

TÚLIO DA SILVA JUNQUEIRA

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: A GESTÃO
DE RECURSOS HUMANOS NO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA E A REORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-graduação em
Administração, para obtenção do
título *Magister Scientiae*

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2008

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

J95o
2008

Junqueira, Túlio da Silva, 1980-

Organização do trabalho em saúde : a gestão de recursos humanos no programa de saúde da família e a reorientação da atenção básica / Túlio da Silva Junqueira. – Viçosa, MG, 2008.

xvii, 137f.: il. (algumas col.) ; 29cm.

Inclui anexo.

Orientador: Rosângela Minardi Mitre Cotta.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Política de saúde - Brasil. 2. Saúde pública - Brasil
Administração. 3. Programa de saúde da família (Brasil).
4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Universidade
Federal de Viçosa. II. Título.

CDD 22.ed. 362.1

TÚLIO DA SILVA JUNQUEIRA

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: A GESTÃO
DE RECURSOS HUMANOS NO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA E A REORIENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do
Programa de Pós-graduação em
Administração, para obtenção do
título *Magister Scientiae*

APROVADA: 24 de abril de 2008

Prof. Ricardo Corrêa Gomes
(Co-orientador)

Prof. Suely de Fátima R. Silveira
(Co-orientadora)

Prof. Tarcísio Márcio M. Pinheiro

Prof. Andréa Maria Silveira

Prof. Rosângela Minardi Mitre Cotta
(Orientadora)

A Deus.

A minha mãe Therezinha que é a razão de tudo isso, não só pelo amor irrestrito, mas pela persistência de seus ensinamentos para todo meu aprendizado.

Ao meu pai José João pelo amor incondicional e dedicação à família sendo sua essência sempre presente

Aos meus queridos irmãos, Ana Cláudia, Henrique e Mateus, pelo amor, exemplo, ajuda e confiança.

Com muita gratidão e carinho, dedico.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela Vida e por ter me dado tranquilidade para desenvolver o meu trabalho da melhor forma.

À Universidade Federal de Viçosa (UFV), em especial aos Departamentos de Administração e de Nutrição e Saúde, lembrando de todos os professores e funcionários que contribuíram para minha formação acadêmica e pessoal.

À Prof^a. Rosângela Minardi Mitre Cotta, pela orientação humanizada, pela grande amizade, pela enorme dedicação, pelos ensinamentos e cobranças, e por acreditar e incentivar em todos os momentos.

Aos Professores Suely e Ricardo, importantes coorientadores que me receberam com muito respeito e profissionalismo no Departamento de Administração e pela seriedade e competência nos trabalhos.

Ao Prof. Rodrigo pela amizade, pela parceria e pela grande capacidade em transformar o “normal” em “especial”.

Aos queridos professores e parceiros da UFMG; Prof. Tarcísio, Prof^a. Elza, Prof^a. Andréa, Prof^a. Rosana e Prof^a. Mariângela, e a Prof^a Christiane, da UFLA que abraçaram este trabalho com toda dedicação e competência.

Ao Prof. José Roberto, que abriu as portas do mestrado e pelo incentivo constante.

À Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais em especial à Gerência Regional de Saúde de Ponte Nova, a todos os funcionários que contribuíram para a execução deste trabalho, lembrando especialmente da competente Fatinha que possibilitou todo desenvolvimento da coleta de dados; da educada e alegre Sáskia que através de sua experiência foi indispensável em todos os momentos do desenvolvimento deste trabalho; das exemplares profissionais Carolina e Catarina pela amizade e ajuda na elaboração dos questionários e coleta dos dados.

À Poliana e Glauce, pelos conselhos e troca de experiências.

Às companheiras de orientação Kelly, Manu, Karine e Amanda pelo bom convívio, alegria e ajuda.

Aos colegas do mestrado, pelos momentos de partilha e descontração. Em especial aos peculiares Élysson e Adrian pela amizade.

Ao colega e agora Prof. Ney, pela ajuda com a tabulação dos dados.

À competente Maiara pela ajuda com a tradução dos resumos.

Aos gestores municipais de saúde, pela acolhida e disponibilidade em descrever suas práticas e representações sobre a realidade vivida.

Aos simpáticos Fernanda e Rodrigo, que compartilharam comigo a atenção da Rosângela.

Às minhas cunhadas Maíze e Thaís pelo apoio e carinho.

À minha sobrinha Gabriela pela renovadora alegria.

À imprescindível Priscilla, minha querida namorada, que além de apoiar e de entender os momentos de ausências e angústias, também ajudou muito em todas as etapas do trabalho com muita dedicação e carinho.

À toda minha família pelo apoio e presença constante.

E a todas as outras pessoas cujos nomes não estão aqui, mas que estiveram presentes e contribuíram de alguma forma para a realização desse trabalho e para minha formação.

BIOGRAFIA

Túlio da Silva Junqueira, filho de Therezinha Maria da Silva Junqueira e José João Junqueira, nasceu em 28 de janeiro de 1980, na cidade de Sete Lagoas, Minas Gerais.

Em 2000, iniciou o curso de nutrição na Universidade Federal de Viçosa (MG), concluído em julho de 2004. Em agosto do mesmo ano, é contratado pela empresa *Eurest – Compass Group* - para trabalhar como nutricionista e responsável pelo controle de qualidade na Empresa Nacional do Petróleo do Chile. Em maio de 2006, inicia o curso de Mestrado no Programa de Pós-graduação em administração da Universidade Federal de Viçosa na área de Administração - Pública.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	X
RESUMO.....	XI
ABSTRACT.....	XIV
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	XVII
INTRODUÇÃO GERAL.....	1
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	10
ARTIGO DE REVISÃO	13
SAÚDE, DEMOCRACIA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS ESTRATÉGICOS.....	13
RESUMO.....	13
ABSTRACT.....	13
INTRODUÇÃO	14
O Processo de redemocratização da Saúde.....	19
Necessidade de mudanças	21
A atenção primária como porta de entrada para o sistema de saúde	24
O PSF enquanto estratégia de reorganização da Atenção Básica: a porta de entrada	26
A difícil (re)organização das práticas de trabalho no contexto do PSF.....	29
O distanciamento entre o setor educacional e a prática no contexto do PSF ..	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ARTIGO ORIGINAL I:.....	41
A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E O PARADOXO DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO BRASIL	41
RESUMO.....	41
ABSTRACT.....	41
INTRODUÇÃO	42
MATERIAIS E MÉTODOS.....	46

RESULTADOS.....	47
Características dos Municípios da Microrregião Sanitária.....	47
Perfil dos Secretários Municipais de Saúde	48
Coordenação do Programa de Saúde da Família	49
Recrutamento e Seleção dos profissionais de saúde	50
Formas de vinculação profissional	51
Remuneração	52
Carga Horária de trabalho	53
Política de capacitação.....	54
DISCUSSÃO	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
 ARTIGO ORIGINAL II:.....	 63
 OS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE E A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CAMINHOS E DESCAMINHOS DA MUNICIPALIZAÇÃO.....	 63
RESUMO	63
ABSTRACT.....	63
INTRODUÇÃO	64
Características da Macrorregião Sanitária do estudo	68
MATERIAIS E MÉTODOS.....	71
RESULTADOS.....	71
Perfil dos Secretários Municipais de Saúde	71
Coordenação do Programa de Saúde da Família	73
Recrutamento e Seleção dos profissionais de saúde	73
Formas de vinculação profissional	75
Rotatividade.....	76
Remuneração	76
Carga Horária de trabalho	78
Política de capacitação.....	78
DISCUSSÃO	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
 ARTIGO ORIGINAL III:.....	 91
 CONSCIÊNCIA SANITÁRIA E NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS GESTORES DE SAÚDE: UMA REALIDADE AINDA PENDENTE NA PRÁXIS DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS.....	 91

RESUMO.....	91
ABSTRACT.....	91
INTRODUÇÃO	92
METODOLOGIA	95
Descrição espaço-temporal e população estudada	95
Fundamentos teóricos do método	96
Coleta de dados	97
Análise dos dados	97
Aspectos éticos	98
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	98
Caracterização da População estudada.....	98
Conceito de saúde: nível de Conhecimento e apreensão	99
Modelo Biomédico	101
Conceito da Organização Mundial da Saúde	102
Determinantes sociais da saúde	103
Visão fragmentada	104
Conhecimento e apreensão dos princípios do SUS.....	105
Conhecimento e apreensão dos princípios do PSF	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
CONCLUSÕES GERAIS	117
ANEXO I.....	119
QUESTIONÁRIO.....	119
ANEXO II.....	130
CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	130
ANEXO III.....	134
MAPAS DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS - PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS.	134

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da saúde
DSS	Determinantes sociais de saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas operacionais da assistência à saúde
NOB	Normas operacionais básicas do SUS
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretários Municipais de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

JUNQUEIRA, Túlio da Silva M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, abril de 2008. **Organização do Trabalho em Saúde: a Gestão de Recursos Humanos no Programa de Saúde da Família e a reorientação da Atenção Básica.** Orientador: Rosângela Minardi Mitre Cotta, Co-Orientadores: Ricardo Corrêa Gomes, Suely de Fátima Ramos Silveira.

A partir de meados da década de 1970, o Brasil passa por importantes transformações político-democráticas configurando-se em anos de mudanças nos paradigmas da saúde. Com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os gestores, trabalhadores e usuários do sistema se deparam com uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde – modelo da produção social. Fundamental à organização da atenção básica do SUS, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 e normatizado pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996 – NOB/SUS-96, que definiu suas formas de financiamento, incluindo-a no Piso da Atenção Básica (PAB). Desta forma o PSF é uma estratégia de reestruturação do SUS por meio da Atenção Básica. Entretanto, para promover o desenvolvimento da real ruptura do modelo sanitário anterior — flexneriano —, as relações trabalhistas devem superar a precarização do trabalho por meio de medidas como investimentos consistentes nas áreas da gestão de recursos humanos com a criação de meios de discussão para uma gestão democrática. A compreensão desses aspectos por todos os atores envolvidos — população, profissionais e principalmente pelos Secretários Municipais de Saúde (SMS), que deveriam ser os protagonistas da organização dessas ações, - é fundamental para a discussão do processo de trabalho em saúde, dos processos de gestão, de educação permanente/continuada e de avaliação de serviços. Este trabalho tem como objetivos analisar as práticas de gestão dos SMS e suas

condições definidoras e norteadoras, conhecer o conceito de saúde sob o qual se embasam suas práticas de gestão, avaliando o nível de apreensão e conhecimento destes sobre os princípios e diretrizes do SUS e do PSF, destacando-se a importância desses atores no contexto da reformulação do sistema sanitário nos municípios brasileiros. A referência é a administração de recursos humanos (RH) no PSF dos 52 municípios da Macrorregião Leste do Sul de Minas Gerais e dos 12 municípios da microrregião sanitária de Carangola, MG. Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa no qual foi utilizado como instrumento para coleta de informações, um questionário semi-estruturado dirigido aos SMS. Os dados da microrregião sanitária de Carangola mostraram que a média da idade dos SMS foi de 47,5 anos, sendo 66,7% do sexo masculino. Apenas 25,0% possuíam o nível superior completo e destes, somente 16,7% são profissionais de saúde. As prefeituras são responsáveis por 91,7% dos contratos dos profissionais de saúde. Os contratos temporários e a indicação política estão presentes em 75,0% e 50,0% respectivamente dos municípios. Em relação à Macrorregião Leste do Sul de Minas Gerais, a média da idade dos SMS foi de 39,4 anos, sendo 53,3% do sexo masculino. Apenas 28,9% possuíam o nível superior completo e destes, somente 13,3% eram profissionais de saúde. As prefeituras são responsáveis por 93,3% dos contratos dos profissionais de saúde. As principais formas de contrato e seleção dos profissionais de nível superior foram os contratos temporários (75,6%) e indicação política (55,6%), o que confirma a defasagem dos direitos políticos e sociais dos trabalhadores, com o paradoxo de ser o Estado – via gestão municipal – o responsável pelo descumprimento das leis. Em relação ao conceito de saúde, e ao nível de apreensão e conhecimento dos SMS sobre os princípios e diretrizes do SUS e do PSF encontrou-se inadequado nível de conhecimento e apreensão pelos SMS sobre os princípios do SUS e do PSF, que reforça a constatação de que a consolidação da política de saúde pode estar acontecendo pela simples transferência de funções, antes executadas por hospitais e postos de saúde tradicionais, para as unidades básicas de saúde. O hospital deixa de ser o centro das atividades de saúde, conforme idealizado pelo projeto da reforma sanitária, mas na prática

pouco se altera na lógica da atenção à saúde (a lógica continua a ser curativa e individual, ao invés de preventiva, de promoção e coletiva). A falta de um adequado nível de informação dos SMS prejudica a adoção de novas práticas na perspectiva de um novo modelo de atenção e gera a necessidade de que se instaure um processo de qualificação desses gestores e de ampliação da discussão sobre a introdução na administração pública de modelos profissionais de gestão que vão contra o clientelismo e o corporativismo – como por exemplo, a indicação política – deixando de lado a competência técnica, profissional e de gestão necessárias para o exercício de cargos profissionais e de direção. Neste sentido, destaca-se a importância da conscientização dos gestores para a gestão das ações e serviços de saúde com enfoque na saúde da família, enquanto importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto. A expectativa é que as contradições apontadas neste estudo se resolvam porque os gestores municipais têm compromisso ético, político e técnico com a saúde de seus munícipes.

