



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Pereira de Figueiredo, Paula; Cezar-Vaz, Marta Regina; de Souza Soares, Jorgana
Fernanda; Sena, Janaina; Silveira Cardoso, Letícia

Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que
permeia o agir em saúde

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 235-259
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838226013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Processo de trabalho da Estratégia

Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde

| ¹ Paula Pereira de Figueiredo, ² Marta Regina Cezar-Vaz, ³ Jorgana

Fernanda de Souza Soares, ⁴ Janaina Sena, ⁵ Letícia Silveira Cardoso |

Resumo: Este estudo, de caráter explicativo e transversal, e natureza predominantemente qualitativa, tem o objetivo de analisar o processo de trabalho dos gestores municipais da Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de apreender a concepção de gestão que permeia seu agir em saúde. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada gravada, junto aos gestores da ESF pertencentes a 12 municípios da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ªCRS/RS), totalizando 15 sujeitos. A análise temática congregou uma abordagem dialética, seguindo os passos de pré-análise, exploração e tratamento do material e interpretação dos resultados. Os resultados foram organizados em três subtemas elucidativos das ações desenvolvidas pelos gestores investigados: 1) Ações de organização/funcionamento da Saúde da Família; 2) Ações de formação/educação permanente ou continuada; 3) Ações de monitoramento e avaliação. Apreendem-se do processo de trabalho duas concepções de gestão, sendo a primeira relacionada à gestão clássica/tradicional e a segunda relativa aos preceitos da cogestão. À guisa de conclusão, depreende-se que o processo de trabalho dos gestores da ESF na 3ªCRS/RS apresenta fortalezas e fragilidades, relacionadas à concepção de gestão que estrutura seu trabalho. Assim, sugere-se a revisão de algumas práticas, de modo que a cogestão seja a concepção preferencial utilizada para a administração da Saúde da Família.

¹ Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG); integrante do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA); professora assistente da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Endereço eletrônico: paulapfigueiredo@yahoo.com.br

² Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina; professora associada da Escola de Enfermagem da FURG e líder do LAMSA. Orientadora da dissertação de mestrado.

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

⁴ Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Educação Ambiental da FURG. Professora Assistente I da Escola de Enfermagem da FURG. Integrante do LAMSA.

⁵ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da FURG. Integrante do LAMSA.

► **Palavras-chave:** Programa Saúde da Família. Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde.

Recebido em: 19/03/2009.
Aprovado em: 29/11/2009.

Introdução

Tendo em vista a mudança no modelo tecnoassistencial em desenvolvimento no Brasil, no qual a atenção básica tem recebido destaque, o objeto de investigação desse estudo é o processo de trabalho dos gestores da Saúde da Família (SF); Estratégia que foi constituída no ano de 1994 para a reorientação da atenção básica e ordenação das redes assistenciais no Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2006a).

Do mês de julho do ano de 1998 até junho de 2008, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentou um crescimento considerável em território nacional, passando de 2.054 equipes implantadas a 28.452, o que corresponde a uma cobertura populacional inicial e atual de 4,4% e 48,24%, respectivamente (BRASIL, 2008a). No Estado do Rio Grande do Sul, também se identifica a expansão da Estratégia, que iniciou com 60 equipes implantadas e atualmente conta com 1.124, perfazendo uma cobertura populacional de 32,11% até junho de 2008 (BRASIL, 2008b). Mais especificamente na Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), objeto desse estudo, em dezembro de 2006 a cobertura da ESF era de 32%, havendo 79 equipes de SF em atividade, divididas entre 13 dos 22 municípios que compõem essa regional de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

Para fins deste estudo, parte-se do conceito de gestão descrito na Norma Operacional Básica do SUS 01/1996 (NOB 01/96):

a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996, p. 3).

Entretanto, é preciso ampliar a noção de que gestão é a “atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde” e compreender que se está frente a um cenário bastante complexo. “Gestão não é apenas organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem”; sendo “vetores-dobras” os interesses, desejos, necessidades, saberes e poderes que podem influenciar o trabalho de gestão, além das próprias políticas públicas (BARROS; BARROS, 2007, p. 62).

Diante disso, existem algumas características que podem apontar para diferentes concepções de gestão, as quais se aproximam de um caráter mais

tradicional ou participativo. No primeiro caso, a gestão denominada nesse estudo como clássica, contempla aspectos como a divisão do trabalho, com separação entre as funções de preparação e execução; especialização da força de trabalho; unificação de ferramentas, utensílios e rotinas de trabalho; controle da execução do trabalho; verticalização do sistema de produção; a autoridade; a responsabilidade; a disciplina; a unidade de mando; a estabilidade de pessoal; subordinação do interesse particular ao interesse geral; e hierarquia, os quais estão presentes na teoria geral da administração, especialmente vinculados às obras de Taylor (1970) e Fayol (1990).

Por outro lado, a gestão aqui denominada de participativa ou de co-gestão, agrega características como a autonomia; o protagonismo; a corresponsabilização de usuários, trabalhadores e gestores; a criação de vínculos solidários; e a participação coletiva na gestão e nos processos decisórios, além da “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2007, p. 3). Não obstante, soma-se a essa concepção de gestão a prevenção ao excesso de corporativismo; o entendimento do funcionamento da organização e a sua relação com as necessidades da comunidade; o ajustamento das decisões e ações a um contexto particular; o compartilhamento de poder com a equipe; o fortalecimento da equipe, com a consequente redução do peso da hierarquia e dos procedimentos burocráticos, tornando a organização mais flexível; fomento à inovação e resolução de problemas no âmbito da própria organização; intenso sistema de comunicação; relações pessoais mais valorizadas, com a aproximação entre as chefias e os seus colaboradores localizados na base do processo produtivo; maior diálogo, troca de informações democratização das decisões, de forma a aproximá-las dos reais problemas encontrados e favorecer a agilidade do processo de trabalho (BRASIL, 2006b; SPAGNOL, 2002; COSTA; SALAZAR, 2008).

Nesse contexto propõe-se o presente estudo, o qual busca analisar o processo de trabalho dos gestores municipais da ESF na 3ªCRS/RS, numa relação socioambiental e histórica, a partir da qual se possa apreender a concepção de gestão que permeia o seu agir em saúde. Para tanto, apresentam-se os seguintes questionamentos: Qual é o trabalho desenvolvido pelo gestor da ESF? As ações por ele executadas orientam-se por meio de uma gestão mais clássica, em que predominam o controle e a inflexibilização dos processos decisórios ou; ao

contrário, abarcam os preceitos de corresponsabilização e articulação com os demais atores envolvidos na produção de saúde?

