todos os profissionais. Então eu posso não atuar como, mas preciso estar apta. (...). Você vai se capacitando devagar, mas um curso específico para capacitação de supervisores foi esse que eu fiz no NATES (Supervisor Local 02).

Em que pese essa divergência nas falas dos entrevistados, é importante apontar que a gestão deve cumprir um importante papel no que se refere ao fornecimento de mecanismos e subsídios que favoreçam o desenvolvimento do trabalho pelas equipes. A educação permanente, a política de recursos humanos, a valorização do trabalhador, a proximidade com o trabalho são mecanismos que o gestor pode lançar mão para alcançar o objetivo de subsidiar o desenvolvimento do trabalho. A informação e a comunicação também são pontos chaves do processo de gestão, como aponta este conselheiro:

Então por isso a importância da gestão de normatizar essa orientação ou ao menos garantir essas informações. Uma questão fundamental são as informações, a comunicação. Então deveria também os profissionais independente da área receber informações: olha você está lotado na região tal, área tal, o que se tem nessa região de recursos, de equipamentos sociais, para onde essas pessoas podem ser encaminhadas. Precisou disso, contate tal lugar, isso é ofertado a esses profissionais? Eles têm conhecimento disso? (...) Muitos profissionais sequer sabem da existência de determinados serviços para onde eles podem encaminhar. Então nesse sentido a questão da comunicação e da informação tem papel fundamental (Cons. Saúde 01).

O conhecimento da rede de serviços é um elemento importante na construção da intersectorialidade. Sem saber da existência de determinados serviços em outros setores a possibilidade da articulação se torna ínfima. A gestão através dos supervisores locais pode assumir a difusão dessas informações, estimulando a articulação. Para um dos supervisores locais, a falta desse conhecimento constitui um dos aspectos que limita a intersectorialidade:

Primeiro, porque eu acho que às vezes os funcionários, os profissionais, muitas vezes carecem de capacitação, de compreensão dos serviços prestados pela rede. Eu acho que a grande falha começa aí. E mesmo quando tem alguma capacitação, alguma coisa assim, a gente percebe que, claro com algumas exceções, às vezes não contempla a necessidade do conhecimento (Supervisor Local 03).

A informação e a comunicação, portanto, são elementos que compõem a intersectorialidade

e a gestão tem um importante papel nesse processo. O supervisor como um elemento da gestão, pode estimular na equipe a construção de um trabalho ampliado, intersetorial, desde que se sinta capacitado e motivado para isso. Assim, torna-se fundamental a existência de mecanismos de educação permanente para toda a equipe e para os supervisores, conforme a gestão vem desenvolvendo. Mas não só. Aliada à educação permanente, a política de recursos humanos, as condições de trabalho, a proximidade com a gestão e a utilização de instrumentos que facilitem a articulação entre os setores também são fundamentais.

No âmbito local, as equipes podem aproveitar o próprio cotidiano das USF, os momentos de reuniões internas (lembrando que a SMS disponibiliza duas horas semanais para atividades internas das UAPS, ficando as mesmas fechadas para atendimento ao público, o que constitui uma importante iniciativa) para planejar e avaliar o desenvolvimento do trabalho, buscando ampliar as ações e as articulações com outros setores. Nesse processo, o supervisor assume a função de desencadear processos de revisão do trabalho, permitindo a avaliação e o constante aprimoramento do trabalho. Para assumir essa função, o supervisor necessita sentir-se estimulado, capacitado e com recursos materiais e humanos que o permitam agir nesta perspectiva.

Cabe destacar ainda, em relação ao supervisor local, uma interessante experiência de gerenciamento de uma das USF pesquisadas e que pode ser pensada inclusive para processos mais amplos de gestão. Nesta USF, a fala do supervisor indica que há a construção de uma gestão compartilhada entre os membros da equipe, sendo esta “parceria” destacada como um dos elementos que favorece a construção do trabalho, incluindo as atividades intersetoriais:

Qual é o diferencial aqui? Eu sou supervisora, mas a gente faz uma supervisão compartilhada. Então as coisas não estão exclusivamente na minha mão. Isso é uma questão dessa Unidade. Então se eu consolidasse tudo, todas nós em um cargo de gestão, todas nós juntas, é importantíssimo, porque é desse papel que saem as responsabilidades desses contatos. Só que como aqui essa gestão é compartilhada não fica focado em mim. Se eu recebo, eu faço, se outro colega recebe, faz. E se precisar assinar junto a gente assina. A minha assinatura vale como a delas. Elas não precisam me esperar para mandar um documento para determinado setor. Se for um documento oficial, aí sim, assina porque a burocracia exige. Mas muitas vezes, elas fazem tudo e eu assino pelo cargo que eu ocupo. Mas todo o fluxo foi resolvido por elas (Supervisor Local 01).

Essa parece constituir uma importante experiência de compartilhamento e democratização de poder. Essa proximidade entre a “chefia” e os demais membros da equipe pode contribuir para o desenvolvimento do trabalho, facilitando a operacionalização das ações e desencadeando processos

de construção conjunta do trabalho. O não estabelecimento de relações verticais e autoritárias favorece a democratização e o caráter ético que deve perpassar qualquer processo de gestão/supervisão.

O cargo de supervisor foi destacado ainda com um aspecto facilitador na articulação com outros setores.

E de uma certa forma, esse cargo, ele te dá uma certa receptividade em outros setores. Se eu quero resolver uma coisa, eu não me apresento como enfermeira, mas como supervisora da UBS e isso sempre abre um pouquinho mais a porta. São detalhes que a gente vai aprendendo na nossa rotina. Porque quem ouve do outro lado e não te conhece, já tem um peso maior. Então acaba que isso abre algumas portas (Supervisor Local 01).

O fato de ser um cargo de chefia, gerenciamento pode explicar essa facilidade que o mesmo adquire no contato com outros setores, o que justifica mais uma vez a necessidade de investimento nesse profissional tanto no campo da técnica quando da política, incentivando nesse profissional a capacidade de articulação, discussão e negociação. Do mesmo modo, o compartilhamento do poder, do processo decisório e da execução de ações neste cargo é algo que se mostrou como positivo na construção do trabalho e que pode servir de exemplo para outras USF e para o próprio aparato de gestão da ESF. Poderia constituir uma forma, inclusive, de aproximar a gestão e os profissionais da ponta e estimular o desenvolvimento de práticas ampliadas e intersetoriais.

3.3.3 Condições de trabalho

A intersetorialidade encontra obstáculos também no que se refere as condições de trabalho, incluindo a infraestrutura e os recursos materiais das USF, os recursos humanos (ausência e rotatividade), e outros elementos como a postura dos demais setores e a existência de um aparato governamental setorializado.

Sobre a infraestrutura e a existência de recursos materiais nas USF, os entrevistados apontaram que:

Hoje a gente trabalha sem recursos como sempre trabalhamos. Os recursos que a gente consegue são por luta própria. Para a gente falta até os recursos básicos para manter o funcionamento normal da UBS. Desde fevereiro a gente não tem gaze para fazer curativos. Remédios faltam, papel higiênico, o filtro de água fomos nós

que compramos por que não tem também (Supervisor Local 01).