ABSTRACT

JUNQUEIRA, Túlio da Silva M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, April 2008. **Work Organization in Health: Human Resources Management in the Family Health Program and the reorientation of the Primary Health Care.** Adviser: Rosângela Minardi Mitre Cotta, Co-Advisers: Ricardo Corrêa Gomes, Suely de Fátima Ramos Silveira.

Since middle 70's, Brazil has gone through important political-democratic transformations being framed in years of changes in the health paradigms. With the 1988 Constitution and the creation of Single Health System – SUS, promoters, workers and users of such system were confronted with a new way of thinking, structuring, developing and providing services and assistance in health – social production model. Fundamental for organizing the basic attention to SUS, the Family Health Program (PSF) was created in 1994 and regulated by the 1996 SUS *Norma Operacional Básica* – NOB/SUS-96, what defined its financial model, including it in the *Piso da Atenção Básica* – PAB. Thus, the PSF is a reorganization strategy of SUS by means of the primary health care. However, in order to promote the development of the real rupture of the former sanitary model — Flexnerian — , the work relations must overcome the work precarization by taking measures such as consistent investments in the human resource areas with the creation of debates for a democratic management. The understanding of such aspects by all players involved – population, professionals and mainly by the Municipal Health Councilors (SMS) – which should be the protagonists on the organization of such actions – is fundamental for discussing the work process in health, managing process, permanent/continuous education and service evaluation. The scopes of this work are to analyze the guiding and definer conditions of the management practices of SMS and understand the health concept under which its management is based, evaluating their level of apprehension and knowledge of the principles and guidelines involving the SUS and PSF, pointing out the importance of such players in the context of sanitary system reformulation in the Brazilian counties. The reference is the administration of human resources (HR) in the PSF of 52 counties which belong to the Southwest Macroregion of Minas Gerais State and 12 counties

from the sanitary microregion of Carangola, MG. It is a quantitative-qualitative study in which a semi-structured questionnaire addressed to the SMS was performed as a tool to collect information. The sanitary data of Carangola microregion showed that 47.5 years was the average age of the SMS, 66.7% from those were male. Only 25.0% completed college and from these, 16.7% were health professionals. The city halls are responsible for 91.7% of the hired health professionals. Casual hired employers and the ones selected by politicians are found in, respectively, 75.0% and 50.0% of the counties. Regarding to the Southwest Macroregion of Minas Gerais State, the average age of the SMS was 39.4 years, 53.3% from those were male. Only 28.9% completed college and 13.3% from those were health professionals. The city halls are responsible for 93.3% of the hired health professionals. The major ways used for hiring and selecting such professionals with college degree were casual employments (85.6%) and employees selected by politicians (55.6%); that confirm the failure of the employee political and social rights, with the paradox of being the Government - via municipal management – the one responsible for the law unfulfillments. Regarding to the health concept and the level of apprehension and knowledge of the principles and guidelines involving the SUS and PSF, it was found that the knowledge and apprehension level of the SMS about the SUS and PSF principles were inadequate, what reinforces the confirmation that the health setting policy might have been given by simply transferring functions, which were previously performed by hospitals and health care facilities, to basic health units. The hospital is not the center of health works anymore, as idealized by the sanitation project improvement, but in reality, it does not change much in the logic of the attention given to health (the logic still being curative and individual, instead of preventive, promoting and collective). The lack of a proper level of information from SMS jeopardizes the adoption of new practices in the perspective of a new model of attention and generates the necessity of establishing a qualification process for such managers, and widening of the discussions about the introduction of professional management models in public administration that confront the clientelism and corporativism – for instance, employees selected by politicians – leaving behind the technical, professional and managing competence that are needed for performing professional and leading jobs. In this way, one points

out the importance of making managers conscious for handling both health services and practices that are focused on home health care, as a major challenge to the success of the model proposed health. It is expected that the contradictions showed in this study may be solved so that the municipal managers will have ethical, political and technical commitment with their citizens.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação foi apresentada em forma de artigos, sendo 1 artigo de revisão e 3 artigos originais.

Artigo de revisão:

- Saúde, Democracia e Organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: Desafios estratégicos.

Artigos originais:

- A gestão de recursos humanos em saúde e o paradoxo da precarização do trabalho no Brasil
- Os gestores municipais de saúde e a precarização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: caminhos e descaminhos da municipalização.
- Consciência sanitária e nível de conhecimento dos gestores de Saúde: uma realidade ainda pendente na práxis dos municípios brasileiros

INTRODUÇÃO GERAL

O movimento da reforma sanitária brasileira almejava, desde o início, a reorganização da política de saúde vigente. Buscava instituir um sistema que apresentasse características como: regionalização, unificação e descentralização, assim como a universalização do atendimento e da cobertura, hierarquização e integralidade do sistema, instituindo mecanismos participativos visando assegurar a participação e controle social (Cotta et al., 1998).

A idéia vigente era que a política de saúde promovida pelo regime militar, juntamente com uma gestão tecnocrática-autoritária, privilegiava a privatização, a medicalização da saúde e o acesso aos serviços vinculados à inserção do indivíduo no mercado de trabalho, em detrimento da saúde pública; situação que agravava ainda mais as desigualdades sociais já existentes no país. Assim, o Movimento da Reforma Sanitária visava produzir um novo conhecimento que abarcasse as causas populares e que fosse capaz de materializar uma proposta alternativa de saúde, baseada no princípio de saúde como um direito de cidadania (Pego & Almeida, 2002).

Ocorre então, no ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se constituiu num marco na história da saúde no Brasil ao representar um importante momento de discussão e definição dos princípios propostos pela reforma. Nesta conferência estavam reunidos pela primeira vez uma gama diversificada de representantes sociais de todo o país, resultando na ampla legitimação do ideal político-ideológico do Movimento da Reforma Sanitária. Durante a mesma, foram definidos os princípios básicos sobre os quais o Sistema Único de Saúde - SUS deveria ser institucionalizado, servindo de subsídios para a aprovação do Capítulo Saúde na Constituição Federal de 1988 (Cotta et al., 1998).

Para assegurar este direito, a Constituição Federal define então os princípios e diretrizes sob o qual se fundamenta o SUS, um sistema público descentralizado e integrado pelas três esferas do governo.

Estabelecendo como princípios, a universalização da cobertura e do atendimento, a descentralização das ações e serviços e a equidade no acesso aos mesmos (Brasil, 1988). Suas diretrizes enfocam o atendimento integral, a participação da comunidade no controle social, a descentralização das ações e serviços com a direção única em cada esfera de governo. Diante dessa realidade, a construção do SUS imprimiu mudanças no aprofundamento do processo de participação política e social da comunidade (Cotta et al., 1998).

O arcabouço jurídico-institucional da saúde é complementado pelas leis orgânicas (8.080/90 e 8.142/90), ambas de 1990, que tratam principalmente da organização dos serviços e da participação comunitária, respectivamente.

A Lei 8.080, promulgada em 19 de setembro de 1990, regula as ações e serviços públicos e privados de saúde no que concerne à sua direção, gestão, competências e atribuições em cada nível de governo (Brasil, 1990a). A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, vem para complementá-la em decorrência dos vetos efetuados, pelo então Presidente da República, estabelecendo e dispondo legalmente, sobre o controle social através da criação das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde abertos à participação de diferentes membros da sociedade civil, nas três esferas de governo; além de tratar sobre questões relacionadas ao financiamento do setor (Brasil, 1990b).

O SUS constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar a gestão municipal. Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, devido a sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento quanto com a eficiência administrativa de sua operação.

A base do modelo do SUS se encontra na separação entre a provisão de serviços e seu financiamento. A provisão fica a cargo dos municípios e o financiamento como atribuição das três esferas de governo (Arretche, 2000).

Com o objetivo de direcionar o processo de implementação do SUS foram elaboradas as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB). As duas primeiras foram formuladas em 1991 e 1992, respectivamente

as NOB 01/91 e a NOB 01/92. Em 1993 foi editada a terceira Norma Operacional SUS, ou NOB 01/93, considerada a primeira a efetivamente normatizar a implantação do SUS e referir-se a seus princípios. Esta NOB buscou sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e dos serviços. Seu processo de implantação foi iniciado no final do ano 1994, tendo permanecido válida até 1998 (Campos, 2005).

A partir das experiências provenientes do processo de descentralização proporcionado pela NOB 01/93, foi desenhada uma nova norma, a NOB 01/96, a qual redefiniu critérios de habilitação de Estados e municípios. Apesar de formulada em 1996, foi regulamentada apenas em 1998. Segundo a NOB 01/96, o município continuou a ser o principal operador da rede de serviços, sendo de sua total responsabilidade o atendimento à atenção básica à saúde.

Para financiar os procedimentos e ações da Atenção Básica, a NOB 01/96 propôs uma importante mudança na forma de financiamento do sistema, com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), cuja vigência iniciou-se em fevereiro de 1998. O PAB é uma forma de transferência de recursos, regular e automática, em que a verba federal é repassada diretamente aos municípios (Costa & Pinto, 2002).

A importância do mecanismo do PAB é que este dissociou o repasse financeiro do faturamento por produção. Este prejudicava os municípios mais pobres, que não possuíam unidades de saúde. O PAB pode ser considerado um agente intermediário no processo de descentralização do Sistema de Saúde. Além disso, o PAB significou um importante passo no sentido do aumento da equidade do sistema (Negri, 2002).

O PAB incentivou as seguintes ações e programas: Ações Básicas de Vigilância Sanitária; Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental; Assistência Farmacêutica Básica; Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família (PSF) e Combate às Carências Nutricionais (Costa, 2003).

A implementação da NOB 01/96 permitiu que fossem identificadas suas fragilidades, particularmente no que se refere às questões intermunicipais. Ocorreram dificuldades no estabelecimento de fluxos de

referência e contra-referência, e de hierarquia e integração dos serviços de saúde (Negri, 2002).

Na busca de solucionar estes problemas, e de consolidar o processo de descentralização, foi elaborada a Norma Operacional da Assistência à Saúde, a NOAS 01/01 e a NOAS 01/02. O principal objetivo da NOAS 01/01 foi o fortalecimento da regionalização da assistência. Nos municípios, foi ampliada a responsabilidade da atenção básica. A NOAS 01/02 manteve as diretrizes definidas pela NOAS anterior e procurou oferecer alternativas à superação das dificuldades encontradas em sua operacionalização. Para os municípios, as regras para o recebimento das verbas referentes aos programas financiados por meio do PAB, dentre eles o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF, permaneceram as mesmas (Bonassa & Campos, 2001 ; Campos, 2005).