Pressupõe-se que a análise do processo de trabalho no contexto pesquisado revele uma prática apoiada nas diretrizes e princípios do SUS, bem como nas características socioambientais e históricas do município a que os gestores pertencem. Pressupõe-se, também, que a sua concepção de gestão seja influenciada pela forma com que se comunicam com as equipes de saúde e a comunidade, no sentido de estabelecer o protagonismo dos sujeitos e estimular sua autonomia para o exercício de um processo participativo e de corresponsabilidade pela saúde individual e coletiva.

Processo metodológico da pesquisa

Esta pesquisa é parte integrante do macroprojeto intitulado “Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família”, desenvolvido pelo Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA) da Universidade Federal do Rio Grande. O mesmo foi submetido à apreciação da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), sob o Edital – MS/CNPQ/FAPERGS nº 008/2004, obtendo aprovação.

A Zona Sul do estado do Rio Grande do Sul, local da pesquisa, integra 22 municípios, que compõem a 3ª CRS/RS. O território em que se encontra a 3ª CRS/RS contabiliza mais de 700.000 habitantes, residentes em aproximadamente 31.000 km² de terra, o que representa cerca de 7% da população total do Estado do Rio Grande do Sul ocupando 11% da sua superfície territorial. No período em que foi realizada a pesquisa, dos municípios que integram essa regional de saúde, apenas o município-sede apresentava-se em condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, enquanto os demais se encontravam em Gestão Plena da Atenção Básica.

Os sujeitos estudados são os gestores municipais da ESF os quais estivessem incluídos nos seguintes critérios contextuais: municípios na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde ou Plena da Atenção Básica e que possuísem adesão à ESF no período da coleta de dados; e disponibilidade e consentimento dos sujeitos para a realização das etapas de investigação. Perante o cumprimento

desses critérios, participaram do estudo 12 de 13 equipes gestoras locais, o que totalizou 15 sujeitos.

A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2006, através de entrevista semiestruturada gravada, que foi posteriormente transcrita. Utilizou-se um roteiro, que contemplava a questão: “Expõe as atividades que tu desenvolves nesta coordenadoria”, conduzida pelos seguintes eixos: “O que fazes?”; “Como fazes?”; “Onde fazes (em que é aplicado o trabalho)?”; “Com quem fazes?”; “Para que fazes”. A entrevista ainda foi precedida por um questionário de identificação dos sujeitos, o qual indagava sexo, idade, formação profissional e trabalho na gestão.

Os dados coletados foram analisados segundo uma dinâmica dialética, corroborando com Minayo (2004, p.230), quando afirma que o uso da dialética em pesquisa promove a incorporação de “aspectos extradiscursivos que constituem o espaço sócio-político-econômico e cultural onde o discurso circula”, levando a uma interpretação aproximada da realidade. Sob essa perspectiva, além dos elementos contextuais informados no questionário que antecedeu à entrevista, foram consideradas: a própria construção do sistema de saúde e, conseqüentemente, da gestão, num âmbito geral e mais especificamente, em relação à ESF; o modelo tecnológico de saúde e uma forma particular de gestão em saúde.

O estudo apresenta caráter explicativo e transversal, tendo em vista a análise do objeto de investigação em um determinado tempo histórico socioambiental. A análise qualitativa dos dados, predominante, obedece às seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (MINAYO, 2004).

Faz-se necessária a incorporação de uma fase quantitativa no estudo, a fim de caracterizar os sujeitos e os municípios. Para tanto, realiza-se uma análise descritiva e de frequência, através do software STATISTICA: Basic Statistics and Tables, Versão 6.0, Edição 98.

Constituíram fio condutor da investigação as categorias estruturantes do processo de trabalho (MARX, 1985), sobretudo o instrumental e/ou a finalidade, na relação com os princípios norteadores da ESF na estrutura do SUS. Este primeiro nível de interpretação dos dados também contempla a determinação da conjuntura sócio-econômico-política e histórica da qual o grupo social estudado faz parte.

Num segundo momento, o material foi organizado de modo a contemplar as normas de *exaustividade*, *representatividade*, *homogeneidade* e *pertinência* (MINAYO 2004, p. 209). Nessa fase, determinaram-se no texto as palavras-chaves que representaram a realidade estudada, procedendo à delimitação do seu contexto de compreensão, bem como a forma de categorização; além da modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientam a análise.

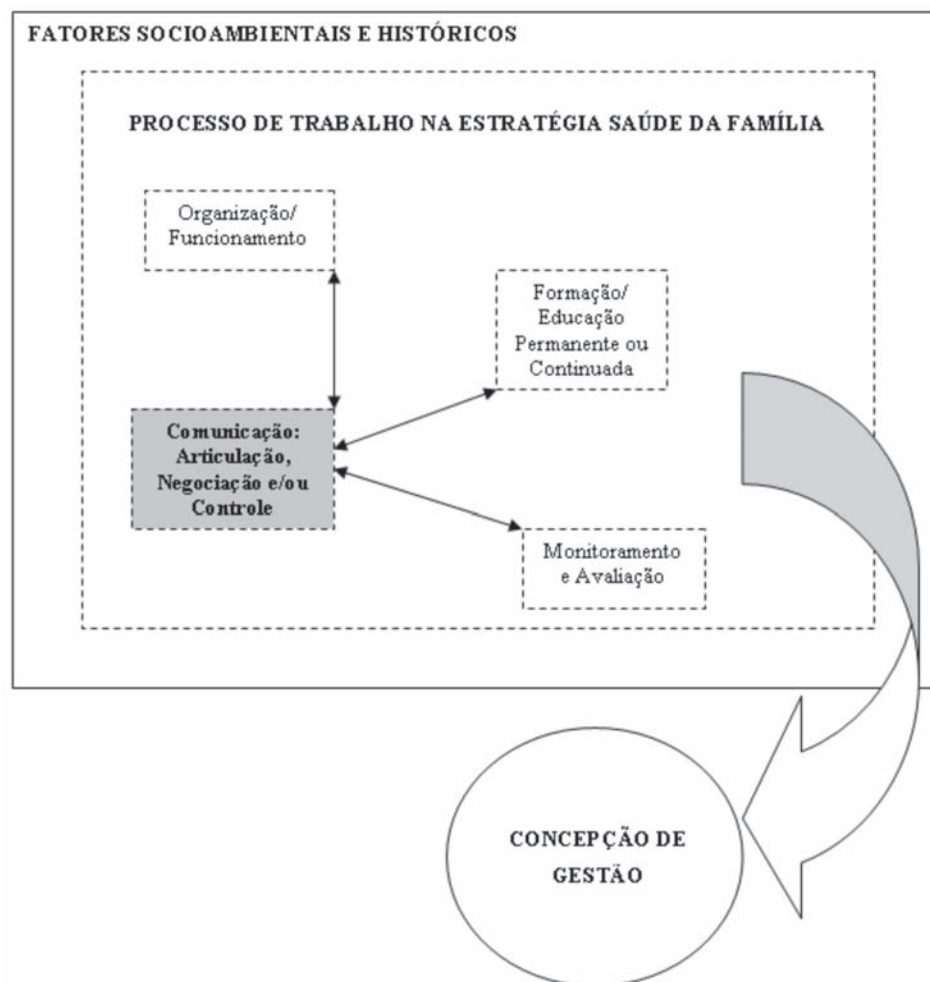
Prosseguiu-se a análise com a exploração do material, fase em que os dados brutos foram transformados, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, buscando-se a quantificação das palavras-chave, numa relação de frequência, a partir da qual se avançou à classificação e à agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandam a especificação dos temas. Por fim, foram postas em relevo as informações obtidas através da etapa anterior, o que leva à sua devida interpretação, de acordo com as dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material e seu confronto com a base teórica do estudo.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, foram verificadas as diretrizes da Resolução CNS 196/96, obtendo-se a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e à 3ª CRS/RS, mediante os pareceres nº 02/2004 e nº 1299/2004, respectivamente. Foi utilizado, também, um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constavam informações sobre o objeto de estudo, as finalidades da pesquisa, a estratégia de implementação e o modo de inserção do sujeito no processo da investigação.