Então essa questão de você não ter uma estrutura, não ter um telefone, não ter um carro, são condições mesmo de trabalho que a Secretaria não te oferece a mínima condição. Eu sinto que em muitos momentos eles jogam a gente aqui e falam assim: “se vira, eu quero tudo muito bem feito, não quero reclamação de usuário, não quero nada no meu ouvido e se vira”. Se você errar, você é condenado, mas eles não querem saber. Eu cansei de pedir. Chegou um ponto que eu resolvi comprar (Supervisor Local 03).

Agora recursos físicos, olha o ambiente onde a gente está trabalhando. A Unidade tem mofo, são ambientes pequenos, cheios de biombo, divisórias, puxadinhos. É esse tipo de valorização. É legal a gente entrar num ambiente de trabalho e ser um ambiente gostoso, limpo. Um ambiente que não é só para você, mas que você oferece para o seu usuário. Sucatear o local de trabalho e a assistência... às vezes você quer oferecer mas o ambiente não deixa (Supervisor Local 04).

Outro supervisor destaca, mais uma vez, a vinculação com o período eleitoral, destacando que a coleta de dados da pesquisa foi realizada alguns meses antes das eleições municipais:

Tivemos vários problemas em vários momentos dessa gestão. Neste momento, não falta nada. Você sabe por quê? Momento eleitoral (Supervisor Local 02).

A infraestrutura física e a existência de recursos materiais básicos para a prestação da assistência e outros como telefone, carro etc. impactam a construção de um trabalho intersetorial na medida em que limitam a própria prestação da assistência, ficando o profissional isolado e sem recursos para buscar a articulação com outros setores. A ausência de uma linha de telefone, por exemplo, dificulta a comunicação direta com outros setores, do mesmo modo, a ausência de carro para realização de visitas institucionais e reuniões com outros setores. A existência de salas adequadas que permitam privacidade e sigilo no atendimento, ambientes acolhedores, espaços para realização de grupos e atividades coletivas também são elementos que conformam a construção de um trabalho na perspectiva da intersetorialidade. A ausência de todos esses recursos acaba sendo um fator que desestimula e desvaloriza o trabalhador, reduz o potencial da ESF e contribui para uma visão negativa da mesma por parte da população em geral.

A ESF/APS é um dos pontos prioritários definidos pelo Pacto pela Vida (BRASIL, 2006). O Pacto constitui um importante documento que vem orientando e normatizando a política de saúde no município. Entre as ações de fortalecimento da ESF o Pacto, destaca a garantia de infraestrutura necessária ao funcionamento das USF, bem como os recursos materiais, equipamentos e insumos,

sendo esta uma responsabilidade da gestão municipal, conforme estabelece a PNAB (2011).

Os dados da pesquisa sugerem a necessidade da gestão/coordenação da ESF avançar na garantia da infraestrutura das USF, que conforme buscou-se demonstrar é um elemento essencial na construção do trabalho da ESF.

Outro aspecto destacado pelos entrevistados em relação as condições de trabalho, são os recursos humanos. As equipes parecem enfrentar constantemente problemas em relação a falta de profissionais, em especial agentes comunitários de saúde e médicos e, rotatividade destes últimos.

Faltam oficialmente dois agentes comunitários e uma terceira que está de licença e não foi repostada e isso tudo em uma área só. Então você tem uma área que trabalha com 50% dos agentes. Tem uma que já tem quatro anos que está de licença, a outra já pediu demissão há mais ou menos esse tempo (Supervisor Local 01).

Eu estou com falta de profissionais, eu estou com uma profissional de licença há um bom tempo, eu estou sem uma enfermeira que foi transferida há dois meses. Eu já fiquei um período aqui sem médico por um ano (...). Santa Rita tinha que ter três médicos e só tem um. Nossa Senhora Aparecida está sem médico, Gramma está sem médico, Filgueiras está sem nenhum enfermeiro. Se você for olhar como um todo a infraestrutura de recursos humanos não é boa (Supervisor Local 02).

A ausência de recursos humanos faz com que a equipe fique sobrecarregada e conseqüentemente a sua intervenção fica limitada ao ter que priorizar as ações que serão desenvolvidas. Considerando a grande demanda por atendimentos curativos, hoje presente nas USF conforme já discutido, as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde e a articulação com outros setores acabam ficando em segundo plano. A fala deste entrevistado exemplifica o impacto que a ausência de profissionais nas USF apresenta na intersetorialidade:

Eles [a escola] queriam que a gente continuasse o trabalho, mas aí começou a faltar médicos nas equipes e aí a gente começou a não poder sair do Posto e o trabalho ficou assim meio pendente (Supervisor Local 03).

A dificuldade na contratação dos médicos é reconhecida também pela gestão:

A gente tem dificuldade de contratação dos médicos, eu espero que seja sanado agora com concurso, mas é o que eu volto a falar não é só o município de Juiz de Fora (Gestor Central 01).

As falas indicam que o município enfrenta dificuldades em relação a manutenção dos recursos humanos nas USF, especialmente médicos, em consonância com a realidade vivenciada em âmbito nacional. A garantia desses profissionais nas USF parece constituir um dos nós críticos da gestão atualmente no município e acaba gerando uma rotatividade que impacta negativamente a construção do trabalho, já que a ESF e a intersectorialidade demandam vínculo entre os membros da equipe e deste com usuários, além do conhecimento do território.

Diversos são os elementos que envolvem essa dificuldade em relação aos recursos humanos, como por exemplo, o contexto atual de desvalorização e descrença da ESF, a incompatibilidade entre a formação e a lógica do SUS e, a falta de uma política de estímulo e valorização do trabalhador. Estes elementos estão presentes em âmbito nacional e por isso devem ser considerados na análise da dificuldade enfrentada no município em relação a contratação de recursos humanos. Para Schraiber et al (1999) o contexto atual nacional imprime ao gestor uma série de desafios, dentre outros, no campo da política de recursos humanos desenvolvendo ações que valorizem o profissional, qualifiquem o trabalho e a prestação da assistência.

Sobre a gestão do trabalho, a PNAB (2011) aponta que a valorização dos profissionais através da garantia de direitos trabalhistas, da qualificação dos vínculos de trabalho e implantação de planos de carreira que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços cabe à gestão municipal.

Diante das dificuldades de contratação de profissionais médicos, o que constitui uma realidade não só do município de Juiz de Fora, algumas estratégias começam a ser traçadas pelo MS, como, por exemplo, a portaria 2488¹⁹ (BRASIL, 2011) apontada por um dos entrevistados:

Nós estávamos acostumando com uma portaria do Ministério, já veio outra acho que a 2488 mudando e permitindo ao médico fazer 20 horas. Como é que pode e não pode? Profissional de saúde não pode fazer menos de 40 horas, mas pode inserir médico de apoio de 20 horas. Está tão difícil de construir o processo que no final fica uma colcha de retalhos (Cons. Saúde 02).

¹⁹ A referida portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para ESF e o PACS. Estabelece que serão admitidas também, além da inserção integral (40h), outras modalidades de inserção dos profissionais médicos de 30 e 20 horas. A portaria destaca ainda que o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Recomenda que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas e que o gestor, tão logo tenha condições, garanta o profissional médico disponível durante todo o tempo de funcionamento da equipe (BRASIL, 2011).