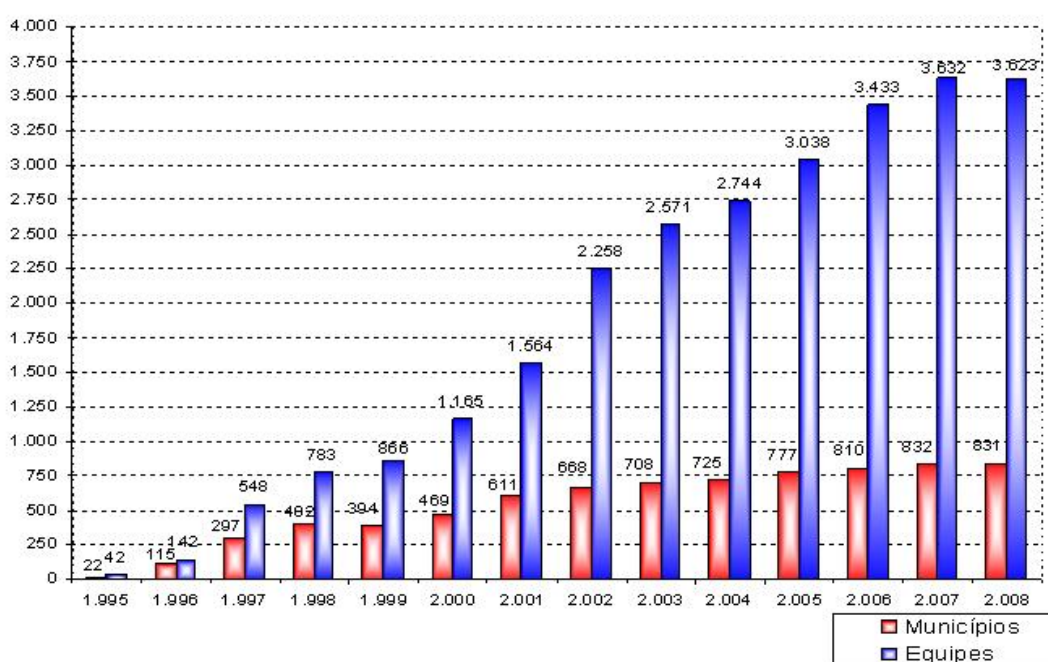
Ao analisar esse processo, verifica-se que um primeiro e importante passo na descentralização do SUS foi a transferência, para os municípios, da gestão do sistema ambulatorial, e da responsabilidade pela atenção básica à saúde da população. O que, de fato, possibilitou que esta transferência fosse efetiva, foi a criação do PAB (Campos, 2005).

Dentre os programas financiados pelo PAB, destaca-se o PSF, por sua participação crescente em todo o período. Ao aderir ao PSF, o município recebe auxílio financeiro para investir na implantação da equipe de saúde da família. Caso mantenha seu sistema de informação atualizado, passa a ter direito de receber uma parcela mensal de recursos, específica para compor o financiamento do programa, parte de seu PAB. Entretanto, a não alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) por um período de 2 meses consecutivos, ou de 3 meses alternados durante o ano, implica na suspensão do cadastramento do programa. Com isso, há suspensão dos recebimentos referentes à parcela do PAB do PSF (Campos, 2005).

O valor do incentivo para as equipes do PSF varia de acordo com o percentual da população atendido pelo programa. Os recursos federais representam apenas um percentual dos custos de manutenção de uma equipe. Além dos incentivos que compõem o PAB, para a manutenção

do programa também é preciso adicionar recursos de fontes estaduais e municipais (Brasil, 2001 a).

Em função da análise do orçamento é possível observar que a expansão do PSF foi efetivamente uma política prioritária na área de saúde na medida em que o comportamento dos governos, principalmente os locais, depende, não exclusivamente, mas em grande medida, dos incentivos a que estes estão sujeitos. O gráfico 1 ilustra o crescimento do PSF no estado Minas Gerais que em fevereiro de 2008 já contava com 3.623 equipes do PSF atuando em 831 municípios.



FONTE - SES/SAS/PSF/ICMS/FEVEREIRO08

Gráfico 1: Número de municípios e equipes que aderiram ao Programa de Saúde da Família em Minas Gerais no período de 1995 a fevereiro de 2008.

O processo de descentralização ampliou o contato do SUS com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-o mais complexo e colocando os gestores à frente dos desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão. Frente a esta necessidade, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho

Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde através do documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Brasil, 2006a).

Nos documentos do MS, o PSF é apresentado como um “novo modelo estruturante” e como “estratégia prioritária”, que pretende resolver a crise do setor de saúde otimizando a relação custo-benefício através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços (Capozzolo, 2003; Brasil, 2006).

A partir desta perspectiva, com a institucionalização legal e prática do SUS, quatro questões sobre a gestão têm sido reconhecidas como fundamentais para a sua implementação: (1) a descentralização, (2) o financiamento, (3) o controle social e (4) a política de recursos humanos (RH) (Brasil, 2005). Neste estudo interessa, especialmente, a gestão de RH, sendo esta a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país (Brasil, 2005). E a contra-senso, o que se observa é que esse problema tem se agravado com a implementação do PSF.

O PSF incorpora e reafirma os princípios do SUS. Além disso, tem como princípios básicos ser substitutivo do modelo bio-médico hegemônico, trabalhar em equipe multiprofissional, com território definido e adscrição da clientela e realizar a vigilância à saúde. Segundo o Ministério da Saúde, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e das famílias, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (Brasil, 1997; Scherer, et al., 2005;).

O PSF foi criado na década de 1990, inspirado em experiências de outros países, como Cuba, Inglaterra e Canadá, onde a saúde pública alcançou níveis de qualidade com o investimento na promoção da saúde e prevenção de doenças. Sendo este programa no Brasil precedido pela criação do PAS - Programa Agentes de Saúde (Ceará-

1987) e PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2001 b).

Os princípios que norteiam o PSF são originários de propostas de diferentes grupos e articulações, tais como a Medicina Comunitária, as Ações Primárias de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde (SILOS). O que parece diferenciá-lo é sua inserção no escopo das políticas públicas de saúde, fazendo com que seus princípios sejam assumidos, pelo menos no discurso, por praticamente todos os gestores do país (Scherer, et al., 2005).

Constitui atribuição das equipes do PSF o conhecimento da realidade, a identificação de problemas de sua área de abrangência e a elaboração do planejamento local. A execução das ações segue a lógica da vigilância à saúde e da valorização da relação com o usuário e a família. Espera-se a prestação de assistência integral – completa e contínua em todas as fases de vida do indivíduo. Cada equipe multiprofissional é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); o número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Os profissionais devem promover atividades educativas de grupo, ações intersetoriais e parcerias para enfrentamento dos problemas, além de incentivar e participar da organização dos Conselhos de Saúde (Scherer, et al., 2005; Costa Neto, 2000; Brasil 2006b).

Os trabalhadores da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (L'abbate, 1994). A qualidade dos serviços de saúde passa a ser o resultado de diferentes fatores que se transformam em instrumentos tanto para a definição e análises dos problemas como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais sanitários e gestores (prefeitos, secretários e conselheiros

municipais de saúde, entre outros) com as normas técnicas, sociais e humanas (Gattinara, 1995; Cotta et al., 1998; Cotta et al., 2006 a; Cotta et al., 2006 b).

O PSF, como implementação da política setorial, que envolve mudanças expansionistas de cobertura e abertura de postos de trabalho com diferentes tipos de contratos, constitui um incentivo à dedicação através de remuneração algumas vezes mais elevada do que as ofertadas em hospitais e ambulatórios (Pierantoni, 2005).

Observa-se alta adesão dos secretários municipais de saúde à proposta do PSF. Já são mais de 5000 mil municípios em todo o território nacional (RADIS, 2006), porém identifica-se que os aspectos inovadores do programa ainda terão que ser assimilados, assim como a necessidade de uma nova maneira de administrar. Segundo Campos (1998), a resolução destas pendências, ajudará a cumprir as exigências do modelo de atenção proposto pelo SUS.

Com um total de 5.564 municípios, o Brasil hoje é composto em sua grande maioria por municípios de pequeno porte, registrando uma porcentagem de 73,1% ou 4075 municípios com população de até 20 mil habitantes. Esses fatos estabelecem os pequenos municípios como um dos principais protagonistas na implementação e gestão do SUS, não podendo ser deixados de fora da lista de prioridades (CONASENS, 2007).

Entretanto, observa-se pequena preocupação das instâncias de governo local em criar mecanismos que incorporem os profissionais de saúde aos pressupostos de responsabilidade social e compromisso político no aperfeiçoamento dos serviços. Os gestores do sistema municipal agem sob a pressão política do governo municipal e não mencionam que não há lugar para um sistema de saúde eficaz sem que seus elementos constitutivos — recursos humanos, equipamentos, infraestrutura dos serviços e demandas sociais — estejam permanentemente no centro das preocupações e do investimento do governo local (Gerschman, 2001).

As formas de vinculação com os serviços de saúde, apesar de ágeis sob o ponto de vista gerencial, apresentam desvantagens como a desigualdade de ofertas do mercado educativo para formação

profissional, tanto quantitativos (concentrações regionais, por exemplo) quanto qualitativos (proliferação desordenada de cursos em determinadas áreas de formação, práticas pedagógicas excludentes de uma visão de integralidade de trabalho em equipe, por exemplo); a intensificação e o privilégio das modalidades de contratação no SUS sem amparo legal, gerando um alto índice de precarização em todo país; a precária estrutura e capacidade gestora tanto do setor educativo como de prestação de serviços; a perda de direitos trabalhistas; a rotatividade de profissionais; o incentivo ao descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência (Pierantoni, 2005; Vieira, et al., 2001; Cotta, et al., 2006 a).

Este tipo de desproteção sócio-legal implicado pela noção de precariedade do trabalho está associado a certos aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico, que atualmente tende a ser pautado pela globalização/mundialização do capital, com fortes influências sobre as condições individuais e coletivas de vida e de trabalho. De modo geral, as características econômicas desse tipo de desenvolvimento fazem com que o trabalhador seja levado a “aceitar” a relação contratual precária, dado que se encontra num país com considerável nível de desemprego estrutural e no qual, portanto, a outra opção é a situação do desemprego, socialmente mais excludente (Nogueira et al., 2004).

Destarte, a complicada relação entre esses elementos constitutivos, demonstra que esta ainda é uma questão pendente na pauta de implementação do SUS, tendo sua face mais perversa na implantação e implementação do PSF.

Neste sentido, trabalhar com o foco nos gestores municipais de saúde de diferentes cidades constitui importante estratégia para identificar eventuais diferenças entre as concepções e as trajetórias institucionais da gestão do trabalho no PSF, o que vai ao encontro das políticas do governo federal que almejam a desprecarização das relações de trabalho no SUS, mas conforme apontam os dados deste estudo, todavia se mostram distante da realidade dos municípios.

Por fim, é importante que se destaque que, embora neste estudo se tenha avaliado a situação de gestão de RH em uma macrorregião

sanitária do estado de Minas Gerais, sua relevância está no fato de que os resultados encontrados dizem respeito à realidade da grande maioria dos municípios brasileiros pois, com o fenômeno da flexibilização das relações do trabalho, a precarização laboral é hoje uma realidade igualmente globalizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Arretche, M. (2000). Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização. São Paulo: Fapesp, 2000.

Bonassa, E.; Campos, C. V. A. Saúde Mais Perto: os programas de saúde e as formas de financiamento para os municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. 2006. 76 p. – Série A. (Normas e Manuais Técnicos). Série Pactos pela Saúde 2006, v. 1. a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – Série A. (Normas e Manuais Técnicos). Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. b.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde- 3ª ed. ver. atual – Brasília: Ministério da Saúde, 2005

Brasil. Ministério da Saúde. Determinação e Avaliação do Custo do Programa de Saúde da Família. Relatório REFORSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: MS; 2001 b.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a

organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set. (a)

Brasil. Lei nº 8142 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 da União 1990; 28 dez. (b).