Cabe referir que os dados serão apresentados de forma a preservar a identidade dos sujeitos, não sendo divulgado o nome do gestor e do seu município de origem. Para tanto, serão utilizados codinomes, apresentados na seguinte sequência: G1M1; G2M1; G1M2, e assim sucessivamente, em que “G” representa o gestor e “M” o município.

A figura 1, exposta a seguir, ilustra a matriz orientadora da análise, construída de modo a contemplar o objetivo do estudo.

Fig.1 Matriz de Análise do Processo de Trabalho da Gestão Municipal da Estratégia Saúde da Família na 3ª CRS/RS.



Fonte: Figueiredo et al. (2008).

Os fatores socioambientais e históricos partem do próprio conceito de gestão proposto, orientado pelas diretrizes de corresponsabilização. Como “vetores-dobra” que constituem o processo de trabalho são considerados: o número de habitantes do município; o número de equipes existentes em âmbito municipal;

tempo de adesão à ESF; os interesses, desejos e saberes dos gestores; o tempo de trabalho do coordenador e o cargo atual ocupado.

O processo de trabalho elucidado na figura foi obtido a partir da análise dos depoimentos, os quais foram confrontados com o conceito de gestão descrito na NOB 01/96 e com as diretrizes do Pacto pela Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), originando três subtemas: 1) Organização/funcionamento da ESF; 2) Formação/educação permanente ou continuada; e 3) Monitoramento e avaliação. Essas ações, por sua vez, são permeadas pelo elemento comunicação, através do qual o trabalho se desenvolve e é possível apreender a concepção de gestão.

Importa destacar que comunicação está sendo compreendida como um processo que sofre interferência do contexto no qual os interlocutores estão inseridos. Essa, diz respeito ao estudo e utilização de estratégias para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde. Pensar a comunicação traz implícita a tarefa de discutir politicamente os diferentes capitais e agentes envolvidos nesta proposta e os meios de comunicabilidade, como a negociação de sentidos e interpretações (DESLANDES, 2005). Sendo assim, se observará como, em virtude de determinados fatores socioambientais e históricos, os gestores comunicam-se com a sua equipe e a comunidade.

Apresentação dos resultados e discussão

A apresentação dos resultados está dividida em dois momentos: o primeiro, relacionado à caracterização dos municípios e dos sujeitos investigados; e o segundo, referente ao processo de trabalho dos gestores da ESF.

Caracterização dos municípios

No que concerne à caracterização dos municípios, foram obtidas informações quanto ao número de habitantes, ao tempo de adesão à SF e ao número de equipes em atividade em dezembro de 2006, a partir de um consolidado disponível no site da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul/ESF (RIO GRANDE DO SUL, 2006). Essas características estão sintetizadas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos municípios da 3ªCRS/RS participantes da pesquisa quanto ao número de habitantes, número de equipes e tempo de adesão à ESF, em dezembro de 2006.

NÚMERO DE HABITANTES	% (n=12)
Menos de 10.000 habitantes	33,33% (n=4)
Mais de 10.000 habitantes até 35.000 habitantes	33,33% (n=4)
Mais de 35.000 habitantes	33,33% (n=4)
NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	% (n=12)
Uma equipe	25% (n=3)
De duas a quatro equipes	50% (n=6)
De cinco a dez equipes	8,33% (n=1)
Mais de dez equipes	16,66% (n=2)
TEMPO DE ADESÃO À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	% (n=12)
Até 50 meses	16,66% (n=2)
De 51 a 80 meses	58,33% (n=7)
Acima de 80 meses	25% (n=3)

Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2006.

Caracterização dos gestores

Em relação ao sexo, 93,33% (n=14) dos gestores são do sexo feminino, enquanto 6,66% (n=1) são do sexo masculino. A idade média das gestoras é de 35 anos, variando entre um mínimo de 23 anos e um máximo de 49 anos. No que diz respeito à formação, 93,33% (n=14) têm Ensino Superior Completo, enquanto 6,66% (n=1) têm Ensino Superior Incompleto. Das gestoras que tem curso superior completo, 71,42% (n=10) são enfermeiras, enquanto as demais são médicas, psicólogas ou assistentes sociais. Das gestoras com Ensino Superior Completo, 85,71% (n=12) apresentam curso de especialização, sendo que 83,33% (n= 10) destas especializaram-se em SF. Ainda, 14,28% (n=2) tinham concluído curso de Mestrado.

Na perspectiva do trabalho na Coordenação da SF, o tempo médio de atuação no cargo foi de 21 meses, variando de 1 mês a 72 meses. Verificou-se que 40% (n=6) das gestoras referiram tempo na Coordenação inferior a um ano; além de que 53,33% (n=8) dos sujeitos referiram atuação concomitante na Coordenação e na assistência em saúde, não necessariamente na ESF, com divisão de sua carga horária entre ambas as funções.