A redução da carga horária dos médicos, ainda que ocorra de modo transitório, pode acabar afetando toda a estrutura de trabalho da ESF que se pauta em elementos como a integralidade, o vínculo, o trabalho em equipe, o território etc. Tais conceitos podem ficar comprometidos na medida em que a redução da carga horária pode resultar em fragmentação e descontinuidade das ações, fragilização do processo de referência do profissional em relação a determinado território, e focalização das atividades. Em consequência a intersetorialidade também fica comprometida, pois demanda a existência de equipes completas, o conhecimento do território e da rede de serviços do município, planejamento integrado e, vínculo com a comunidade. Essa portaria parece constituir uma medida paliativa que não atinge a raiz da dificuldade na contratação dos profissionais médicos e por isso parece uma medida frágil para resolver o problema em sua totalidade, podendo até mesmo acarretar outras dificuldades.

Vale destacar ainda em relação aos recursos humanos, uma iniciativa nova no município que tem buscado inserir novos profissionais nas USF, como o técnico de farmácia e o auxiliar administrativo.

Eu recebi uma técnica de farmácia, é um profissional novo na rede, ele é contratado, não é efetivo no quadro de servidores. Tem nove UBS com esse profissional. Eu estou para receber um agente administrativo. Mas isso é uma coisa muito nova (Supervisor Local 02).

Hoje a gente tem técnica de farmácia, auxiliar administrativo (...). A técnica de farmácia veio para cumprir um acordo com as UBSs que funcionaram como piloto para implantação do SIGA-saúde (Supervisor Local 04).

A inserção desses novos profissionais ocorreu através do Siga-saúde que é um projeto de informatização do agendamento de consultas e de procedimentos internos das UAPS criando prontuários eletrônicos e permitindo o acesso a informações dos usuários em tempo real. O projeto existe em várias cidades brasileiras e começou a ser implantado no município em 2011. A inserção desses novos profissionais veio também pela necessidade identificada pelos profissionais e gestores de ampliar a equipe das UAPS. Essa inserção tem ocorrido gradualmente e a perspectiva é que haja ampliação para todas as UAPS do município.

A perspectiva é que seja para todas as UBS. De acordo com o que a gente vai implantando o sistema a gente vai colocando. Porque primeiro que era uma reivindicação antiga dos profissionais, a enfermagem atender a recepção, a farmácia e fazer a parte assistencial. Então nós já identificamos essa necessidade. Aí nós estipulamos uma meta com a implantação do Siga-Saúde e aí perguntamos, tivemos reunião e estipulamos as metas que se você atingir as metas, você ganha o técnico de farmácia e o auxiliar administrativo. Perguntamos: quem quer? Alguns

quiseram, outras não quiseram. Por que eu acho que se a gente faz dessa forma, a gente tem um resultado melhor, do que eu chegar e aqui tem que implantar o sistema e pronto, acabou. Nós fizemos por adesão e assim estamos tendo bons resultados, a equipe fala, nossa é outra coisa com o técnico de farmácia (Gestor Central 01).

A inclusão de novos profissionais nas equipes de saúde da família é um elemento que pode se colocar como facilitador na construção e fortalecimento da ESF. Autores como Teixeira e Nunes (2007) defendem a necessidade de ampliação da equipe mínima incorporando profissionais que deem conta de todos os determinantes do processo de adoecimento. A inserção do auxiliar administrativo e do técnico de farmácia pode contribuir tanto com a organização do processo de trabalho quanto com a própria prestação da assistência. Permite a ampliação das ações das equipes e aumenta o potencial de intervenção agregando novos conhecimentos e intervenções no processo de saúde/doença da comunidade.

É importante lembrar, conforme já foi discutido, que a entrada desses profissionais, sem o investimento na política de recursos humanos, nas condições de trabalho e nas relações entre gestores e profissionais, pode ter o seu potencial reduzido.

Além disso, outro aspecto importante a ser pensado é sobre a forma de inserção desses profissionais. A implantação inicial do projeto por adesão das UAPS parece constituir uma experiência positiva, na medida em que permite a equipe liberdade e autonomia para avaliar a necessidade de implantar ou não o projeto de acordo com sua realidade local. Por outro lado, o estabelecimento de metas, como meio para ampliar a equipe, dependendo do modo como essas metas foram construídas e estabelecidas e da natureza destas, pode acabar gerando uma perspectiva produtivista na equipe, sem necessariamente se preocupar com a qualidade dos serviços ofertados.

Do mesmo modo, condicionar a inserção de novos profissionais ao alcance de metas, pode representar uma inversão de valores e objetivos, já que a inclusão destes diz respeito a melhorias nas condições de trabalho. Em outras palavras, as melhorias das condições de trabalho não devem ser resultado do alcance de metas, mas sim o contrário, as metas devem ser alcançadas como fruto da melhoria das condições de trabalho. Para Junqueira (2004), a gestão deve trabalhar na perspectiva de processos e não somente de resultados.

De modo semelhante, Silva Junior e Mascarenhas (2004) apontam a necessidade de superar processos de gestão no âmbito da ESF pautados em aspectos normativos e quantitativos, incorporando conceitos e instrumentos que permitam pensar e avaliar o cotidiano dos serviços e a qualidade da atenção. Todo o processo de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das

ações da ESF deve partir desse pressuposto básico permitindo um comprometimento com a qualidade e a integralidade da assistência prestada.

Outro elemento apontado como limitador à intersectorialidade e que podemos compreender inserido dentro das condições de trabalho, é em relação a inexistência de recursos sociais em determinados territórios. O profissional pode identificar a necessidade de acionar um outro setor e não encontrar esse serviço na rede.

Vamos supor, se o profissional que é conhecedor dessas possibilidades identifica a necessidade de encaminhar para o CRAS, mas se é um bairro que ainda não tem um CRAS de referência, como fazer? O que fazer? (Cons. Saúde 01).

A inexistência de recursos sociais no território das USF ou no próprio município reduz o potencial de intervenção da equipe e fragiliza a intersectorialidade. Do mesmo modo, outros elementos como a dificuldade de acesso do usuário a outros setores/serviços, a inexistência de respostas desses setores e, as dificuldades que estes também enfrentam na construção do seu trabalho, também devem compor a análise sobre os limitadores à efetivação da intersectorialidade. Um entrevistado aponta para a importância do conhecimento do outro como elemento necessário para a intersectorialidade:

Quando você não conhece o trabalho do outro, você não valoriza. Então a partir do momento em que você conhece as dificuldades daquela Secretaria, você se envolve mais. Se eu não conheço, eu não vou me preocupar. Acho que tem que ter uma consciência que mesmo uma prefeitura tendo várias Secretarias, é uma única empresa (Gestor Central 01).

Conhecer e valorizar o outro são elementos fundamentais, tanto na gestão quanto no processo de trabalho. O conhecimento dos objetivos e ações desenvolvidos por outros setores e o reconhecimento da necessidade de se construir um sistema de proteção social integral e integrado são fatores fundamentais na busca da intersectorialidade e das estratégias que permitam a sua materialização.

É importante destacar ainda que a intersectorialidade, enquanto um projeto de gestão que deve perpassar o âmbito do município precisa se constituir como uma iniciativa de todos os setores, conforme ponderação de um dos entrevistados:

E, por outro lado, a contrapartida desses serviços de buscar a intersetorialidade também porque não adianta a Estratégia Saúde da Família desenvolver sozinha essa busca, se os outros serviços também não se sentirem parte e aí vai demandar inclusive desses outros serviços, dessas outras Secretarias um investimento (Cons. Saúde 01).