Campos, C. V. A. POR QUE O MÉDICO NÃO FICA? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação GetulioVargas, São Paulo. 2005.

Campos, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out/dez. 1998.

Capozzolo, A. A. No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, p. 242- 249.

CONASEMS. Agenda incompleta, diretrizes de gestão e Tese no CONARES 7 de maio. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde -. Jornal CONASEMS. n º 0 6. Junho de 2007.

Costa, L. R. L. Os critérios de alocação de recursos financeiros no Sistema Único de Saúde: uma visão a partir das Normas Operacionais, 1991 a 2002. 2003. 118f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação GetulioVargas, São Paulo.

Costa, N. R; Pinto, L. F. Piso da Atenção Básica: mudanças na estrutura. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Orgs.) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Ed. Sobravime, 2002, p. 271-298.

Costa Neto, M.M. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: MS, 2000. 44p. (Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1).

Cotta, RMM, Schott, M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2006; 15(3):7-18 a.

Cotta, RMM, Azeredo, CM, Schott, M, Franceschini, SCC, Priore, SE, Martins, PC. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. Rev. Médica de Minas Gerais, 2006, 16(1):2-8 b.

Cotta, RMM, Mendes, FF, Muniz, JN. Descentralização das políticas públicas de saúde: Do imaginário ao real. Viçosa. Ed. UFV/CEBES, 1998.

Gattinara, BC, Ibacache, J, Puente, CT, Giaconi, J, Caprara, A. Community Perception on the Quality of Public Health Services Delivery in the Norte and Ichilo Districts of Bolivia. Cadernos de Saúde Pública 1995;3:425-438

Gerschman, S. Municipalization and management innovation: an inventory of the 1990s. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

L'abbate, S. Educação em saúde: uma nova abordagem. Cadernos de Saúde Pública 1994;4:481-490.

Levcovitz, E, Lima, L, Machado, C. 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva 6(2):269-291.

Negri, B. A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Negri, B. & Viana, A. L. D. (Orgs.) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Ed. Sobravime, 2002, p. 15 – 44.

Nogueira, RP, Beraldi, S, Rodrigues, VA. Limites Críticos da Noção de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2004; Pp. 81-103.

Pego, RA, Almeida, C. Teoria y practica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Cad. de Saúde Pública 2001; 17(1):89-97.

Pierantoni, C. R., Varella, T. C., França, T.: Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises – Volume 2. 2005.

RADIS. Comunicação em Saúde. Faltam médicos para o PSF. RADIS-Dados, Rio de Janeiro, (49): 8, 2006.

Scherer, MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas Interface - Comunic., Saúde, Educ. set.2004/fev.2005; 9(16):53-66.

Vieira, A.L.S., Oliveira, E. S. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: empregos para os enfermeiros nas três últimas décadas. Revista Brasileira de Enfermagem V54, N4, p326-629. 2001

ARTIGO DE REVISÃO

Saúde, Democracia e Organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: Desafios estratégicos.

RESUMO

A democracia deve promover a satisfação de interesses diversos (o bem comum), o que é imprescindível para a construção dos consensos, quando possível, entre os distintos atores. A partir de meados da década de 1970, o Brasil passa por importantes transformações político-democráticas configurando-se em anos de mudanças nos paradigmas da saúde. Com a constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os gestores, trabalhadores e usuários do sistema se deparam com uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde – modelo de produção social em saúde. Entretanto, para promover o desenvolvimento da real ruptura do modelo sanitário anterior — flexneriano —, as relações trabalhistas devem superar a precarização do trabalho por meio de medidas como investimentos consistentes nas áreas da gestão de recursos humanos com a criação de meios de discussão para uma gestão democrática. O presente artigo tem como proposta repensar as relações entre a democracia e a saúde, a partir da análise reflexiva das práticas de gestão do trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF), no contexto das reformas políticas. Entende-se que a efetiva consolidação do PSF como reorganizador da Atenção Básica, possibilitará a configuração de novos arranjos institucionais, capazes de repercutir na cultura sócio-política do país, e contribuirá para a construção de políticas mais eficazes, justas e solidárias propostas pelo SUS.

Palavras Chaves: Democracia, Recursos humanos em saúde, Sistemas de saúde, Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Democracy must promote the satisfaction of diverse interests (common good), which are essential for the construction of consents, when possible, among distinct actors. Since the middle 1970's, Brazil has experienced important political-democratic transformations which conveyed in years of changes in health paradigms. With the 1988

Constitution and the creation of the Single Health System (SUS – Sistema Único de Saúde), managers, workers and its users felt across a new way of thinking, structuring, developing and producing health services and care - model of social production in health. However, to promote the rupture with the previous sanitarian model - Flexinerian, the work relations in the sector must surpass the work precarization through measures, such as consistent investments in the areas of human resources administration which will provide argumentation means for a democratic administration. The objective of this article is to rethink the relations between democracy and health from the work administration reflexive analysis on the Family Health Program (PSF – Programa de Saúde da Família) upon the context of political reforms. It is understood that the FHP actual practice as a basic attention reorganizer facilitates the configuration of new institutional arrangements, capable of reflecting on the country's social-political culture and contributing to a more efficient, fair and sympathetic policy construction proposals by SUS.

Key-words: Democracy, Health Manpower, Health Systems, Single Health System, Family Health Program.

INTRODUÇÃO

A democracia é uma “invenção” da civilização helênica antiga, podendo ser caracterizada, desde as suas origens, como o governo “de muitos” ou “da maioria” — de fato, em grego δημοκρατία, ou seja, δημο (*demo*) = povo; κρατία (*cracia*) = governo — como discutido por Platão e Aristóteles, respectivamente, nos textos clássicos *Político* e na *Política*^{1, 2}

O nascimento do discurso e da práxis democráticos somente foi possível no tecido social próprio da *pólis* grega (cidade-estado), na medida em que o *compartilhar da palavra-diálogo*³ permitiu a constituição de uma noção de bem comum, governável a partir do debate político bem articulado:

“A cidade-estado, ao incentivar os homens a tomarem o destino em suas próprias mãos, dessacraliza. Nada do que pertence ao domínio público há de ser regulado por um único indivíduo. Assuntos comuns são tratados no debate, guerra de palavras, origem do bem comum. O discurso sustenta, congrega, une crítica, vigia, reina.” [...] “A palavra é nossa cidade”⁴.

Tal desenvolvimento sustentado pela *palavra* é a base para a *democratização*, conjunto de processos de produção ou reprodução de

comportamentos democráticos, na esfera do governo e da sociedade. Neste sentido, o pensamento grego antigo é absolutamente atual,^{*, 5, 6, 7, 8} especialmente ao se reconhecer que tal movimento se constitui sempre que comportamentos político-democráticos são internalizados pelos atores políticos no processo de socialização, ou quando existe consenso entre os atores políticos para substituir a satisfação de interesses particulares por interesses coletivos. A democracia deve promover a satisfação de interesses diversos — o bem comum —, o que é imprescindível para a construção dos consensos, quando possível, entre os distintos atores⁹.

A democracia *“coloca os cidadãos na posição de coagir o coator”* [tornando-se] *“provável que estes usarão seus direitos desse modo se forem levados a crer que um número suficientemente grande de outros cidadãos aderirá a essa estratégia para obrigar as autoridades do Estado a abster-se de forçar os cidadãos a contribuir”*¹⁰. Em outras palavras, os cidadãos podem, por exemplo, votar contra os representantes que propõem a contribuição compulsória para os bens públicos, como de fato ocorreu diversas vezes na história, quando foram eleitos representantes favoráveis à redução de impostos (que, como o nome diz, são contribuições obtidas por imposição)¹¹.

Desta forma, *“A alternativa parece supor que os agentes produzem bens coletivos não devido à capacidade racional de maximizar a utilidade e evitar punições, mas em virtude de sua disposição normativa para fazê-lo, ou da relação de confiança, reciprocidade, simpatia e justiça que sentiram existir entre si próprios e as demais pessoas que contribuem”*¹⁰.

No âmago dos debates democráticos está a questão dos direitos sociais, uma vez que para a reprodução da democracia — entendida,

* A atualidade do pensamento grego, presentemente evocada, diz respeito ao papel hegemônico que a *palavra-diálogo* tem, tanto para os antigos, quanto para os contemporâneos. Em primeira instância, é claro que a liberdade da democracia grega era “[...] destinada a poucos, em todo caso a uma minoria”⁶, ou seja, marcadamente excludente — baseada na escravidão —, aspecto que, em princípio, a afasta do debate democrático contemporâneo, no qual se tem buscado a extensão dos direitos a todos. Sem embargo, esta leitura dicotômica é criticada por diferentes autores, com destaque para Jacques Derrida⁷, filósofo que “ataca” o conceito de cidadania — cerne da democracia ateniense e da democracia contemporânea — por considerá-lo meramente *abstrato*, visto que existem muitos excluídos *de facto*, embora não *de iure*, da cidadania^{7,8}; na continuação da discussão, Derrida⁷ acaba por propor a substituição do conceito obsoleto de “cidadania” pela “hospitalidade incondicional”, fundamento da *democracia porvir*⁷. Desta feita, é possível estabelecer inúmeros pontos de contato entre “as democracias” mencionadas, especialmente no enfoque dado neste manuscrito.

sob inspiração grega, no cerne de um discurso que “*sustenta, congrega, une crítica, vigia, reina*”⁴—, é indispensável a constituição de sujeitos democráticos, o que remete a uma concepção específica da sociedade, referenciada no reconhecimento de si mesmo e do outro e que se expressa na existência de direitos a serem usufruídos pelo conjunto dos cidadãos¹². Merece destaque, no bojo dos debates sobre os direitos sociais, o direito à saúde, especialmente se este for considerado não apenas *um* direito social, mas, sim, *um conjunto* formado por praticamente todos os direitos sociais.¹³ De fato, o direito à saúde, além de envolver ações específicas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde — prestadas por um sistema especializado —, alberga, também, determinantes da situação de vida e de trabalho, do ambiente, dentre outros, ou seja, as condições necessárias ao prosseguimento da vida com um mínimo de qualidade¹⁴.

Neste sentido — relações entre saúde (enquanto direito) e democracia —, vale ressaltar que tal pensamento esteve presente na luta pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta e possibilitou a formulação do projeto da reforma sanitária brasileira sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico crítica. Procedente de um grupamento de profissionais e intelectuais da área de saúde, o movimento sanitário se propôs a incorporar em sua luta as demandas da sociedade como um todo, partindo da consideração de que as condições de exercício profissional estão submetidas às mesmas determinações que se responsabilizam pela precariedade da saúde da população. Esta expansão do grupo é parte do processo de construção de hegemonia, isto é, de uma nova relação entre classe-Estado-sociedade,^{15,16}

Destarte, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira almejava, desde o início a reorganização da política de saúde vigente, buscando instituir um sistema que apresentasse características que assegurassem a participação e o controle social¹⁶.

As conferências de saúde podem ser espaços públicos para a efetiva participação política da sociedade civil, contribuindo para a democratização das ações do Estado na construção do direito à saúde no Brasil contemporâneo¹⁷. A VIII Conferência Nacional da Saúde (VIII

CNS), realizada em 1986, pode ser considerada o marco deste movimento, ao representar um importante momento de discussão e definição dos princípios propostos pela reforma. Nesta ocasião foram sedimentados os princípios básicos sobre os quais o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser institucionalizado¹⁶.

Na Constituição Federal de 1988 (C.F.1988) foram consolidadas as diretrizes do SUS, estabelecendo como princípios deste sistema, a universalização da cobertura e do atendimento, a descentralização das ações e serviços e a equidade no acesso aos mesmos¹⁸. Essas diretrizes enfocam também o atendimento integral, a participação da comunidade visando o controle social e as ações e dos serviços com a direção única em cada esfera de governo¹⁹.