O processo de trabalho das gestoras da Estratégia Saúde da Família

A apresentação do processo de trabalho das gestoras da ESF obedece aos três subtemas identificados e explicitados na matriz de análise. Inicia-se, portanto, com as ações de organização/funcionamento da Estratégia, seguidas pelas ações de formação/educação permanente ou continuada e pelas ações de monitoramento e avaliação.

Ações de organização/funcionamento da Estratégia Saúde da Família

Dos resultados encontrados nesse subtema, salienta-se a relação com o próprio trabalho da gestão e com o trabalho das equipes de saúde. Quanto ao **próprio trabalho da gestão**, foi verificada a realização de poucas ações, as quais condizem a uma forma peculiar de organização dessa instância na ESF, tendo em vista, especialmente, os recursos humanos envolvidos no processo de trabalho.

Nos municípios onde a gestão da Estratégia tem uma formação hierarquizada, em que há o envolvimento de assessores e/ou supervisores e do secretário da saúde, além do coordenador, vêm sendo realizadas reuniões internas e/ou visitas aos estabelecimentos de saúde e diretamente à comunidade. Nessas localidades, a comunicação entre a gestão, os trabalhadores das equipes de saúde e a população assume um sentido de articulação e de negociação. Nesse caso, há uma mudança de conduta no trabalho da gestão, subsidiada pelas necessidades identificadas pela própria coordenação e/ou pelos representantes do nível assistencial e dos usuários, cuja finalidade é a organização e qualificação da SF, o que é exemplificado pelos depoimentos a seguir:

G1M8: [...] a gente faz a supervisão, constantemente a gente tá na rua, fazendo a visitação nos postos, nas associações de moradores [...] pra planejar as ações ou a gente tem reclamações, então a gente vai conversar com esse pessoal. Na verdade a gente trabalha tanto com os profissionais quanto com a comunidade e diretamente com o gestor.

G1M11: [...] a nossa base de trabalho é essa [...]. É tentar unir, fazer planejamento estratégico junto com a comunidade. [...] É difícil trabalhar com esse tipo de coisa porque aí tu começa a ver as tuas falhas mesmo! Tu vê: nossa, falhei aqui mesmo! Não era pra ter sido desse jeito. Mas a comunidade ta te alertando, tu tem que ta sempre aberto à críticas.

Os resultados apresentados elucidam uma aproximação entre o processo de trabalho da gestão em alguns municípios estudados com os preceitos da Reforma Sanitária brasileira, a qual vem acontecendo lentamente e segue como uma proposta de construir no coletivo a ideia do direito democrático de todos à saúde (FEUERWERKER, 2005). Embora pouco frequentes no contexto estudado, as ações de organização/funcionamento da ESF no âmbito do trabalho da própria gestão apontam para a proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo um papel ativo dos usuários e dos trabalhadores em saúde na operacionalização da gestão. Essa forma de trabalho vai ao encontro de alguns elementos que caracterizam a gestão participativa, dentre os quais se destacam o envolvimento dos membros integrantes da organização na tomada de decisão, fazendo com que eles pensem de maneira estratégica (COSTA; SALAZAR, 2008).

No que diz respeito à organização/funcionamento da ESF relacionada ao **trabalho das equipes**, a gestão mostra-se frequentemente ocupada com as ações de administração de recursos humanos e materiais e a padronização do trabalho. Quanto aos recursos humanos, a recorrência de atividades relacionadas à contratação, substituição, estruturação da equipe e ao cumprimento de carga horária denuncia dificuldades na consolidação da Estratégia, chamando a atenção o fato de que o gestor necessita ocupar-se dessas funções para garantir o funcionamento da SF no âmbito municipal.

No que concerne à administração de recursos materiais, a finalidade identificada nos depoimentos é a resolutividade, associada à viabilidade e sustentabilidade do trabalho nas unidades de saúde. Não obstante, a padronização de condutas, mediante o estabelecimento de protocolos de atendimento e de rotinas de ação, também sugere a necessidade de se consolidar a Estratégia nas unidades de saúde, de forma a organizar o processo de trabalho local e manter a unificação da assistência.

G1M7: Vê se não está faltando nada. [...] E tudo sempre direcionado aos profissionais, porque eu faço com que eles consigam, tenham subsídios para trabalhar, entendesse? Pra que a coisa ande, não fique parada”.

G2M5: E das demandas que a gente faz enquanto coordenação, é procurar essa parte legal de contratação, de marcar reuniões com grupos locais aqui que nós temos pra discussão [...] pra tentar viabilizar o PSF aqui no município.

G1M10: Ontem fizemos uma reunião até, em termos de atividades assim: cada um ta trabalhando de uma maneira. A gente quer tentar fazer com que trabalhe tudo iguais. [...] então cada fim de semana cada PSF tem o dia da visita domiciliar, tem o dia da reunião de equipe, então a gente ta tentando padronizar no sentido disso... [...] Assim a gente ta tentando organizar melhor.

As ações de organização/funcionamento relacionada ao trabalho das equipes são realizadas por todas as gestoras e foram as mais frequentemente referidas, a partir das quais se sobressaem duas vertentes: uma relacionada à necessidade de aperfeiçoamento e consolidação da ESF e a outra referente às próprias diretrizes políticas que permeiam a prática destas trabalhadoras.

Nos municípios menores de 35 mil habitantes as gestoras buscam o estabelecimento de rotinas de atendimento, bem como a estruturação das equipes de SF; o cumprimento da carga horária dos trabalhadores e a realização de ações programáticas instituídas pelo Ministério da Saúde (MS). Nesses casos, a finalidade do trabalho é o funcionamento da ESF, tendo em vista a necessidade de garantir elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas comuns à SF; além do aperfeiçoamento de alguns processos.

Quanto às diretrizes políticas do sistema de saúde, identifica-se que a realização de ações de organização/funcionamento da ESF é inerente às competências da gestão municipal apregoadas na PNAB, em que consta a garantia de infra-estrutura necessária ao funcionamento das unidades, a partir da disponibilização de recursos materiais, equipamentos e insumos; bem como a seleção, contratação e remuneração dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de SF e a alimentação das bases de dados nacionais, a partir dos produtos do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2006a). Vanderlei e Almeida (2007) também identificaram entre os gestores e gerentes estudados uma prática voltada ao cumprimento de metas, ao provimento de materiais e à organização do processo de trabalho, indo ao encontro das diretrizes políticas e corroborando com os resultados encontrados nesse estudo.