A intersetorialidade diz respeito a construção de uma rede de proteção social na perspectiva da garantia de direitos e busca de melhores condições de vida, portanto necessita ser uma iniciativa que parta de todos os setores e segmentos e cabe a cada um, não só buscar a articulação, como também ser receptivo a ela. Isso requer a superação do caráter segmentado, setorializado e hierarquizado do aparato de gestão do Estado brasileiro, conforme já discutido. A própria cultura das instituições gestoras constitui-se como um limitador à intersetorialidade.

Todos os elementos aqui discutidos, a formação dos recursos humanos, o papel ainda predominantemente curativo da ESF, o não investimento na APS, a ausência de determinados profissionais e NASFs, a não valorização da ESF, o distanciamento entre a gestão e o trabalho das equipes (distanciamento entre planejamento e execução), a desvalorização e desmotivação dos profissionais, as condições de trabalho em relação aos recursos humanos, infraestrutura, insumos, recursos sociais, postura dos demais setores e existência de um aparato de gestão fragmentado, mostraram-se como fenômenos que vem impactando e limitando a construção da intersetorialidade na ESF no município. A superação desses desafios requer novos mecanismos de gestão em âmbito nacional capazes de, entre outros elementos, superar o descompasso entre a política de saúde e a formação dos recursos humanos, fortalecer a ESF e o SUS e a integração destes com as demais políticas superando a setorialização presente no aparato de governo, incentivar e valorizar os recursos humanos, aproximar a gestão e a prestação da assistência, permitir aos profissionais condições adequadas de trabalho e o uso de sua autonomia, favorecer a democratização e o controle social. Por fim, demanda uma gestão focada na saúde como direito e como política pública e que tenha como objetivo a construção de uma rede de proteção social integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor este estudo, “Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade” busquei problematizar e refletir sobre a importância da incorporação da intersetorialidade tanto na gestão da ESF como no cotidiano das práticas profissionais nas USF para alcançar conceitos como integralidade, promoção da saúde e resolutividade da assistência. Considerando a inter-relação entre o plano da gestão e o trabalho desenvolvido nas USF, objetivei analisar a intersetorialidade nestes dois âmbitos em Juiz de Fora/MG identificando como se materializa a intersetorialidade na Saúde da Família no município e quais os instrumentos de gestão utilizados para viabilizá-la.

A intersetorialidade constitui importante diretriz da ESF com vistas à construção de um novo modelo assistencial em saúde centrado no usuário e em suas necessidades de saúde. A determinação social do processo de adoecimento demanda articulação contínua da ESF com outras instituições e serviços tanto do setor saúde quanto de outros setores, com vistas a garantir uma assistência integral e resolutiva. A ESF tem como objetivos fortalecer a APS como coordenadora do cuidado na rede de saúde e, prestar assistência à população de sua área de abrangência tendo por base a associação entre as características do território e as necessidades em saúde da população. Com estes objetivos a intersetorialidade coloca-se como elemento central na construção do trabalho da ESF.

A construção desse trabalho engloba tanto o âmbito das práticas profissionais no cotidiano das USF quanto o campo da gestão e coordenação da ESF, já que são mutuamente relacionados. A materialização da intersetorialidade demanda que a mesma seja incorporada nestes dois campos e que a gestão, como um dos elementos que materializa as políticas e programas sociais, forneça as condições favoráveis à realização do trabalho pelos profissionais da base. Isto é, a intersetorialidade demanda uma integração que parta das esferas gestoras definindo mecanismos e instrumentos que viabilizem a articulação entre os serviços desde o planejamento até a avaliação das ações.

A partir das reflexões teóricas desse estudo e da pesquisa de campo realizada é possível destacar que a intersetorialidade na gestão da ESF em Juiz de Fora encontra-se como um processo ainda em construção, com enormes fragilidades. As articulações e atuações intersetoriais no âmbito da Subsecretaria de APS e no CMS são ainda muito iniciais e pontuais. No cotidiano das USF, apesar de avançarem um pouco mais, também encontram enormes desafios, desencadeados, sobretudo, pela precariedade das condições de trabalho e pela fragilidade do respaldo da SMS às

demandas intersetoriais das USF. Conclui-se que as dificuldades na materialização da intersetorialidade nas USF constitui reflexo da fragilidade desta no próprio âmbito da gestão, com consequências para a assistência prestada ao usuário. E, se na prática de trabalho das equipes de saúde da família, a intersetorialidade consegue avançar um pouco mais, isso se deve a potencialidade inventiva e criativa presente no trabalho em saúde, da qual os profissionais lançam mão. Há a necessidade de avançar na definição e utilização de instrumentos de gestão intersetoriais que garantam de maneira efetiva as articulações entre as Secretarias com envolvimento e respeito ao controle social, bem como o fornecimento de subsídios e condições de trabalho de um modo geral que permitam às equipes atuar na perspectiva da integralidade e da promoção da saúde.

A análise dos dados foi organizada a partir da identificação e problematização de como a intersetorialidade se materializa nas atividades de gestão da ESF, nas práticas desenvolvidas pelas equipes das USF e, as dificuldades encontradas na sua consolidação.

Conforme dito, a intersetorialidade nas atividades de gestão da ESF mostrou-se muito incipiente. No âmbito da Subsecretaria de APS há um reconhecimento sobre a importância e necessidade de avançar na consolidação dessa importante diretriz da ESF tanto na gestão quanto no cotidiano das práticas desenvolvidas nas UFS. A fragilidade identificada é expressa no desenvolvimento de articulações vinculadas especialmente à implantação de projetos do governo federal que normatizam a intersetorialidade ou articulações realizadas de modo pontual, na não utilização de instrumentos intersetoriais permanentes nas atividades de gestão, no desconhecimento pelos supervisores locais e conselheiros de articulações institucionalizadas no âmbito da gestão. A intersetorialidade na gestão da ESF ocorre pontualmente e sem a utilização de instrumentos para além do planejamento inicial das ações.

Outros elementos que emergiram na pesquisa de campo também contribuem para essa dificuldade, como a excessiva burocratização, verticalização e fragmentação do aparato de estado brasileiro, a rotatividade e descontinuidade da administração pública e o perfil dos gestores.

Ainda no campo da gestão, a fragilidade da intersetorialidade também pode ser percebida no âmbito do CMS. Assim como na SMS, as discussões e intervenções do Conselho no que diz respeito a intersetorialidade também são pontuais e fragmentadas, não havendo uma incorporação mais profunda da intersetorialidade na agenda do Conselho. Chama a atenção o fato de que na atualidade a articulação do CMS com outros conselhos e movimentos sociais praticamente não ocorre, reforçando a fragmentação das ações, inclusive no campo do controle social.

Nas atividades do Conselho, existe uma preocupação com a intersetorialidade vinculada

especialmente com a construção de novas Unidades de Saúde, assim como na SMS, como mostra inclusive a resolução 52/2003 do CMS.

Ainda que em pequena proporção, merece destaque o fato de que a população busca o CMS para respaldar suas demandas e intermediar o acesso a outros setores que poderão responder às suas necessidades. Assim, ainda que pontualmente o CMS acaba contribuindo para a construção da intersetorialidade. Inúmeras são as dificuldades encontradas pelo Conselho nesse processo, em especial no que se refere a capacitação dos conselheiros e a relação vertical com a SMS.

Um aspecto positivo no que se refere a gestão e que pode vir a contribuir para a construção da intersetorialidade é a educação permanente. Esta, aliás, foi destacada como um dos principais avanços da gestão, incluindo não só a realização de capacitações formais, como também a realização de mostras e cursos à distância. É importante que tais iniciativas incluam também os gestores centrais e que sejam planejadas junto com a base para que alcancem melhores resultados.