São três as características que definem o SUS: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal) e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos na vida política: prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários²⁰. Ou seja, o SUS constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais valorizar a gestão municipal.

Apesar do caráter democrático do modelo do SUS, alguns obstáculos aparecem na implantação, devido a sérias dificuldades relacionadas tanto ao seu financiamento quanto à eficiência administrativa de sua operação. As práticas de participação da sociedade civil brasileira nos espaços públicos têm evidenciado que o processo de construção democrática não é linear, e sim contraditório e fragmentado — o que é observado de fato, desde o alvorecer da democracia em Atenas. O papel de protagonista do aprofundamento democrático, no que concerne à formulação, implantação e execução das políticas públicas no país concedido à sociedade civil, ainda não é exercido satisfatoriamente¹⁷.

Desta feita, o Programa de Saúde da Família (PSF) incorpora e reafirma os princípios do SUS. Sem embargo, os princípios que norteiam o PSF são originários de propostas de diferentes grupos e articulações, tais como a Medicina Comunitária, as Ações Primárias de Saúde e os

Sistemas Locais de Saúde (SILOS). O que parece diferenciá-lo é sua inserção no escopo das políticas públicas de saúde, fazendo com que seus princípios sejam assumidos, pelo menos no discurso, por praticamente todos os gestores do país²¹.

Os profissionais do PSF, ao se inserirem na comunidade, tornam-se os atores político-democráticos responsáveis por satisfazer os interesses e as necessidades da população assistida. Isto implica reconhecer a relevância desse tipo de trabalho na construção do direito à saúde como uma questão de cidadania. Neste sentido, é necessário rever o papel da equipe, dos gestores e usuários na ampliação dos espaços de participação popular, refletindo sobre suas relações de poder. Cidadania caminha ao lado da democracia, e democracia se faz em ato²².

Neste contexto, a qualidade dos serviços de saúde passa a ser o resultado de diferentes fatores que se transformam em instrumentos, tanto para a definição e análise dos problemas como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais sanitários e gestores (prefeitos, secretários e conselheiros municipais de saúde, entre outros) com as normas técnicas, sociais e humanas^{23, 24, 25, 26}.

Observa-se alta adesão dos secretários municipais de saúde à proposta do PSF considerando-se os mais de 5000 mil municípios em todo o território nacional²⁷; todavia, identifica-se que os aspectos inovadores do programa ainda terão que ser assimilados, assim como a necessidade de uma nova maneira de administrar. Segundo Campos²⁷, a resolução de pendências, como as relacionadas à gestão de recursos humanos (RH) na saúde, ajudará a cumprir as exigências do modelo de atenção proposto pelo SUS.

Vale ressaltar, que a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica, já que envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na expectativa de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento

do controle social no sistema²³, ou seja, na ampliação da democratização na saúde.

Reconhece-se, outrossim, que o exercício democrático, no sentido grego de *práxis* e de *lexis*, antes atributo restrito a uma minoria social isenta do labor, pode agora, na Modernidade, ser desempenhada, em princípio, por todo e qualquer indivíduo, inclusive pelos estratos inferiores e pelos trabalhadores. Um dos traços mais marcantes do sistema de classificação social é dado agora pela distinção entre indivíduos capazes e incapazes de trabalhar. Efeito notável dessa revalorização do trabalho, portanto, pode ser sintetizado através da ascensão do trabalhador ao universo público e aos direitos de cidadania, de tal forma que a distinção entre aptos e inaptos ao trabalho será igualmente, daqui para frente, critério definidor da condição de cidadania. A democracia, atrelada à perspectiva individualista, aparece como uma nova forma de organização política, já que apresenta como pressuposto a concepção de igualdade, não cabendo mais relações entre súdito e soberano, na medida em que cada cidadão pode se tornar seu próprio soberano²⁹.

Desde esta perspectiva, este artigo propõe-se a repensar as relações entre a democracia e saúde a partir da análise reflexiva das práticas de gestão do trabalho no PSF no contexto das reformas políticas. Entende-se que o efetivo exercício do PSF como reorganizador da Atenção Básica, possibilita a configuração de novos arranjos institucionais — capazes de repercutir na cultura sócio-política do país — e contribui para a construção de políticas mais eficazes, justas e solidárias.

O Processo de redemocratização da Saúde

A partir da segunda metade da década de 1970, em decorrência da crise do setor saúde (financeira, burocrática-administrativa, de cobertura e de legitimidade) o modelo assistencial, que historicamente predominou em todo país, vivenciava uma profunda crise, emergindo, no âmbito da saúde pública, algumas propostas que visavam à transformação das práticas das ações de saúde, objetivando a

ampliação da cobertura para a população excluída pela assistência previdenciária^{24, 31, 32}.

No processo brasileiro de redemocratização, iniciado na década de 1980, observou-se a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, o que produziu a ampliação das demandas sobre o Estado. O Movimento da Reforma Sanitária (MRS) reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, em uma luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar^{16, 33}.

Pouca relevância é dada ao fato de que a reforma do Estado, inclusive a Reforma Sanitária e a melhoria dos padrões da administração pública, são frutos da evolução da própria noção de cidadania, que exige do Estado a prestação de mais e melhores serviços públicos. Desta forma, seria mais apropriado entender o processo de reforma sanitária como consequência “natural” da pressão que a operação do regime democrático gerou sobre a gestão pública^{34, 35}.

A realização da VIII CNS constitui um marco na história da saúde do Brasil, reunindo, pela primeira vez, uma gama diversificada de representantes sociais de todo o país, que resultou na ampla legitimação dos princípios e da doutrina do MRS. Como consequência desse fortalecimento político, o MRS conquistou a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e dos serviços necessários à garantia desse direito, “*mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de saúde*” (art. 196, CF 1988) garantindo, pelo menos legalmente, um processo de produção social da saúde^{16, 33}.

A constituição de 1988 avançou em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no capítulo da Ordem Social, inovando ao consagrar o modelo de seguridade social, como “um conjunto integrado de ações e de iniciativas

dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e à assistência social” (Título VIII, Capítulo II, Seção I, Art. 194). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência social como partes da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, enquanto antes eram restritos à população beneficiária da previdência ou eram benefícios assistenciais que não se constituíam em direitos³⁵.

Para assegurar este direito, a Constituição Federal criou o SUS, obedecendo as diretrizes de regionalização, unificação e descentralização, assim como universalização do atendimento e da cobertura, hierarquização e integralidade do sistema e controle social. A reestruturação do sistema de saúde deveria ter como critério para alocação dos recursos, os perfis epidemiológicos e demográficos dos usuários em nível municipal⁹. O detalhamento dessas diretrizes e as modalidades operacionais previstas para este sistema foram regulamentados por leis ordinárias, no caso as Leis 8.080 e 8.142 de 1990, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS)³⁶.

Dentre as diretrizes citadas, devem-se destacar como pontos centrais do SUS, (1) a universalização da cobertura e do atendimento, (2) a integralidade do sistema e (3) a descentralização das ações e dos serviços de saúde, sendo a descentralização dos serviços e ações de saúde a pedra de toque da reforma¹⁶.

A descentralização conferiria as unidades prestadoras de serviço de saúde, em nível local, uma importância tática na reforma, uma vez que a adesão da população ao projeto de Reforma Sanitária não se faria nem pela via do discurso político ideológico, nem pelas prescrições jurídico-legais, mas, fundamentalmente, pela compreensão fenomênica que se expressa no estabelecimento de melhores serviços prestados e recebidos³⁷.

Necessidade de mudanças

Conquistadas as bases constitucionais e legais do SUS, observa-se, no entanto, que sua operacionalização tem encontrado alguns óbices, não rompendo assim com o modelo anterior^{16, 24}. Pela brutal e rápida diminuição dos investimentos que seriam destinados à ampliação

e melhoria das condições da oferta e com a compressão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados, o resultado inicial foi a progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos³⁸, somadas a uma crise da atenção médica manifestada na desorganização dos hospitais e ambulatórios, em que se mesclam ingredientes perversos: filas, atendimento desumanizado, pacientes nos corredores, mortes desnecessárias, entre outros^{21, 32}. Mas, a solução dessa questão não é exclusivamente de ordem econômica, requerendo uma alteração radical do pacto de poder. Será necessário mais do que um sistema de saúde conceitualmente democrático, para que se chegue a transformar o trabalho em patrimônio de cidadania.

Não obstante, a construção da cidadania implica a criação de normas e consensos partilhados tanto pelas elites quanto pelos demais membros de uma sociedade, acerca das condições de inclusão nessa comunidade de iguais. Esse processo cultural de democratização da esfera pública requer sua normalização por meio de valores compartilhados, bem como o estabelecimento de normas legais que garantam direitos e deveres da cidadania. Finalmente, a possibilidade de desfrutar essa condição de cidadania vai requerer a institucionalização desses consensos, por meio de políticas que garantam o acesso dos cidadãos ao conjunto de bens públicos que possibilitem o nível de bem estar socialmente aceito como inerente à cidadania³⁵. Desta forma, a cidadania não é alguma coisa que nasça acabada, sendo construída pela adição progressiva de novos direitos àqueles já existentes³⁹.

Com efeito, para que o SUS se afirme como espaço da saúde há de se reconstruí-lo levando em consideração seus fundamentos medulares. Isto implica um processo de construção social de um novo sistema de saúde que vai exigir mudanças estruturais, tendo o propósito de ressaltar as mudanças na prática sanitária. A prática sanitária é a forma como uma sociedade num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde³².

O conceito de saúde tomado em sua negatividade como ausência de doença, estrutura uma resposta sob a forma da prática da atenção médica nos marcos da medicina científica²¹. Tendo como referência esta

forma de pensar, o conceito de doença, de acordo com Czeresnia⁴⁰, constitui-se em uma *“redução do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais, as quais se definem por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia”*. A doença é concebida como alteração concreta do corpo do doente. O corpo é assim, desconectado de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida⁴¹ desconsiderando que na prática médica entra em contato com “sujeitos” e não apenas seus órgãos e suas funções⁴². Indubitavelmente, a medicina é uma ciência humana⁴³

A lógica falaciosa desta prática de atenção médica é a de que mais doenças e mais doentes devem ser encarados com mais serviços, e se há mais serviços de atenção disponíveis, a saúde deve melhorar, e sendo esses serviços universais as disparidades de saúde devem atenuar-se³².

Saúde deve ser entendida, então, como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a Vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente³¹.

Assim, o entendimento de que o processo saúde-doença não tem uma dimensão apenas biológica, mas também, psíquica, social, histórica e ecológica, torna necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares na atenção básica e nos demais níveis. O desenvolvimento do aprendizado e da prática transdisciplinar é um elemento estratégico para a construção de novos paradigmas na educação e na prática de saúde⁴⁴.

É por esta razão que se impõe a construção social de uma nova prática sanitária, a qual deve sistematizar, de modo detalhado, a proposta de reorganização do SUS, tendo por base o modelo de vigilância à saúde. Para Teixeira e colaboradores⁴⁵ esta é concebida ainda em uma perspectiva do movimento sanitário, ou seja, não redução de suas ações a uma proposta simplesmente de maior racionalização das ações de saúde pública. A proposta de vigilância à saúde supera os

modelos assistenciais vigentes implicando uma redefinição do sujeito, do objeto e das formas de organização e gestão dos processos de trabalho.

A atenção primária como porta de entrada para o sistema de saúde

A atenção primária foi inicialmente catalogada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde — realizada em Alma Ata —, em 1978, organizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, apesar de, desde 1920, existir um espaço de primeiro contato na atenção à saúde especialmente na Grã-Bretanha^{46, 47}.

A atenção primária à saúde foi, por conseguinte, definida como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”⁴⁶.

A Conferência de Alma Ata especificou ainda os componentes fundamentais da atenção primária à saúde como: educação em saúde; saneamento ambiental (especialmente de águas e alimentos); programa de saúde materno infantil (inclusive imunizações e planejamento familiar); prevenção de moléstias endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional⁴⁶, respaldando e fundamentando os conceitos em uma visão positiva da saúde, do processo de produção social da saúde e da prática de vigilância à saúde.