Ações de formação/educação permanente ou continuada

As ações de formação/educação permanente ou continuada, apesar de não serem referidas com muita frequência, compõem o processo de trabalho das

gestoras estudadas. No contexto em que se apresentam, foram analisadas em relação à própria gestão, às equipes de saúde e/ou à comunidade.

Quanto à **própria gestão**, identifica-se que não há a realização de atividades de formação/educação e quanto à comunidade, apenas a gestora de um município as referiu, contemplando tanto ações pontuais, quanto contínuas e não-programadas. Por outro lado, se destacaram entre os resultados as ações pontuais direcionadas às **equipes de saúde**, as quais são representadas pelas capacitações sobre temática específica, que podem acontecer no desenvolvimento do processo de trabalho ou em ações específicas para esse fim. Essas ações se caracterizam pela eleição da temática de acordo com o interesse identificado pela gestora, a qual está fundamentada no cumprimento de metas e indicadores, bem como nas ações programáticas instituídas pelo MS.

São exemplos disso a atualização técnica sobre a vacina rotavírus, referida por uma gestora; e a educação voltada à mudança de abordagem às gestantes de um município, para incentivar a sua captação precoce e, conseqüentemente, melhorar esse indicador de saúde que por hora se apresentava insatisfatório. Ainda, as ações pontuais estão relacionadas à sensibilização das equipes para a adoção de determinada metodologia de trabalho, voltada, também, às necessidades identificadas pela gestão; e à realização de um seminário anual de demonstração e troca de experiências entre as equipes de SF.

G1M10: Capacitar eles também. Sempre tem alguma coisa nova. Igual a esse rotavírus, chegou uma campanha de rotavírus. A gente tem que ir lá fazer capacitação deles. Qualquer novidade na rede tem que ta passando....

No que diz respeito às ações de formação/educação permanente ou continuada constatou-se que nos municípios com menos de 10 mil habitantes, estas ações não foram referidas. Por outro lado, nos municípios em que as gestoras a mencionam, observa-se a predominância do caráter pontual, do qual se depreende que o elemento comunicação esteja representado pela verticalização na tomada de decisão sobre o processo educativo, já que as ações implementadas constituem a materialização direta dos desejos e necessidades da gestão, cuja finalidade está na transmissão de conhecimentos e no alcance de metas e indicadores.

Sob este prisma, entende-se que as ações educativas se assemelham aos princípios da educação continuada, em que o processo pedagógico tem como finalidade restrita a atualização dos trabalhadores, a partir de atividades de duração

definida e mediante a utilização de metodologias tradicionais; subsidiada pela iniciativa da gestão, a qual julga necessária a aquisição de novos conhecimentos. Portanto, o que se apreende é que estes processos educativos têm caráter técnico e não necessariamente serão aplicados no cotidiano do trabalhador, uma vez que os “novos” conhecimentos podem diferir da realidade vivenciada e experienciada no seu processo de trabalho em loco (RIBEIRO; MOTTA, 1999).

Outro estudo proveniente do mesmo macroprojeto a que esta pesquisa está vinculada analisou as ações de educação permanente junto aos trabalhadores das equipes de SF da 3ª CRS/RS e reforça a ocorrência das ações educativas por iniciativa da gestão, seguindo as mesmas perspectivas quanto ao seu caráter pontual, representados pelos cursos temáticos, ministrados em formato de aulas expositivas e com sentido de formação complementar, a partir de temáticas que enfocam o pré-natal, o pré-câncer e a saúde mental, por exemplo, elucidando as ações programáticas estipuladas pelo MS (COSTA, 2007).

Corrobora-se com Ribeiro e Motta (1999), quando dizem que o privilégio à educação continuada, enquanto estratégia de capacitação para os serviços de saúde, reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, na medida em que se centra no desempenho de cada categoria profissional e em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho. Além disso, entende-se que as capacitações se mostram ineficazes para a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, já que são descontextualizadas e se baseiam na transmissão de conhecimentos (CECCIM, 2005).

Ações de monitoramento e avaliação

No terceiro subtema foi possível identificar três enfoques principais atribuídos às ações de monitoramento e avaliação, relacionados ao processo de trabalho da gestão ou das equipes, além da satisfação dos usuários com o trabalho desenvolvido.

O *monitoramento e a avaliação do processo de trabalho da própria gestão* mostraram-se pouco frequentes, sendo referidos por duas gestoras. Para uma delas, o monitoramento e a avaliação são realizados mediante o uso da metodologia de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), instituída pelo MS e aderida pela gestão municipal. Assim como algumas equipes de saúde, a gestão da ESF nesse município, encontrava-se em fase de implementação

e execução da metodologia. No outro município, o monitoramento e a avaliação do processo de trabalho da gestão acontecem através da identificação de suas falhas a partir do diálogo com a comunidade. Em decorrência das críticas recebidas, a gestora demonstra auto-avaliar a sua prática.

G1M8: A gente está coordenando também o AMQ, projeto de Avaliação da Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família [...]. Não é só as equipes que participam, a equipe tem esse momento, a coordenação, a gestão, cada instância da estratégia faz esse processo – a coordenação também está passando por esse processo.

Corroborar-se com Pisco (2006, p. 566), quando diz que “avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir”. Sabe-se, entretanto, que a avaliação é somente a etapa inicial de um processo que culmina com a mudança na realidade e o seu aperfeiçoamento. A avaliação é um importante instrumento de mudança, o qual deve ser visto como um incentivo para que sejam cumpridas condições mínimas de qualidade e não como uma ameaça aos trabalhadores. Portanto, “o objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis” (PISCO, 2006, p.566). Ainda, concorda-se com Takeda e Talbot (2006, p.569), quando referem que “não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições de voo e do motor. É voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água”.

O *monitoramento e a avaliação do processo de trabalho das equipes* tiveram um enfoque de acompanhamento, suporte e/ou mudança na estratégia de ação, voltados às necessidades locais. Esse aspecto é exemplificado pelas ações de visita programada e contínua às unidades de saúde para a identificação das demandas dos trabalhadores e promoção de condições para o desenvolvimento de sua prática de saúde. Nesse caso, as práticas de saúde podem se diferenciar de uma unidade para a outra, devido às características da clientela, sendo dada autonomia às equipes para a adoção de diferentes estratégias de ação.