No âmbito local das USF a intersetorialidade também mostrou certa fragilidade, não contando com mecanismos e fluxos institucionais que favoreçam a sua construção. Há um reconhecimento e busca da intersetorialidade pelos profissionais que percebem a necessidade de uma articulação com outros setores no próprio decorrer do trabalho. São experiências singulares vinculadas ao território e aos sujeitos envolvidos em cada USF.

De um modo geral é possível apontar a inexistência de fluxos intersetoriais para o atendimento de demandas individuais dos usuários. As equipes lançam mão de diversas estratégias para alcançar minimamente uma articulação com instituições de outros setores, como contatos diretos, orientações aos próprios usuários e, busca ativa destes para garantir a continuidade das ações. Assim como dentro do próprio setor saúde, há uma grande dificuldade na contra referência. Para o desenvolvimento de projetos e grupos educativos que envolvem um grupo de usuários existe um fluxo institucionalizado considerado burocrático e pouco utilizado pelas equipes que acabam construindo fluxos extraoficiais.

Devido a fragilidade da SMS no sentido de subsidiar as práticas intersetoriais das equipes e a presença de elementos políticos como o clientelismo e o assistencialismo no cenário municipal, as USF acabam estabelecendo parcerias com o setor privado e terceiro setor para garantir o desenvolvimento de projetos e grupos educativos. Muitas vezes também as equipes recorrem aos conselhos, em especial, locais para respaldar suas ações e pressionar a gestão pública a dar respostas às demandas apresentadas em âmbito local.

Contudo, estas são ações ainda iniciais que não conseguiram se inserir na rotina dos

serviços. São parcerias pontuais e focadas no desenvolvimento de determinadas ações, na maior parte das vezes por iniciativa da própria equipe de saúde. O envolvimento da gestão no desenvolvimento dessas ações intersetoriais também se mostrou pontual, sugerindo um distanciamento entre a gestão e o processo de trabalho.

Por fim, a análise dos dados permitiu a visualização de elementos que se colocaram como entraves a efetivação da intersectorialidade. O primeiro deles refere-se a dificuldade de consolidação da própria ESF em relação ao perfil/formação profissional, ao não investimento/desvalorização da APS, a ainda grande demanda por atendimentos curativos nas USF, e a ausência de determinados profissionais e NASFs. O distanciamento entre a gestão e o processo de trabalho, identificado em especial através da relação vertical entre a SMS e as USF, resultando em desmotivação e desvalorização dos profissionais, também se colocou como um importante dificultador da intersectorialidade. Por fim, as condições de trabalho em relação a infraestrutura física precária, falta de insumos, rotatividade e escassez de recursos humanos, e existência de um aparato governamental setorializado também mostraram-se como fortes elementos que impactam a intersectorialidade.

Em síntese, a fragilidade da intersectorialidade na ESF parece vincular-se a ausência de um projeto intersectorial de gestão que englobe a gestão municipal como um todo. As normatizações legais no campo da saúde e da ESF, ao pautarem-se em conceitos como a promoção da saúde e determinação social do processo de adoecimento, colocam para os gestores, profissionais e usuários um grande desafio. Em um contexto de redução de gastos sociais, enxugamento das funções estatais e mercantilização de direitos sociais, torna-se cada vez mais difícil a consolidação de projetos como o previsto pela Reforma Sanitária para a saúde, em que conceitos como a intersectorialidade são fundamentais.

O fortalecimento da intersectorialidade na ESF perpassa pela incorporação dessa diretriz na agenda da gestão municipal (e também estadual e federal) para que não fique restrita a iniciativa de um setor ou programa, o que certamente não será suficiente para sua consolidação. A intersectorialidade diz respeito a um sistema de proteção social de direitos inter-relacionados compreendidos em sua totalidade, conforme discute Miotto e Schutz (2011) e, portanto, deve ser incorporada pelos diferentes setores.

A definição e utilização de instrumentos de gestão conforme sugere Zancan (2003) também são elementos facilitadores na construção da intersectorialidade. Planejar, monitorar, avaliar, construir diagnósticos conjuntos, estabelecer metas e prioridades comuns, criar espaços institucionais de pactuação e deliberação são instrumentos que podem permitir aos gestores uma

maior aproximação e integração entre os diferentes setores. Assim, torna-se possível também buscar superar a compartimentalização do aparato de estado brasileiro.

O envolvimento e respeito ao controle social por parte dos gestores também é essencial na construção de uma gestão democrática e participativa que tem como objetivos o fortalecimento da cidadania e o envolvimento da sociedade na vida política do país. A participação popular é uma das diretrizes do SUS e da ESF e, portanto deve ser valorizada pela gestão. O controle social ao atuar também na perspectiva da promoção da saúde pode contribuir para a consolidação da intersectorialidade, buscando uma articulação entre as diferentes secretarias, conselhos e movimentos sociais.

Assim, uma estratégia interessante para a consolidação da intersectorialidade no município seria recuperar a iniciativa do fórum dos conselhos com envolvimento inclusive de movimentos sociais e organizações autônomas da sociedade. Este espaço poderia constituir um ponto de encontro entre diferentes setores, facilitando o diálogo e a construção conjunta de ações.

Outro ponto que merece destaque é a necessidade de garantir às equipes as condições de trabalho adequadas, investir e valorizar a APS, preparar e fortalecer os recursos humanos e construir uma gestão compartilhada em que usuários, profissionais e gestores são protagonistas do sistema de saúde. Aproximar a gestão da ESF e as USF pode permitir a construção de uma gestão voltada para o cotidiano da assistência e, portanto, mais resolutiva e integral.

Conclui-se assim que a intersectorialidade na gestão da ESF em Juiz de Fora/MG encontra enormes desafios. A superação desse quadro requer o comprometimento de uma gestão democrática imbuída pelos ideais da Reforma Sanitária.

Este estudo, como qualquer outro, não apresenta conclusões finais e fechadas. Algumas questões permanecem em aberto, como por exemplo, é possível construir um sistema de proteção social integrado em um contexto socioeconômico e cultural tão adverso? A utilização de instrumentos de gestão intersectoriais pode ser suficiente para garantir a intersectorialidade? Que mecanismos o controle social pode utilizar para fomentar a construção desse sistema? Se a gestão conforma o processo de trabalho, de que forma este também pode influenciar a gestão? Tais questões demandam novas reflexões, problematizações e estudos que permitam um maior aprofundamento e compreensão dos diferentes vetores que as atravessam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. **Avaliação de programas e serviços sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

ALEIXO, José Lucas Magalhães. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**. Belo Horizonte, n 1, ano 1, jan/ jun, 2002. p.19-25.

ALVES, Adriana. **Assistência Social: história, análise crítica e avaliação**. Curitiba: Juruá, 2008.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Vagner de Souza, et al (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 783 – 836.

_____. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, Gilberto et al (Org). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: d. Fiocruz, 2007. p. 173-206.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª edição. São Paulo: Cortez, 2008. p. 31-74.

BODERNAVE, Juan E. Díaz. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 1992.

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília Senado, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 19 de setembro de 1990.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 28 de Dezembro de 1990.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Portaria nº 399/GM, de 22 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Núcleos de Apoio a Saúde da Família**. Portaria nº 154 de 24 de jan. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: diretrizes NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. **Coleção**: Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011b.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Juiz de Fora**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 07 mar. 2012.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Números da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php> Acesso em 20 de fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://saladeinformacao.saude.gov.br/cartogramas/sage/abremapa.php?id=1> Acesso em: 07 de mar. 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete, et al (Orgs). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88-110.