A ênfase do conceito de atenção sobre a “proximidade com as pessoas” e relacionada com as “necessidades” foram aspectos utilizados na reorganização dos serviços de alguns países como Cuba, o qual tem

como exemplo os médicos de família. Estes residem onde trabalham, são membros da comunidade a qual servem e é em benefício das mesmas que atuam como agentes de mudança, quando existem circunstâncias ambientais ou sociais que demandem melhorias⁴⁷.

A atenção primária é o “primeiro nível de contato,” a *porta de entrada* dos indivíduos, das suas famílias e da comunidade no Sistema para todas as novas necessidades e problemas. É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Está atenta aos problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar⁴⁷.

No Brasil, tem-se adotado a denominação Atenção Básica para a atenção primária, especialmente no âmbito do SUS. Esta elaboração conceitual no país está relacionada à necessidade de construção de uma identidade institucional própria³⁸. Assim, no Brasil entende-se por atenção básica:

“[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde”⁴⁸.

O processo de trabalho deve ser desenvolvido de modo a promover a integração de práticas de promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação, incorporando ações de assistência, promoção e vigilância à saúde³⁸. Atenção básica considerada em todo o mundo como atenção primária, será a denominação escolhida neste trabalho.

O PSF enquanto estratégia de reorganização da Atenção Básica: a porta de entrada

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) menciona o PSF como o primeiro item do capítulo de promoção da saúde⁴⁹. Sendo o PSF uma tentativa de reforma do modelo assistencial, as atividades ligadas à promoção da saúde são essenciais para a caracterização desta proposta. Em uma lógica de responsabilização pelo *status* de saúde de uma determinada população, o serviço deve necessariamente ultrapassar a atenção à demanda e às preocupações unicamente curativas do modelo tradicional, para ir à comunidade e promover a saúde de seus usuários⁵⁰.

O PSF propõe a reorganização da Atenção Básica em ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e de doenças, assistência e recuperação com qualidade, o que favorece a maior aproximação dos serviços à população⁵¹.

De acordo com Ferreira⁵², o termo *prevenir* tem o significado “de preparar, chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças e agravos específicos, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno. Seu objetivo é o controle das doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos⁴⁰.

Já o termo *promover* tem o significado de dar impulso; fomentar; originar; gerar⁵². As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial⁴⁰.

Desta forma, se destaca a importância da superação do modelo médico assistencial privatista e a construção de um modelo integral que privilegie a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, ao mesmo tempo em que resgata as dimensões éticas, culturais e sociais essenciais ao cuidado à saúde da população⁵³.

A valorização das práticas de promoção e prevenção, fez com que o Ministério da Saúde (MS) implementasse a partir de 1994, o PSF, o que se ilustra bem na citação de Mendes³²:

“[...] deseja criar, no primeiro nível do sistema, verdadeiros centros de saúde, em que uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às famílias e ao seu hábitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo, mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolutividade; com baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais, e articulando-se com outros setores que determinam a saúde”.

Neste sentido, o PSF destaca-se enquanto estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, onde a compreensão do processo saúde–doença, a qual estão expostos os indivíduos, passa a ser pensada de uma forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar⁵¹.

Na reorganização das práticas de trabalho, têm-se como preceitos e atividades fundamentais: o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento/programação locais, a complementaridade (integração entre os diversos níveis de atenção à saúde e socio sanitárias), a abordagem interprofissional, a referência e contra-referência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social⁵⁴.

Nesse sentido, concebido inicialmente como um programa, é considerado pelo Ministério da Saúde como *“uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde visando à reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde”*³³.

Em 1998, com a implantação da NOB/SUS 01/96 e do Piso de Atenção Básica, institui-se a lógica de financiamento *per capita* para o PACS e o PSF, por meio do PAB variável. Esses programas têm suas normas e diretrizes definidas pela portaria GM/MS nº 1.886, que os reconhece como importante estratégia para o aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. A publicação do “Manual para Organização da Atenção Básica”, em 1998, foi outro passo na demarcação da importância da atenção básica para a organização dos sistemas de saúde. Além do arcabouço jurídico-legal, avançou-se na definição de responsabilidades e na estratégia organizativa. Nesse documento, a Atenção Básica é destacada pela sua importância no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, sendo definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação⁵⁴.

O PSF como forma de territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Permite, assim, compreender a dinâmica do núcleo familiar, suas relações na sociedade (inclusive o modo social de produção) e avaliar o quanto determinantes sociais contribuem para um melhor ou pior desenvolvimento do processo de saúde nessa comunidade. Como orientador das políticas intersetoriais, tem papel fundamental, uma vez que, pelas mesmas razões, é capaz de permitir a compreensão que estruturas precisam ser modificadas visando ao bem estar da sua comunidade. Da mesma forma, é capaz de ser importante mobilizador das forças sociais que nesse espaço atuam, de modo a interagirem com o governo local na busca de soluções para os seus problemas³².

De acordo com Mendes e Donato⁵⁵, o PSF deve assumir uma concepção de território que transcenda a simples concepção espacial e quantitativa considerando o território geográfico onde estão coletivos humanos com modos de vida, relações sociais, culturais, políticas,

ecossistêmicas e históricas, que são singulares de cada cidade e, dentro desta, de cada bairro, vila ou povoado.

Neste sentido, por sua capacidade de conhecer a realidade epidemiológica, utilizar as ferramentas informatizadas já disponíveis e traduzir temas para uma linguagem acessível à sua comunidade é possível a construção de metas e pactos visando uma vida mais saudável para os seus membros, com avaliação dos impactos produzidos a tempos determinados. Por outro lado, por sua possibilidade de garantia de acesso, se mostra estrategicamente importante como porta de entrada da atenção básica no sistema de saúde, sendo capaz de acompanhar e garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema, na medida em que cada caso requerer, sem perder o vínculo original e a individualidade necessária⁵⁶.

A difícil (re)organização das práticas de trabalho no contexto do PSF

Desde a institucionalização do SUS e conseqüentemente do PSF, quatro questões sobre a gestão têm sido freqüentemente reconhecidas como fundamentais para a sua implementação: (1) a descentralização, (2) o financiamento, (3) o controle social e (4) a política de recursos humanos (RH). De todas elas, a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país é a dos RH^{25, 57}. E, paradoxalmente, é justamente com a implementação e o incremento do PSF, que esse problema tem se agravado.

No cotidiano do trabalho no âmbito do PSF é comum encontrar problemas relacionados às formas de contrato, à infra-estrutura material (heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária), à dinâmica da assistência (sobrecarga de atendimento que gera dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho) e condições socio-políticas para desenvolvimento do trabalho (diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na

relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda, por exemplo)^{25, 58, 59, 60}.

Se por um lado, os direitos sociais dos trabalhadores ocupantes de cargos públicos estão assegurados pelo artigo 39 da Constituição Federal (modificado pela emenda constitucional N°19)^{18, 61, 62}, por outro lado, é justamente o próprio governo que descumpre a lei¹⁶. No setor saúde, especialmente no que se refere à contratação dos profissionais do PSF, observa-se uma grande precarização das relações de trabalho, aspecto que parece ser afim aos hodiernos movimentos do capitalismo tardio^{25, 63, 64}.

Assim, esses profissionais permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e das diferenças entre governos que se sucedem no poder, tão presentes na realidade dos municípios brasileiros, desestabilizando, desta forma, o valor transformador da reforma sanitária brasileira e do PSF¹⁶.

Desde esta perspectiva, há que se ressaltar a iniciativa do MS, por meio da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) com responsabilidade do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), de criação do programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo que propõe a reformulação das estruturas de recursos humanos, buscando espelhar a experiência do MS na área de gestão do trabalho e da educação na saúde. Tal iniciativa, realizada em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), leva em consideração o porte e as necessidades dos estados e municípios. Entre as propostas de intervenção estão as ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de RH⁶⁵.

O distanciamento entre o setor educacional e a prática no contexto do PSF

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o

desempenho e a gestão dos RH afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários^{26, 30}. Entretanto, tem sido constatado que o perfil dos profissionais em formação não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação^{66, 67}.

Segundo Gerschman⁶⁸, as instâncias de governo local tem tido pouca preocupação em criar mecanismos que incorporem os profissionais de saúde aos pressupostos de responsabilidade social e compromisso político no aperfeiçoamento dos serviços. Os gestores do sistema local agem sob a pressão política do governo municipal e esquecem que não há lugar para um sistema de saúde eficaz sem que seus elementos constitutivos — recursos humanos, equipamentos, infraestrutura dos serviços e demandas sociais — estejam permanentemente no centro das preocupações e do investimento do governo local⁶⁸. Estudos têm demonstrado que os grandes vilões do absenteísmo, estresse e adoecimento dos trabalhadores de saúde são a sobrecarga de trabalho e a precarização dos recursos necessários ao adequado exercício das atividades profissionais^{25, 26, 67}.

O modelo de atenção e a gestão de RH são questões a serem discutidas conjuntamente. A adequada formação de RH para o SUS deve ser pauta das agendas das universidades tanto em relação às reformas curriculares quanto no que se refere à situação dos profissionais já inseridos no sistema, buscando minimizar os efeitos da formação inadequada na superação dos desafios colocados para a implementação do sistema, em especial no âmbito dos municípios⁶⁶.

O crescimento e a consolidação do PSF estão intimamente ligados ao relevante papel dos municípios no processo de sua implantação. Não obstante, faz-se necessário requalificar a Atenção Básica, criando condições de maior resolubilidade para o PSF ao integrar as ações e serviços de saúde, melhorando e investindo em ações de gestão de RH visando superar a precarização do trabalho na área da Saúde⁶⁹.

É consensual que ainda há certo distanciamento do setor educacional das discussões das reformas no setor saúde, o que condiciona situações de inviabilidade para o sucesso dos modelos propostos como o PSF. Mas programas como o “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde – União com a Comunidade” (UNI), localizados em mais de 10 países, inclusive o Brasil, mais de 20 Universidades e centenas de serviços de saúde, são exemplos de movimentos de mudança no setor educacional em saúde no Brasil e restante da América Latina, atingindo milhões de pessoas⁶⁹.

Neste aspecto, o MS e a OPAS têm desenvolvido parcerias que envolvem a qualificação de gestores de recursos humanos (Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos) e de gerentes de unidades básicas de saúde sob a modalidade de especialização *lato sensu*. Mais ainda, têm fortalecido parcerias intensivas com o objetivo de qualificar os gestores locais do sistema de saúde, buscando a adesão de instituições de ensino superior com “expertise” desenvolvida na área de administração em saúde^{70, 71}. Recentemente, em 2005/2006, destaca-se a formação — promovida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, Fiocruz e REDE UNIDA — de especialistas em “Ativação de processos de mudanças na formação de profissionais de saúde de nível superior”.

Sem embargo, segundo Teixeira⁷², com a implantação das Normas Operacionais de Atenção Básica, os secretários e prefeitos municipais devem estar envolvidos em um movimento nacional de reorientação do modelo de atenção básica pelas secretarias de saúde. Neste momento, é pertinente desenvolver estratégias não só para o envolvimento dos gestores, mas também para sua formação. A capacitação dos profissionais de saúde é fundamental neste processo, mas não dispensa um bom sistema de gerência para a consolidação da reorganização da atenção básica a partir do PSF.

De acordo com BRASIL–NOB / RH-SUS⁵⁷, os trabalhadores do setor saúde, principalmente os trabalhadores do PSF, constituem a base para a viabilização e implementação dessa reorientação das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos não substitui a atuação do trabalhador na sua

função essencial de atendimento àqueles que necessitam da atenção básica. Sabe-se que o investimento na gestão do trabalho irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores do PSF estejam motivados e satisfeitos com o seu processo de trabalho e com os resultados de seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação de um sistema realmente democrático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As décadas de 80 e 90 foram repletas de transformações no sistema de saúde, configurando-se em “anos paradigmáticos” para a saúde pública no Brasil. A constituição do SUS representou para os gestores, os trabalhadores e os usuários do sistema, uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade, da autonomia das pessoas, da descentralização e o controle social tornaram-se paradigmas do SUS⁷³.