Além disso, é exemplo de monitoramento e avaliação desenvolvidos pelo gestor o incentivo à aplicação da metodologia da AMQ, em que as equipes, por iniciativa própria, aderem e procedem à auto-avaliação do seu fazer. Reuniões periódicas e contínuas com as equipes de saúde e/ou seus representantes também se constituem em instrumentos para a realização do monitoramento e avaliação, a partir dos quais se faz a avaliação do trabalho e das necessidades locais, com a finalidade de organização do processo de trabalho.

Por outro lado, se verificou a realização de ações de monitoramento e avaliação com enfoque de controle do trabalho, obrigação com a gestão e o sistema de saúde, as quais são exemplificadas pelas visitas às unidades sem aviso prévio. Estas são realizadas com o intuito de surpreender a equipe e condicioná-la a realizar atividades extramuros de acordo com o desejo da gestão e sua percepção de necessidades. Também, a conferência do preenchimento e entrega de relatórios concernentes ao Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) na data correta constituem ações de monitoramento e avaliação desempenhadas pelas gestoras investigadas, as quais assumem a condição de controle do processo de trabalho das equipes e cumprimento de condições impostas pela organização do sistema de saúde.

G1M9: Duas vezes por semana nós temos isso aí... a questão das equipes, trabalhar, acompanhar o trabalho da equipe naquilo que é prioritário na área. Que muitas vezes vem alguma coisa do governo para gente fazer... a gente faz aquilo, mas na nossa área, naquela área de atuação daquela equipe, muitas vezes não é o essencial, tem outras coisas.

G1M3: Eu vou lá pra ver se aquela unidade ta tranquila, ta tudo em ordem [...], eu gosto de ir, de ver como é que eles estão fazendo. [...] eu quero que a equipe saia mais de dentro da unidade, eu quero que eles façam as visitas, e aí eu estando junto é um compromisso que eles têm.

G1M7: [...] ver se os programas, eles não estão sendo bem realizados, entendes? Se as entregas lá pro posto central, se ta tudo na data, entendes? O programa do SIAB ta completo, se estão fazendo PAB direitinho [...].

Os enfoques atribuídos ao monitoramento e avaliação do processo de trabalho das equipes são diferentes e dicotômicos, ora relacionado a uma concepção de gestão mais participativa e ora aproximado a algumas características comuns à gestão clássica. Em todos os municípios em que apareceram tanto uma quanto outra abordagem não se verificou articulação com os elementos socioambientais disponíveis na caracterização dos sujeitos. O que se pode discutir, entretanto, é a questão da polaridade identificada entre autonomia e controle. De acordo com Feuerwerker (2005), o trabalho em saúde não é completamente controlável, uma vez que nele está posta a relação entre pessoas, e que ele está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo. Além disso, é preciso considerar a singularidade desse trabalhador, que está relacionada às suas ideias, valores, interesses e concepções acerca da saúde e do trabalho que a cerca. Em contrapartida, essa denominada autonomia é posta em xeque perante as normas e papéis institucionais,

que conformam as práticas de saúde segundo as políticas públicas. Dessa forma, mesmo que exista uma pressão pelo cumprimento de diretrizes nacionais relativas ao desenvolvimento do trabalho em saúde, é preciso ponderar na gestão local ações que deem suporte às equipes e não somente vigie o seu trabalho, tentando construir propostas alternativas aos efeitos negativos da gestão clássica.

Por fim, apresentam-se as ações de *monitoramento e avaliação da satisfação com o trabalho desenvolvido*, com enfoque predominante nos usuários dos serviços de saúde. Esse monitoramento e avaliação acontecem mediante ações programadas e contínuas, como visitas ou reuniões com as equipes de saúde e/ou com a própria comunidade, com previsão e frequência de realização; bem como por meio de ações contínuas e não programadas, associadas ao processo de trabalho cotidiano da gestão, quando em contato direto com a comunidade. O monitoramento e avaliação da satisfação dos usuários, feitos de forma indireta, acontecem através de conversas com os integrantes das equipes de saúde, especialmente os agentes comunitários de saúde, e estão relacionados ao horário de atendimento e ao número de consultas que vêm sendo ofertadas. Destaca-se, portanto, que de forma direta ou indireta, o diálogo revela-se um instrumento para a realização das ações de monitoramento e avaliação da satisfação dos clientes da ESF.

G1M2: A gente faz reunião com as agentes uma vez por semana [...] e a gente capta delas o que elas acharam de alterado. Nas casas, o que está errado. O que a gente pode melhorar. O que eles [os clientes] estão achando do nosso serviço [...]. Se querem mais atendimento, se querem menos atendimento, se querem mais tempo pra conversar. Essas coisas assim...”.

G1M9: São situações muito variadas... seja da produção, do atendimento à comunidade, se está sendo satisfatório; as reclamações da comunidade em relação à equipe [...].

G2M5: A gente conversa com a equipe, conversa com a população que está sendo atendida. Vê os pontos positivos, negativos, o grau de satisfação. Na conversa que a gente tem com o usuário dá pra gente perceber muita coisa. E avaliar o PSF como está sendo...

Quanto à satisfação dos usuários, o Pacto pela Saúde firma o compromisso dos gestores para com a representatividade da comunidade no sistema de saúde, deliberando como uma de suas atribuições o estímulo à participação dos cidadãos na avaliação dos serviços, a qual contribui para que a democratização da gestão em saúde chegue àqueles que recebem a assistência (BRASIL, 2006b).

Esses aspectos já eram enfatizados em momento anterior ao Pacto, quando, por exemplo, Merhy (1999) menciona a necessidade de acolhimento dos usuários na organização da dinâmica do trabalho, a partir da expressão de seus desejos frente ao sistema de saúde, vinculando-se, para tanto, aos trabalhadores e estabelecendo uma relação de compromisso e responsabilização individual e coletiva. Isso pode ser entendido como uma característica comum à gestão participativa, uma vez que busca promover a reorganização e reorientação das práticas de saúde, com o objetivo principal de assegurar o bem-estar da comunidade (COSTA; SALAZAR, 2008).

Diante dos resultados apresentados, especificamente em relação à forma de gestão, foram identificadas duas concepções distintas, apreendidas a partir da maneira com que as gestoras se comunicam com a própria equipe de gestão, com as equipes de SF e a comunidade. A primeira está relacionada aos preceitos da cogestão, em que imperam o incentivo à corresponsabilização, autonomia e protagonismo de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde, mediante a articulação e negociação como elementos de comunicação entre eles (CAMPOS, 1998; BRASIL, 2007; COSTA; SALAZAR, 2008).