_____; CORREIA, Maria Valeria Costa. Desafios do controle social na atualidade. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 109, jan./mar. 2012. p. 126-150.

_____. Gestão Democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008. p.43-66.

_____; MATOS, Maurilio Castro de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008. p. 197-216.

BRESSER PEREIRA. A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. In: **Revista Lua Nova**, n 45. São Paulo: 1998.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 15-37.

CASTRO, Marina Monteiro Castro e. **Trabalho em saúde**: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/MG. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

CECÍLIO, Luiz Carlos. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 1997. p. 469-478.

CKAGNAZAROFF, Ivan Beck; MELO, Joyce de Souza Cunha. **Implementação de programa intersectorial de políticas públicas: o caso BH cidadania**. Disponível em: <http://www.anpae.org.br/iberolusobrasileiro2010/cdrom/57.pdf> Acesso em: 29 de maio de 2012.

CONILL, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cad. Saúde Pública** vol.18 supl. Rio de Janeiro, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação dos assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010.

CORBO, Anamaria D´Andrea; et al. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, Marcia Valeria; CORBO, Anamaria D´Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.p. 69-106.

CORREIA, Maria Valeria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete; et al (Orgs). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 111-140.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (orgs.). **Caminhos do Pensamento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195 – 223.

_____. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza, et al (Orgs). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p.31-60.

FARAH, Beatriz Francisco. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para as equipes de saúde da família – a experiência do município de Juiz de Fora**. Universidade do estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Programa de Doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2006. p.104 - 122.

FIGUEIREDO, Paula Pereira de. **Processo de Trabalho da gestão da Estratégia de Saúde da Família: um estudo da concepção de gestão e da sua articulação com as equipes de saúde e a comunidade**. Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Mestrado em Enfermagem. Rio Grande, 2008.

FÓRUM DA RERORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. In: **Revista Radis**, n.49, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/49/reportagens/o-sus-pra-valer-universal-humanizado-e-de-qualidade>>. Acesso em: 21/04/2012 às 12:51h.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY,

Emerson Elias et al (org). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003. p.55-124.

_____. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org), **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – LAPPIS, 2006.

_____; et al. Os Conselhos de Saúde como sujeitos no processo de construção do SUS. In: FRANCO, Túlio Batista et al (Org). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro. **O trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da família em Juiz de Fora**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2005.

FROTA, Amanda Cavalcante. **O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: o caso Fortaleza**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Programa de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro, 2008.

GIL, Celia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. In: **Caderno de Saúde Pública**. n. 21. Rio de Janeiro, 2005. p.490-498.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia, et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p 575-625.

HARTS, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, Andre-Pierre. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. In: **Cad. Saúde Pública**, 20, sup 2, Rio de Janeiro, 2004. p. 331-336.

HEIMANN, Luiza Steman; MENDONÇA, Maria Helena. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, Nísia Trindade et al. **Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS**. São Paulo: Cortez, 2005. p. 481 – 502.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**. N. 22. 2001. p.101-110.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. In: **Saúde e Sociedade**. N6. 1997. p.31-46.

_____. A gestão social de políticas sociais e o terceiro setor. In: **Saúde e Sociedade**. V.13, n.1, jan-abr, 2004. p 25-36.

KOSIK, Karel. A totalidade concreta. In: **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. p. 9-54.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações

intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. V 6, n 2, 2001. p.269-291.

LIMA, Julio Cesar França. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 57-96.

LUZ, Madel Terezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. N.5, 2000. p.293-312.

MAGALHÃES Rosana; BODSTEIN, Regina. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, n 14, 2009. p. 861-868.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. N.8. 2003. p.403-415.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro Primeiro, vol. 1, 18ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. (Capítulos I, V, VI, VII, X, XXIII).

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In: _____. **Uma agenda para a saúde**, 2ª edição, São Paulo: Hucitec, 2006. p. 57 - 98.

MENDES, Jussara Maria Rosa, et al. Gestão na Saúde: da Reforma Sanitária às ameaças de desmonte do SUS. In: **Revista Texto e Contexto**. V.10, n.2. Porto Alegre, 2011. p.331-344.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. e ONOCKO, R. (org) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo:Hucitec, 1997. p. 71 - 113.

_____. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Editora HUCITEC, 2002. p.115 - 135.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

_____. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; SCHUTZ, Fernanda. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. In: **O direito a saúde e a proteção social em faixas de fronteiras: um balanço do debate acadêmico no sul da América do Sul**. 2011, Pelotas/RS. Disponível em: <http://antares.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>. Acesso em: 15 de mai. 2012

_____; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, avaliação e planejamento das ações dos assistentes sociais na saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 272-303.

MISHIMA, Silvana Martins. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde** – o caso do Programa Saúde da Família. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Tese de Livre Docência. Ribeirão Preto, 2003.

MONNERAT, Giselle Lavinas; et al. Entre a formulação e a implementação: uma análise do Programa Saúde da Família. In: BRAVO, Maria Inês Souza, et al (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p. 97-116.

_____; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. In: **Revista katálysis**. Vol.14, no.1, jan-jun, 2011.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e Questão Social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002. p.181-243.

MOROSINI, Marcia Valeria C. G.; et al. O ACS no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Orgs). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p.189-208.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. In: **Serviço Social e Sociedade**. No. 101, jan./mar, 2010.

NETTO, José Paulo. **Crise contemporânea global e barbárie**. In: Liberalismo e Socialismo: velhos e novos paradigmas. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1995. p. 183-199.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para a Sociedade Civil**. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantin; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. In: **Saúde e Sociedade**. v. 13, nº 3, set-dez, 2004. p. 44 – 57.

NORONHA, José Carvalho de; et al. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia, et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de; et al. A formação dos Trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal. O Projeto das Residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: MOTA, Ana Elizabete et al (orgs). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 352 - 380.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos assistências**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. 2001. Disponível em:

http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_an_exosi.htm/modelos_assistenciais.pdf Acesso em: 29 de maio de 2012.

_____; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Configuração institucional e gestão do SUS: problemas e desafios. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. N.12, 2007. p.1819-1829.

PAIVA, Beatriz. Reflexões sobre a pesquisa e processos de formulação e gestão. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: UNB- CEAD/CFESS, módulo III, 2000.

PAPOULA, Suzana Rezende. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006.

PAULA, Ana Paula Paes. **Por uma nova gestão pública**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PIERANTONI, Celia Regina; et al. **Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática**. (s/d). Disponível em: http://www.bra.ops-oms.org/rh/publicacoes/textos/gestao_p.pdf Acesso em: 29 de maio de 2012.

PINTO, Marina Barbosa. A reestruturação do estado brasileiro e as inflexões na luta dos trabalhadores. In: **Revista Libertas**. Juiz de Fora, v. 9, nº2, jul/dez 2009. p. 49-63.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. **Organograma da Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/saude/organograma.php> Acesso em: 07 de mar. 2012.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. **Mostra de Atenção Primária a Saúde**. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/saude/mostraaps.php> Acesso em 23 de fev. 2013.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, Ana Elizabete (Org). **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p.. 73-87.