Para promover o desenvolvimento das relações de trabalho no setor e alcançar níveis mais altos de qualidade dos serviços, é condição básica o aprimoramento do aparelho gerencial. Isso significa adotar medidas de curto, médio e longo prazos, de caráter objetivo, tais como: investimentos consistentes nas áreas de recursos humanos, contratação de pessoal, remuneração digna, qualificação profissional, empenho e produtividade dos servidores, bem como nas áreas de equipamentos, de informática e de condições materiais e físicas para a realização do trabalho, que fazem parte do repertório básico da chamada “administração de recursos humanos”.

O PSF já se consolidou no Brasil como a política de saúde prioritária do governo federal. O crescimento e a consolidação do PSF estão intimamente ligados ao relevante papel dos municípios no processo de sua implantação. Através do PSF deve-se requalificar a Atenção Básica, criando condições de maior resolubilidade ao integrar as ações e serviços de saúde, melhorando e investindo em ações de gestão de recursos humanos visando superar a precarização do trabalho na área da Saúde.

Destarte, faz-se necessário discutir práticas e diretrizes para uma gestão de RH que tenham como prioridade o trabalho, o trabalhador, a valorização profissional e a regulação de trabalho em saúde, tendo com base a Norma Operacional Básica (NOB/RH-SUS)⁵⁷, as diretrizes operacionais — “Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão”⁷⁴ — e o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS — o “DESPRECARIZASUS”⁷⁵ —, pois ainda persistem práticas clientelísticas e patrimonialistas na relação entre os organismos estatais e os setores sociais —, ou seja, gestores e profissionais versus comunidade — negando pressupostos de liberdade e igualdade requeridos para a constituição da cidadania.

Assim, pois, há que se repensar o processo de descentralização, explorando a identidade política que o conjunto dessa estratégia ganhou, a partir da mediação entre as orientações do grupo central do Estado (Governo Federal) e a dimensão do cotidiano dos serviços nos municípios, pois a evidência científica tem demonstrado ser o próprio Estado, através da gestão municipal descentralizada, o maior responsável pelo descumprimento das — e desrespeito às — leis de trabalho estabelecidas pela Constituição Federal do Brasil, paradoxo este que deve ser urgentemente reavaliado pelos gestores dos três níveis de governo.

A III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em 2006, e o I Simpósio sobre condições de saúde e trabalho no setor de saúde, promovido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), da Faculdade de Medicina da UFMG, em parceria com ABRASCO, MS e OPAS, em 2007, constituem-se em importantes momentos de encontro entre trabalhadores, representantes de conselhos de saúde, usuários e gestores, para discussão de metas e estratégias, visando à superação destes problemas e o amadurecimento político das partes envolvidas, na busca de soluções reais, concretas e politicamente corretas para uma gestão democrática que, ao consolidar programas como o PSF, realmente reorganizem a Atenção Básica segundo os ideais democráticos pensados originariamente para o SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aristotle. The Politics and the Constitution of Athens. New York: Cambridge University Press; 1996.
2. Platão, *Político*. Coleção Os Pensadores, São Paulo: Abril Cultural, 1972.
3. Detienne, M. Os mestres da verdade na Grécia arcaica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
4. Schüller, D. Origens do discurso democrático. Porto Alegre: L & PM, 2002.
5. Vernant, Jean-Pierre. Entre mito e política. São Paulo: EdUSP, 2001
6. Canfora, L. Como entrou e como finalmente saiu de cena a democracia grega. *Estud av* 2006; 20(58):167-188.
7. Derrida, J. *Voyous*. Paris: Galilée, 2003.
8. Schramm, FR. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. *Ciênc saúde coletiva* 2004; 9(3):773-784.
9. Gerschman, S, Vianna MLW. A Miragem da Pósmodernidade. Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização. FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 1997.
10. Offe, C. A democracia contra o estado de bem-estar? *Capitalismo Desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1994. pp. 269-318
11. Medeiros M. *Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. 13p. (Texto para Discussão, nº 687).
12. Feuerwerker, LCM; Sena R; A Construção de novos Modelos Acadêmicos de Atenção à Saúde e de Participação Social. IN: Cadernos de Textos. VER-SUS/ Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. pág.195-237.M
13. Maia, GJC, Siqueira-Batista R, Siqueira-Batista R, Monnerat MA, Cotta RMM. Moléstia de Chagas: direito à saúde. In: Siqueira-Batista R, Gomes AP, Corrêa AD, Geller M. Moléstia de Chagas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2007.
14. Melo, EM. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Dez 2005, vol.10, p.167-178. ISSN 1413-8123.
15. Buci-Glucksman, C- Gramsci e o Estado - Paz e Terra, SP, 1980.

16. Cotta, RMM, Mendes FF, Muniz JN. Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real. Viçosa: UFV – Cebes. 1998.
17. Pinheiro, R. Apresentação - democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política. *Physis*. 2004, v.14, n1,p.11-14. Rio de Janeiro. ISSN 0103-7331.
18. Brasil, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado, Brasília, DF.
19. Carvalho, JM; A Cidadania no Brasil. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2001.
20. Viana, ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, 2005, vol.15 suppl, p.225-264. ISSN 0103-7331.
21. Scherer MDA; Marino, RSA; Ramos, FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. Florianópolis. 2005. V. 9, n.16, p.53-66.
22. Gomes, MCPA; Pinheiro, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.
23. Gattinara, BC, Ibacache J, Puente CT, Giaconi J, Caprara A. Community Perception on the Quality of Public Health Services Delivery in the Norte and Ichilo Districts of Bolivia. *Cadernos de Saúde Pública* 1995; 3:425-438.
24. Cotta, RMM, Muniz JN, Mendes FF, Cotta Filho JS. A Crise do Sistema Único de Saúde e a fuga para o mercado. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 1998;1:94-105.
25. Cotta, RMM, JLB, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3):7-18.
26. Cotta, RMM, Azeredo CM, JLB, Schott M, Franceschini SCC, Priore SE, MARTINS PC. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Rev. Medicina de Minas Gerais*, 2006, 16(1):2-8.
27. Radis. Comunicação em Saúde. Faltam médicos para o PSF. *RADIS-Dados*, Rio de Janeiro, (49): 8, 2006.

28. Campos, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1998. v. 14, n. 4, p. 863-870.
29. Bodstein, RCA. Social sciences and public health: new issues, new approaches. *Cad. Saúde Pública*. 1992. 8(2): 140-149.
30. Ceccim, R. B; Feuerwerker, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 2004, vol.14, no.1, p.41-65. ISSN 0103-7331.
31. Cotta, RMM; Morales, MSV; Cotta Filho, JS; Gonzáles, A.L; Ricós, J A D; Real, ER; Fos, S C. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre*, Porto Alegre - Brasil, 2002; v. 22, n.1, p. 25-32.
32. Mendes, EV. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec. 2006.
33. Brasil. Ministério da Saúde. *Monitoramento da Implantação e desenvolvimento das equipes de Saúde da Família no Brasil*. Brasília. DF. Mimeo. 2002.
34. Torres, MDF. *Estado, democracia e administração pública no Brasil*. FGV, Rio de Janeiro 2007. ISBN 85-225-0480-6.
35. Fleury, S. Democracia, descentralização e desenvolvimento: *Brasil e Espanha*. ed. FGV, R.J. 2006.
36. Conha, E., Elias PE. *Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços*. São Paulo: ed. Cortez- CEDE , 2003.
37. Mendes, EV; Pestana M. *Pacto de Gestão da Municipalização Autárquica a Regionalização Cooperativa*. Belo Horizonte, 2004.
38. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS; 2003. 248 p.
39. Marshall, TH. (1967), *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro, Zahar.
40. Czeresnia, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M.(org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2003, p. 39-53.
41. Gonçalves, RBM. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

42. Canguilhem, GO. *Normal e Patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
43. Siqueira-Batista, R. A medicina, uma ciência humana. *In*: Silva Santos S. A integração do ciclo básico com o profissional no Curso de Graduação em Medicina: uma resistência exemplar. 1 ed. Rio de Janeiro / Teresópolis: Papel & Virtual / FESO, 2005., p. 9-13.
44. Feuerwerker, LCM.; Marsiglia, R. *Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI*. Divulg. Saúde Debate, n. 12, p.24-8, 1996.
45. Teixeira CF; Paim JS & Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 7(2): 7-28, 1998.
46. OMS. Organização Mundial da Saúde/ UNICEF. Primary Health Care. Geneva: WHO, 1979.
47. Starfield, B. Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. *Normas e Manuais Técnicos - Série Pactos pela Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2006, v. 4, pp 10-11.
49. Organização Panamericana de Saúde /OMS (Organização Mundial da Saúde), A Saúde no Brasil. Brasília: OPAS/OMS – Escritório de Representação no Brasil. 1998.
50. Becker, D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 117 p.
51. Fernandes, AS; Seclen-palacin, J (org.).Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2004.
52. Ferreira, ABH; Aurélio século XXI: O dicionário da língua portuguesa. 3.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.
53. Teixeira, C; Paim JS; Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *In*: Teixeira C. (org.). Promoção e vigilância da saúde. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva, 2002, p. 23-57.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para organização da atenção básica. Brasília: MS; 1998.

55. Mendes, R; Donato AF. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. *Sanare Revista de Políticas Públicas*, v. 1, p. 39-42, 2003.
56. Campos, G.W.S. A reforma de reforma – Repensando a saúde. São Paulo: Hucitec. 1992.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) / Ministério da saúde, Conselho Nacional de Saúde- 3ª ed. ver. atual – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
58. Bertoncini, JH. Da intenção ao gesto – uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
59. Souza, HM. Programa de saúde da família. *Rev. Bras. Enfermagem*. 2000; 53:7-16.
60. Costa, MBS, LIMA CB, OLIVEIRA CP. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. *Rev Bras Enfermagem*. 2000; 53:149-52.
61. Nogueira, RP, Beraldi S, Rodrigues VA. *Limites Críticos da Noção de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública*. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2004; Pp. 81-103.
62. Menezes, CA. Reforma Administrativa: A Emenda N.º19/98. *Rev. Dir. Administrativo*. Rio de Janeiro, 21 3: 133-139, jul./set. 1998.
63. Corsi, FL. A questão do desenvolvimento à luz da globalização. *Rev. Sociol Polít.* 2002; 19:11-29.
64. Dantas, M. Informação e trabalho no capitalismo contemporâneo. *Lua Nova*. 2003; 60: 5-44.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS* -: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 290 p.
66. Gil, CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:490-8.
67. Cotta, RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R.; *Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde*. Rev. Bras. Educ. Med. 2008

68. Gerschman, S. Municipalization and management innovation: an inventory of the 1990s. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.
69. Almeida, M; Feuerwerker, LCM.; Llanos CM.; *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec, 1999.
70. Pierantoni, C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2):341-360, 2001.
71. Feuerwerker, L. C. M. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.
72. Teixeira, CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no US. *Cadernos e Saúde Pública*, 2002, vol.18 supl, p.153-162.
73. Machado, MH; Trabalhadores da Saúde e Sua Trajetória na Reforma Sanitária. IN: Lima NT; Edler F; Gerschman, S; Suárez, JM, (Org). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. v.1. 502 p.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
75. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: Perguntas e Respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32p.:il.-(Série C.Projetos, Programas e Relatórios).