A segunda, diz respeito à gestão mais tradicional, em que se destacam o controle do trabalho, a imposição de responsabilidades aos demais sujeitos envolvidos no processo de trabalho da SF, a avaliação normativa e a administração de recursos materiais, humanos e a padronização do trabalho (TAYLOR, 1970).

Pode-se considerar que ambas as formas de gestão estejam influenciadas pelas políticas públicas que normatizam o sistema de saúde, em que ora pregam a sua flexibilização e a participação popular nos processos decisórios e na prática de saúde assistencial e/ou gerencial e ora praticam a hierarquização e verticalização na tomada de decisão, sobretudo através da institucionalização de ações programáticas elaboradas pelas instâncias estaduais e federais.

Estas constatações, por sua vez, podem servir de explicação para a alternância verificada na concepção de gestão praticada nos municípios estudados, já que não se observou a ocorrência de municípios que adotassem uma concepção de gestão consolidada, em que se possa inferir que em todas as ações desenvolvidas predomine somente uma lógica de administração da ESF. Ao contrário disso, o que se identificou foi que os municípios alternam sua concepção de gestão a depender do aspecto que se analise, de forma que um mesmo gestor pode utilizar-se dos elementos comuns

à cogestão para o desenvolvimento de ações de educação permanente ao mesmo tempo em que se apropria de aspectos comuns à gestão clássica no que concerne ao monitoramento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

Também foi possível verificar que o processo de trabalho das gestoras da ESF apresentou-se influenciado pelos fatores socioambientais que o envolvem, com destaque para as próprias características dos municípios, no que diz respeito ao seu tamanho e contingente populacional, bem como ao número de equipes da ESF existentes. Conforme aumenta o número de habitantes do município, torna-se necessário um maior número de equipes de saúde para a cobertura da população, o que leva consequentemente, a uma diferenciação na estrutura organizacional da gestão, proporcional à complexidade exigida para o desenvolvimento do trabalho. Ao contrário, na medida em que o número de equipes necessárias para a cobertura da população residente no município é menor, menos complexa é a organização da gestão, coincidindo com a ocupação concomitante das posições assistenciais e gerenciais.

Além disso, o tempo de atuação no cargo e o trabalho assistencial concomitante apareceram como fatores socioambientais presentes no processo de trabalho investigado, os quais influenciaram as ações desenvolvidas pelas gestoras no seu cotidiano de trabalho, bem como a sua concepção de gestão. Quando o tempo de ocupação do cargo de gestão foi de um mês, uma gestora não soube responder quais eram as ações desenvolvidas por ela como coordenadora da ESF. Especialmente no que se refere ao trabalho assistencial concomitante, verificou-se que as gestoras que ocupam ambas as posições tiveram maior dificuldade em discorrer sobre o seu trabalho, tendo em vista que não separaram suas atribuições dentro de cada papel; ou seja, incluíram como trabalho da gestão o que comumente fazem como trabalhador da assistência e vice-versa. Dessa forma, esses elementos presentes na caracterização dos sujeitos investigados mostram, ainda que sem muita profundidade, a existência de potencial interferência no trabalho quando são ocupadas as posições de gestão e assistência ao mesmo tempo, o que não necessariamente é considerado negativo.

Considerações finais

O estudo do processo de trabalho da gestão municipal da ESF no âmbito da 3ª CRS/RS mostrou-se, de fato, conveniente e importante, tendo em vista o destaque

que essa Estratégia vem recebendo do governo brasileiro para a reorientação das práticas em saúde. A análise do processo de trabalho das gestoras investigadas pode proporcionar ao meio acadêmico, científico e assistencial uma reflexão a respeito das práticas que vêm sendo desenvolvidas no cenário da atenção básica à saúde, no sentido de torná-las mais próximas e condizentes às necessidades da população.

Nesse contexto, verificou-se que o processo de trabalho da gestão municipal da ESF inclui ações de organização/funcionamento da estratégia; de formação/educação permanente ou continuada; e de monitoramento e avaliação, salientando-se que cada uma delas apresenta seus respectivos desdobramentos. Durante o desenvolvimento dessas ações, foram se mostrando os elementos que permeiam o trabalho em si dos gestores, como o objeto de trabalho, os instrumentos e as finalidades.

No que concerne à organização/funcionamento da ESF, as ações de administração de recursos materiais e humanos, bem como de padronização do trabalho se sobressaíram às demais ações, estando relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde. Nesse caso, há de se considerar, portanto, que as equipes de saúde constituem os objetos diretos de atuação das gestoras investigadas. Há também que se considerar que as ações de organização/funcionamento da ESF estão relacionadas à própria gestão como objeto de trabalho, ainda que em menores proporções, na medida em que se voltam à aplicação de ações de organização em benefício do seu trabalho.

No que se refere à formação/educação permanente ou continuada verificou-se a predominância de ações pontuais e direcionadas às equipes de saúde, de modo que a eleição da temática e a sua realização ocorrem por iniciativa da gestão, de acordo com as ações programáticas instituídas pelas políticas de saúde nacionais e não pelo interesse ou necessidade do objeto direto a que se aplica a ação.

As ações de monitoramento e avaliação ainda são pouco realizadas e, quando efetuadas, relacionam-se ao processo de trabalho das equipes de saúde ou à satisfação com o trabalho desenvolvido, especialmente sob a ótica dos usuários dos serviços. No que se refere ao trabalho das equipes, o monitoramento e avaliação assumem um sentido de acompanhamento e suporte e/ou modificação da estratégia de ação; ou ainda o enfoque de controle do trabalho e cumprimento de obrigações inerentes ao sistema de saúde. Portanto, verifica-se que essa prática associa-se à produção de valores-de-uso, no caso de estar preocupado com a satisfação dos envolvidos no processo saúde-doença, ao mesmo tempo em que

produz mais-valia, na medida em que se relaciona à produtividade das equipes e cumprimento de obrigações para com o sistema de saúde, condicionados à manutenção do repasse de recursos financeiros ao município.

De forma geral, foram identificados como principais instrumentos comuns à prática da gestão as reuniões programadas ou espontâneas com as equipes de saúde, com a própria equipe de gestão e com a comunidade; as visitas aos estabelecimentos de saúde; os contatos pontuais e espontâneos e as políticas de saúde construídas em nível federal. Como finalidades do trabalho de gestão, por outro lado, foram encontradas a organização, funcionamento, consolidação da ESF e qualificação do seu processo de trabalho, bem como a transmissão de conhecimentos às equipes de saúde e o alcance de metas e indicadores.