SALDANHA, Regina Célia Machado. **Avaliação do PSF em Juiz de Fora**. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5325.pdf>. Acesso em: 16 de mai. 2012

_____. Uso da rede de serviços de Juiz de Fora: a opinião dos usuários. In: **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v.4, nº 13, Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, Maria Ruth dos. **Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde da região de Juiz de Fora - MG**. Universidade do estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Doutorado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2006.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 4, n 2. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. p. 221-241.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Marcia Valeria G. C; CORBO, Anamaria D'Andreia. (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p.27-42.

_____; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2004. p.241 - 257.

SILVA, Rafael Vieira Braga da; et al. Do Elo ao Laço: O agente comunitário de saúde na construção da integralidade em saúde. In: MATTOS, Ruben Araújo; PINHEIRO, Roseni (orgs). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2005. p. 75 - 90.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Execução e avaliação de políticas e programas sociais. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: UNB- CEAD/CFESS, módulo III, 2000.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América latina**. In: Coleção questões da nossa época. N 78, São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Saúde para todos em 2005**. Disponível em: http://www/lpp-uerj.net/outrobrasil/docs/1752005155616_laura_janeiro_2005.pdf - acesso em 02/05/2008 às 15:37h.

SOUZA FILHO, Rodrigo. Apontamentos sobre o materialismo dialético. In: **Libertas**. Juiz de Fora, v. 2, n. 2, jul/dez, 2002.

_____. **Gestão Pública e Democracia: a burocracia em questão**. Rio de Janeiro: Lumem-Juris, 2011.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. As novas configurações do trabalho em saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. In: **Revista Textos & Contextos**. V. 9, n. 2. Porto Alegre, 2010. p. 334 – 344.

SOUZA, Renilson Rehem. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. N 6, 2001. p. 451-455.

TEIXEIRA, Mary Jane Oliveira; NUNES, Sheila Torres. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? In: BRAVO, Maria Inês Souza, et al (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p.117-134.

TREVISAN, Leonardo Nelmi; JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Construindo o pacto de gestão do SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2007.

VAITSMAN, Jeni. Monitoramento e avaliação de programas sociais: principais desafios. In: **MDS**

– **concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil.** Brasília: Unesco, 2009.

ZANCAN, Lenira. **Cidades Saudáveis:** a intersectorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. 2003. Disponível em:

http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/com_saudavel_rede_municipios/ana1/ana_vol1_cap2.pdf. Acesso em: 17 de mai. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para Supervisores Locais

Data:

Local:

Tempo de duração da entrevista:

Número da entrevista:

1) Identificação do profissional

Idade

Sexo

Formação profissional

Titulação

Formação específica para o atual posto de trabalho

Tempo de atuação na ESF e na USF

Tempo de atuação na supervisão local da USF

2) A equipe atua numa perspectiva intersetorial?

() sempre () às vezes () nunca

Se nunca, justifique a resposta identificando:

- a) Porque não ocorre?
- b) Como a equipe se posiciona?
- c) Os impactos no processo de trabalho da equipe?
- d) Os impactos para o usuário?
- e) Sugestões para superar este quadro

Se sempre ou às vezes, justifique a resposta identificando:

- a) Como são identificadas as demandas/ necessidades que implicam em uma atuação intersetorial? Quais as ações/mecanismos utilizados pela equipe para garantir o fluxo dos usuários nos diferentes setores/órgãos?
- b) Quem, normalmente, toma a iniciativa para o desenvolvimento destas ações? (profissional da equipe, comunidade, coordenação/supervisão, SMS, outros)
- c) Quais setores/órgãos normalmente são acionados? Como ocorre a articulação com esses setores? (Há troca de saberes, experiências para o desenvolvimento de ações intersetoriais?)
- d) Como ocorre o acompanhamento dos encaminhamentos/ ações intersetoriais? (Como o usuário é referenciado ao outro serviço e como retorna para a USF? As ações intersetoriais/ encaminhamentos de usuários são avaliadas e monitoradas? Como?).

e) Como ocorre o planejamento da equipe? (Existe um planejamento integrado das ações? O planejamento tem como base o território/ população atendida? Que instrumentos são utilizados?)

f) Existem espaços de pactuação e discussão intersetorial? Quem participa? Como ocorrem? (São definidas metas, ações e objetivos comuns entre diferentes setores? Os resultados obtidos são integrados?)

g) Quais as principais facilidades e dificuldades enfrentadas pela equipe para o desenvolvimento de ações intersetoriais? No caso das dificuldades, como superá-las?

h) Quais os impactos da intersetorialidade no processo de trabalho da equipe?

i) Quais os impactos das ações intersetoriais na qualidade de vida das pessoas/comunidade?

4) Como é a relação da USF com a SMS?

a) Há espaços de discussão entre as USF e a SMS/ coordenação ESF? Como são definidas as ações, prioridades, metas?

b) A equipe busca apoio da SMS quando necessita de acionar outros setores/órgãos? Como a SMS se posiciona? Ela tem contribuído para o desenvolvimento de ações intersetoriais? Como? E a equipe, como se posiciona frente a “resposta” da SMS?

c) Há incentivo e valorização do trabalhador? As condições de trabalho permitem o desenvolvimento de ações intersetoriais? A equipe participa de ações de educação permanente? A SMS incentiva? Como?

d) Quais as facilidades e dificuldades da relação das USF com a SMS?

5) Como é a relação da USF com o CMS (ou CRS/CLS)?

a) A equipe encaminha para os conselhos os “problemas” que necessitam de uma atuação intersetorial? Como o(s) Conselho(s) se posiciona? E os conselhos encaminham para a equipe os “problemas” que necessitam de uma atuação intersetorial? Como a equipe se posiciona?)

b) Os conselhos acompanham/ participam dos encaminhamentos que são dados a estes “problemas”? Como?

c) Quais facilidade e dificuldades você identifica na relação da USF com os Conselhos (CMS, CRS, CLS)?

6) Na sua opinião como seu trabalho (de supervisor local) pode contribuir para intensificar a atuação intersetorial?

7) Como você avalia a intersetorialidade na ESF em Juiz de Fora/MG?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para coordenador da ESF e gestor SMS

Data:

Local:

Tempo de duração da entrevista:

Número da entrevista:

1) Identificação do profissional

Idade

Sexo

Formação profissional

Titulação

Formação específica para o atual posto de trabalho

Tempo de atuação na coordenação da ESF/ gestão SMS

2) Como ocorrem as ações intersetoriais desenvolvidas pela ESF no município? Existe um fluxo estabelecido para a intersetorialidade?

3) Que instrumentos a coordenação / gestão da ESF utiliza para viabilizar a intersetorialidade na ESF?

4) Como é a relação destas instâncias com as USF? (Como ocorre o planejamento das ações? Como são definidas as metas e prioridades? O planejamento tem como base o território/ população atendida? O planejamento se volta para o cotidiano do trabalho da ESF?)

5) Como é a articulação da coordenação /gestão da ESF com os demais setores? Existe um planejamento integrado de ações? Se sim, como ocorre? Que instrumentos são utilizados?

6) Existem espaços institucionalizados de pactuação e discussão de ações, prioridades, etc? Se sim, quem participa desses espaços? Como ocorrem? (Como são definidas as ações, metas e prioridades? Há definição de uma agenda comum de ações?)

8) Como ocorre o planejamento, monitoramento e avaliação das ações intersetoriais desenvolvidas?

9) Existe uma política de educação permanente para a ESF e para os gestores? Se sim, como ocorre?

10) Quais as principais facilidades e dificuldades enfrentadas pela coordenação/gestão da ESF no que se refere a intersetorialidade?

11) No caso das dificuldades, o que a coordenação/gestão da ESF considera ser necessário para superar estas dificuldades? Qual o impacto destas dificuldades para a consolidação da ESF e para a assistência prestada ao usuário?

12) Como é a articulação da coordenação/gestão da ESF com o CMS? Como o controle social participa da construção da intersetorialidade?

13) Como você avalia a intersetorialidade na ESF em Juiz de Fora/MG?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para Conselheiros Municipais de Saúde

Data:

Local:

Tempo de duração da entrevista:

Número da entrevista:

1) Identificação

Idade/ Sexo/ Segmento/ Tempo de atuação no CMS

2) Existe articulação da ESF com outros setores (tanto por parte da própria equipe, quanto da gestão)? Se sim, como ocorre? (Existe um fluxo estabelecido para a intersetorialidade? Quando o usuário necessita ser encaminhado a outro setor como isso ocorre? Quando a USF necessita de outro setor, como ocorre?)

3) Existe um planejamento integrado de ações entre diferentes setores/ Secretarias? Se sim, como ocorre? E do CMS com outros conselhos/ movimentos sociais? (Como ocorre o planejamento e a identificação de ações intersetoriais? O planejamento tem como foco o território/população atendida?)

4) Existem espaços institucionais de discussão e pactuação de ações entre diferentes setores? Se sim, quem participa? Como ocorrem?

5) Como é a relação do CMS com a coordenação/gestão da ESF? E com a SMS? Quais as facilidades e dificuldades dessa relação? (De que modo o CMS vem contribuindo para a construção da intersetorialidade na ESF?)

6) Como é a articulação do CMS com as USF? De que modo o CMS interfere nas dificuldades enfrentadas pelas USF, inclusive no que se refere a intersetorialidade? (As demandas das USF chegam até o CMS? Como? Como é o fluxo CMS-CRS-CLS?)

7) Os “problemas” que necessitam de um atuação intersetorial são encaminhados ao CMS? Ou ao CRS/ CLS? Quem encaminha? Como? E o CMS/CRS/CLS como encaminha os “problemas” que necessitam de uma atuação intersetorial? (Como é a articulação com a SMS nestes casos? O CMS acompanha os encaminhamentos dados?)

8) A intersetorialidade aparece na pauta das reuniões/ discussões do CMS? De que modo? Com que frequência?

9) Existe uma política de educação permanente por parte da SMS para as equipes de saúde da família e gestores? E para os conselheiros, existe incentivo e apoio a processos de capacitação?

10) Quais as principais facilidades e dificuldades que você observa no que se refere a intersetorialidade na ESF no município?

11) No caso das dificuldades, o que você considera ser necessário para superar estas dificuldades? Qual o impacto destas dificuldades para a consolidação da ESF e para a assistência prestada ao

usuário?

12) Como você avalia a intersetorialidade na ESF em Juiz de Fora/MG?

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL/ FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL/UFJF

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: SABRINA ALVES RIBEIRO BARRA

ENDEREÇO: FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL, CAMPUS UNIVERSITÁRIO

CEP: 36036.900– JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 2102 3569

E-MAIL: SASSABARRA@YAHOO.COM.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade”. Neste estudo pretendemos analisar a gestão da Estratégia Saúde da Família no município de Juiz de Fora/MG, em especial a intersetorialidade.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a importância de se analisar de que modo a gestão contribui ou não para viabilizar a intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família (ESF), entendendo esta como uma importante diretriz da política de saúde. Com este estudo pretendemos contribuir com o debate acerca deste tema e, para a reflexão e busca constante de aprimoramento dos profissionais e gestores envolvidos na ESF no município de Juiz de Fora/MG, que constitui-se no cenário deste estudo.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: realização por meio de gravação de entrevista semi-estruturada com base em um roteiro que deverá conter questões como a concepção de intersetorialidade, os instrumentos de gestão utilizados para garanti-la, o papel do controle social na garantia da intersetorialidade e, as facilidades e dificuldades da intersetorialidade; transcrição literal das entrevistas; análise dos dados considerando-se todas as mediações e correlações existentes referentes ao objeto de estudo, considerando também a realidade socioeconômica, cultural e dinâmica em que este se insere e, o referencial teórico que embasará o estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O

(A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Serviço Social/ UFJF e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersectorialidade”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2012.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900

FONE:32 3220 3788

ANEXOS

ANEXO A – Resolução 52/2003 CMS



Juiz de Fora

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
LEI MUNICIPAL Nº 8076 DE 11/05/92
JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS



Resolução 52/2003 ✓

“Dispõe sobre a obrigatoriedade da DSSDA – notificar o Conselho Municipal de Saúde sobre consulta pela PJF referente expansão de moradias /loteamento.”

O Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora – MG, no uso de sua atribuições, prevista no Artigo 1º da Lei Municipal nº 8076 de 11/05/1992 e suas alterações e do Regimento Interno no seu Artigo 30.

RESOLVE:

Art. 1º - A Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, deverá obrigatoriamente notificar e solicitar aprovação do Conselho Municipal de Saúde, quando consultada sobre expansão de moradia e loteamento no município de Juiz de Fora.

Art. 2º - A DSSDA, deverá encaminhar parecer técnico ao Conselho Municipal de Saúde, para subsidiar as discussões. Visando prevenir impactos e deficiência na Rede Assistencial do SUS.

Art. 3º - Todo empreendimento imobiliário deverá prever, contrapartida do empreendedor para o SUS, na área de abrangência da Rede Assistencial.

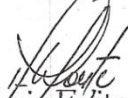
Art. 4º - Revogam-se as disposições em contrário.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação.

Publique-se.

Cumpra-se.

Juiz de Fora, 24 de setembro de 2003


André Luiz Felipe do Monte
Presidente do CMS

CD/JR

Rua Batista de Oliveira, 239; 4º andar/402- Centro - Juiz de Fora – MG.CEP 36013-300
Secretaria Executiva do CMS: 3690-7388TEL/FAX:3690-7748 – Ouvidoria: 3690-7453

ANEXO B – Parecer Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão da Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade

Pesquisador: Sabrina Alves Ribeiro Barra

Área

Temática:

Versão: 1

CAAE: 05345012.1.0000.5147

Instituição Proponente: Programa de Mestrado em Serviço Social UFJF

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 131.328

Data da Relatoria: 18/10/2012

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto esta clara e detalha o estudo de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentam clareza e compatibilidade com proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e desconfortos possíveis e benefícios esperados estão adequadamente descritos e cuidados e assistência aos sujeitos será prestada pelo pesquisador, caso necessário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo esta bem delineado e fundamentado e se apresenta em consonância com os princípios éticos estabelecidos na Res. 196/96 CNS

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e desconfortos esperados, ressarcimento de despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, informa ao sujeito da pesquisa forma de fazer contatos com o pesquisador e com o CEP/UFJF, em caso de dúvidas sob o ponto de vista ético e esta de acordo com os preceitos da Res. 196/96 CNS.

Recomendações:

Diante do exposto e de acordo com as atribuições definidas na Res. 196/96 CNS, manifesto pela

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado opina pela Aprovação do referido projeto por estar em Consonância com as normas éticas.

JUIZ DE FORA, 25 de Outubro de 2012

**Assinador por: Paulo
Cortes Gago
(Coordenador)**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br