Tendo em vista que a finalidade do trabalho surge em vista de uma necessidade, identificou-se nesse estudo que no tempo em que as gestoras foram investigadas, recorria a necessidade de assegurar requisitos mínimos ao funcionamento da ESF em alguns municípios, de forma que a mesma pudesse se consolidar como política pública de atenção à saúde e modelo tecnoassistencial nessas localidades.

Das ações desenvolvidas pelas gestoras, destacam-se os elementos de comunicação que levam à apreensão da concepção de gestão. Esses elementos são comuns à função de gestão apreendida no conceito da NOB 01/96, especialmente nos aspectos de negociação, articulação e controle. Eles estão presentes, de uma forma ou de outra, em todas as ações da gestão, especialmente nas atividades em que se estabelece a articulação com as equipes de saúde e a comunidade.

Dependendo de como são utilizados esses elementos de comunicação, pode-se exercer uma gestão clássica ou, ao contrário, uma gestão pautada na coparticipação e responsabilização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, denominada cogestão ou gestão participativa. Com base nisso, esse estudo apontou a concomitância de ambas as concepções de gestão no trabalho desenvolvido pelos sujeitos investigados, de forma que não há em nenhum dos municípios a exclusividade de uma das formas de gestão em todo o seu processo de trabalho. Elas se mesclam e intercalam nas ações realizadas pelas gestoras, interferindo positiva ou negativamente na sua articulação com as equipes de saúde e a comunidade.

Arraigado aos fatores socioambientais, toma-se a interferência das políticas públicas de saúde no desenvolvimento do trabalho da gestão, a partir das quais é

fundamentada a maioria das ações identificadas nesse estudo. A PNAB, o Pacto pela Saúde e o próprio conceito de gestão descrito na NOB 01/96, mostraram-se influentes sobre o trabalho das gestoras, na medida em que é comum ao desempenho de suas ações a organização/funcionamento da ESF; a formação/educação permanente ou continuada; e o monitoramento e avaliação, permeados pela articulação, negociação ou controle como elementos de comunicação, quer seja da gestão entre si ou com as equipes de saúde e a comunidade.

Considera-se, portanto, que a influência dos fatores socioambientais possa confluir tanto para o avanço das práticas desenvolvidas pela gestão da ESF em colaboração com as equipes de saúde e a comunidade, como para o exercício de poder da gestão sobre estes, que são considerados seus objetos de trabalho. Isso se justifica pelo enfoque que pode ser atribuído às ações desenvolvidas pela gestão, no primeiro caso, relacionadas à articulação e negociação ou, no segundo caso, pelo enfoque de controle do trabalho e regulação do processo de produção, de forma verticalizada e sem a corresponsabilização dos demais sujeitos envolvidos no sistema de saúde.

Referências

BARROS, R.B.; BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Org.). *Trabalhador da Saúde, Muito Prazer!* Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Abrangência: Nacional. Período: julho de 2008 a junho de 2008. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php>. Acesso em: 24 ago. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Abrangência: Estado-RS. Período: julho de 2008 a junho de 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php>. Acesso em: 24 ago. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. Portaria nº 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários.

rios de Saúde. *Diário Oficial da União*. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Edição n. 61, 29 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão*. 2. ed.rev., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Norma Operacional Básica do SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF. *Diário Oficial da União* 1996; 06 nov. Disponível em URL< <http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>> Acesso em: 20 jan 2008.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-70, out-dez. 1998.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: comunic, saúde, educ*, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005.

COSTA, M.B.S.; SALAZAR, P.E.L. Análisis de la gestión municipal de los servicios de salud. *Rev Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n.4, p. 465-71, out./dez 2008.

COSTA, V.Z. *Políticas públicas de saúde na atenção à saúde da família*: um estudo com enfoque nos trabalhadores. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2007. 65 p.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface – comunic, saúde, educ*, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago.2005.

FAYOL, H. *Administração industrial e geral*: previsão, organização, comando, coordenação, controle. 10ª ed. São Paulo: Atlas, 1990.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – comunic, saúde, educ*, v. 9, n. 18, p. 489-506. set./dez.2005.

MARX, K. *O capital*: crítica da economia política. 10 ed. São Paulo: Difel. Liv. I, V1, 1985.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & saúde coletiva*, v. 4, n. 2, p. 305-14, 1999.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciência & saúde coletiva*, v. 11, n.3, p. 564-76, 2006.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Boletim da Universidade Estadual de Londrina, ano V, número especial, nov. 1999.

RIO GRANDE DO SUL. *Indicadores de cobertura da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Sul por Coordenadoria Regional de Saúde*, jan. 2006. Disponível em: < <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/files/categories/janeiro%2006.xls> > Acesso em: 23 ago. 2008.

SPAGNOL, C.A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. *Rev gaúcha enferm*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 114-31. Jan. 2002.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciência & saúde coletiva*, v. 11, n. 3, p. 564-76, 2006.

TAYLOR, F.W. *Princípios de administração científica*. 7.ed. São Paulo: Atlas, 1970.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & saúde coletiva*, v. 12, n. 2, p. 443-53, 2007.

Notas

¹ Estudo proveniente da Dissertação de Mestrado intitulada “Processo de trabalho da gestão da Estratégia Saúde da Família: um estudo da concepção de gestão e da sua articulação com as equipes de saúde e a comunidade”. Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), mediante concessão de Bolsa Demanda Social.

Abstract

Work process of the Family Health Strategy: a design management that permeates health action

This work, which has explanatory cross-sectional nature and is largely qualitative, aims to analyze the work process of municipal managers of the Family Health Strategy (FHS) in order to grasp the concept of management that permeates their health actions. Data were collected through semistructured interviews taped, with the managers of the FHS belonging to 12 municipalities of the Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), totaling 15 subjects. The thematic analysis brought together a dialectical approach, following the footsteps of pre-analysis, exploitation and processing of material and interpretation of results. The results were organized into three sub-themes elucidating the actions developed by the managers under consideration: 1) Action for organization / operation of Family Health; 2) Actions for training and continuing education; 3) Actions for monitoring and evaluation. Two management concepts arise from the work process, the first being related to the management classic / traditional and the second on the precepts of co-management. In conclusion, it appears that the working process of the managers at the 3rd ESF CRS / RS has strengths and weaknesses related to design management structures that work. Thus, it is suggested to revise some practices, so that the co-management is the preferred design used for the administration of Family Health.

► **Key words:** Family Health Program. Health management. Unified Health System.