ARTIGO ORIGINAL I:

A gestão de recursos humanos em saúde e o paradoxo da precarização do trabalho no Brasil

RESUMO

Desde a institucionalização do SUS algumas questões sobre a gestão têm sido freqüentemente reconhecidas como fundamentais para a sua implementação, sendo a dos Recursos Humanos (RH) a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país - paradoxalmente é justamente com o incremento do PSF, que esse problema tem se agravado. **Objetivo:** Delinear o perfil dos secretários municipais de saúde (SMS) e suas práticas de gestão, tendo por referência a administração de RH no contexto do PSF. **Métodos:** Estudo transversal que utilizou como instrumento de coleta, questionário semi-estruturado aplicado a 100% dos SMS da microrregião sanitária de Carangola, MG. **Resultados:** A média da idade dos SMS foi de 47,5 anos, 66,7% do sexo masculino. Apenas 25,0% possuem o nível superior completo e destes, somente 16,7% são profissionais de saúde. As prefeituras são responsáveis por 91,7% dos contratos dos profissionais de saúde Os contratos temporários e a indicação política estão presentes em 75,0% e 50,0% respectivamente dos municípios. **Conclusões:** Confirma-se a contradição relativa à defasagem entre os direitos políticos e sociais dos trabalhadores, bem pensadas no Brasil em nível do Ministério da Saúde (MS) com o DesprecarizaSUS e tão precarizadas em nível local, sendo o Estado, por meio da gestão municipal descentralizada, o grande responsável pelo descumprimento das leis trabalhistas, paradoxo este que o MS deve repensar urgentemente. **Palavras chaves:** políticas de saúde, gestão de recursos humanos, Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Since the institutionalization of the Single Health System (SUS) some questions about the management have frequently been raised and are considered important to its establishment, among which the one related to Human Resources (HR) is considered the most complex of all and which is under a major deregulation process in the reconstruction of politics of the state in the country – paradoxically, this problem has been intensified with the growth of Family Health Program (FHP). **Objective:**

Describe the profile of the City Health Secretaries (CHS) and the conditions that define and gives directions to its practical managements, having as reference the HR administration in the FHP context. **Methods:** This is a transversal study that used a semi-structured questionnaire as the instrument to collect data, and which was applied to 100% of the CHS from the sanitary microregion of Carangola, MG. **Results:** The SMS presented a mean of 47.5 years of age, 66.7% of them were male. Only 25.0% had college degrees and from these, only 16.7% work in the health field. The city halls are responsible for hiring 91.7% of the health staff. The temporary contracts and the political indication occur in 75.0% e 50.0% respectively in the cities. **Conclusions:** It was confirmed the tradition related to the problem related to workers' politics and workers' social rights, in Brazil in the Health Ministry (HM) whit the "DesprecarizaSUS" and so precarious at the local level, in which the State, through the decentralized management of the city responsible for the disregard of the works' law, a paradox that the HM should re-evaluated urgently. **Key words:** Health policy, Personnel Management, Single Health System, Family Health Program.

INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde permanece como questão a ser melhor equacionada nestes primórdios do século XXI. De fato, ainda que a comunidade mundial tenha recursos financeiros e tecnologias suficientes para enfrentar a maioria dos problemas de saúde das populações, existem, ainda hoje, muitos sistemas nacionais de saúde fracos, indiferentes, desiguais e até mesmo não seguros. Faz-se necessária vontade política para colocar em prática os planos nacionais — em conjunto com a cooperação internacional — para alinhar recursos, utilizar conhecimentos e construir sistemas de saúde robustos para tratar e prevenir doenças, e, igualmente, promover a saúde da população¹.

O cenário internacional aponta para uma série de desafios no que se refere às questões da gestão do trabalho. Alguns já se acumulam ao longo dos anos, com destaques para a baixa remuneração e motivação das equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho, desempenho e accountability^a insatisfatórios dos profissionais. Somam-se a estes, desafios emergentes como a baixa capacidade de preparação e fixação

^a - A *accountability* é um conceito sem tradução para o português que inclui a existência de condições para os cidadãos participarem da definição e avaliação das políticas públicas, premiando ou punindo os responsáveis. Nessas condições deve constar a disponibilidade de informações sobre a atuação dos governos e seus resultados, bem como a existência de instituições que permitam contestar as ações do poder público²

de recursos humanos, e o impacto das epidemias na força de trabalho da saúde, resultando em absenteísmo e sobrecarga de trabalho³.

O Brasil passa por um processo de reforma sanitária implementado na década de 80, que, desde o princípio, almeja a reorganização da política de saúde vigente. Foi na Constituição Federal de 1988 (C.F.1988) que foram fundamentadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se como seus princípios, a *universalização* da cobertura e do atendimento, a *descentralização* das ações e serviços, a *equidade* no acesso aos mesmos e o controle social^{4, 5, 6}.

O SUS constitui um moderno modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais a valorização da gestão municipal. Sem embargo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, em decorrência de sérias dificuldades relacionadas tanto com seu financiamento e eficiência administrativa de sua operacionalização quanto no que se refere à integração com os demais níveis - gestão para além do município.

De fato, desde a sua implantação, o SUS mudou o perfil da gestão sanitária, revertendo a lógica de predomínio de instituições privadas na área da saúde⁵. Entre os anos de 1980 e 2005, o número de estabelecimentos de saúde cresceu mais de três vezes. Há que se destacar que em 1980, os estabelecimentos privados compunham mais de 65% de todos os estabelecimentos de saúde, já em 2005 os estabelecimentos públicos passam a representar 56,4% de todos as instituições de saúde^{7, 8}.

Outra mudança significativa dos números em saúde está relacionada à proporção de empregos públicos. No ano de 1980 a esfera federal detinha mais de 42% do total das vagas de emprego e a esfera municipal apenas 16,2%. A inversão dos números é bem clara no ano de 2005 quando os empregos da esfera municipal somaram mais de 68% e os empregos federais apenas 7,3%^{7, 8}.

Um dos grandes responsáveis por essas mudanças na saúde é o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual propõe a reorganização do SUS através da atenção básica em ações de promoção da saúde,

prevenção de riscos de doenças e agravos, assistência e recuperação com qualidade, o que favorece a maior aproximação dos serviços com a população^{9, 10, 11}. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) ressalta ser o PSF o primeiro item do capítulo de promoção da saúde, em uma lógica de responsabilização pelo *status* de saúde de uma determinada população; neste sentido, o serviço deve necessariamente ultrapassar a atenção à demanda e as preocupações unicamente curativas do modelo tradicional — biomédico e hospitalocêntrico —, para ir até a comunidade e promover a saúde de seus partícipes¹².

O PSF propõe a adscrição de partícipes em um determinado território, que se vinculam a uma equipe composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS)¹⁰. Esta equipe passa a ser a “*porta de entrada*” do serviço de saúde, não tendo o programa um esquema para atendimento com ênfase da demanda espontânea¹³. É dada ao PSF a missão de transformar o sistema assistencial da saúde, entendendo-se que essa mudança deve caracterizar-se por um modelo centrado nos usuários em contraposição ao arcaico modelo centrado no procedimento^{10, 14}.

Assim, desde a institucionalização do SUS quatro questões sobre a gestão têm sido freqüentemente reconhecidas como fundamentais para a sua implementação: (1) a descentralização, (2) o financiamento, (3) o controle social e (4) a política de recursos humanos (RH). De todas elas, a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país é a dos RH¹⁵. E, paradoxalmente, é justamente com a implementação e o incremento do PSF, que esse problema tem se agravado.

Se por um lado, os direitos sociais dos trabalhadores ocupantes de cargos públicos estão assegurados pelo artigo 39º da Constituição Federal (modificado pela emenda constitucional Nº19)^{4, 16 17}, por outro lado, é justamente o próprio governo que descumpra a lei⁵. No setor saúde, especialmente no que se refere à contratação dos profissionais do PSF, observa-se uma grande precarização das relações de trabalho, aspecto que parece ser afim aos hodiernos movimentos do capitalismo tardio¹⁹.

No cotidiano do trabalho no âmbito do PSF é comum encontrar problemas relacionados às formas de contrato, à infra-estrutura material (heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária), à dinâmica da assistência (sobrecarga de atendimento que gera dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho) e condições sócio-políticas para desenvolvimento do trabalho (diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda, por exemplo)^{10, 20, 21, 22}.

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) com responsabilidade do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), criou o em 2003, através da Portaria nº 2430/GM, de 23/12/2003 o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS com o objetivo de operacionalizar o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, o DesprecarizaSUS, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo que propõe a reformulação das estruturas de recursos humanos, buscando espelhar a experiência do MS na área de gestão do trabalho e da educação na saúde. Tal iniciativa, realizada em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), leva em consideração o porte e as necessidades dos estados e municípios. Entre as propostas de intervenção estão as ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de RH^{8, 23}.

A contratação de trabalhadores de saúde capazes, motivados e apoiados é essencial para superar os gargalos no alcance de objetivos nacionais e globais de saúde. Os prestadores de serviços de saúde são a personificação dos valores centrais de um sistema – eles curam e cuidam de pessoas, aliviam dores e sofrimento, previnem doenças e

mitigam riscos —, sendo a ligação humana que conecta o conhecimento à ação de saúde¹.

Destarte, esse trabalho defende a idéia de que não haverá a real reorganização do sistema de saúde sem o enfrentamento dos problemas relacionados à gestão de RH no SUS, principalmente no PSF, no interior do qual a defesa da vida deve constituir-se responsabilidade de todos trabalhadores da saúde.

Com base nestas considerações, o presente estudo teve como objetivo central delinear o perfil dos gestores municipais de saúde e as suas práticas de gestão, tendo como referência a administração de RH no contexto do PSF.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal que utiliza como instrumento de coleta de informações, um questionário semi-estruturado aplicado aos 12 Secretários Municipais de Saúde (SMS) (100%) da microrregião sanitária de Carangola, MG, Brasil, durante as reuniões da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), no período de Maio a Setembro de 2007. (ANEXO III) O pesquisador esteve presente durante as reuniões da CIB onde foram aplicados os questionários e além de apresentar a proposta de trabalho, prestou esclarecimentos quando necessário.

Os questionários foram elaborados pela equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Viçosa (UFV), responsável por este estudo a partir dos trabalhos desenvolvidos por Cotta et al¹⁰, Cotta et al¹¹, Souza²⁴, Girardi e Carvalho²⁵ e abordaram questões referentes ao perfil pessoal, educacional e profissional dos SMS, ao processo de implantação do PSF, às dimensões gerenciais, estruturais e regulatórias referentes à gestão de RH no contexto do PSF, e às diferentes formas de enfrentamento das adversidades presentes no cotidiano da gestão de RH das cidades (Anexo).

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 15.0.

Conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (protocolo nº 034/2007/Comitê de Ética em Pesquisa) reiterando-se que os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que continha informações detalhadas sobre o estudo (Anexo).

RESULTADOS

Características dos Municípios da Microrregião Sanitária

Com um total de 5.564 municípios, o Brasil hoje é composto em sua grande maioria por municípios de pequeno porte, registrando uma porcentagem de 73,1 ou 4075 municípios com população de até 20 mil habitantes (Tabela 1). Esses fatos estabelecem os pequenos municípios como um dos principais protagonistas na implementação e gestão do SUS, não podendo ser deixados de fora da lista de prioridades²⁶.

Outro fator relevante é que nestes municípios de pequeno porte, a maioria dos estabelecimentos de saúde são públicos, gerando assim uma maior responsabilização dos gestores municipais em trabalhar as políticas do SUS (Tabela 1).

Tabela 1: Porcentagem e número de cidades por população e relação de estabelecimentos de saúde segundo a esfera administrativa da microrregião sanitária de Carangola, Minas Gerais, Brasil (2007).

População dos Municípios	BRASIL		Microrregião sanitária de Carangola			
	n	%	n	%	Estabelecimentos de saúde	
					Públicos	Privados
Até 10.000 hab.	2690	(48,3%)	07	(58,3%)		
De 10.001 a 20.000 hab	1385	(24,8%)	03	(25%)	21	0
De 20.001 a 50.000 hab	963	(17,3%)	02	(16,7%)	28	13
De 50.001 a 100.000 hab	299	(5,3%)	0	(0%)	26	44
De 100.001 a 500.000 hab	194	(3,4%)	0	(0%)	0	0
Mais de 500.000 hab.	31	(0,6%)	0	(0%)	0	0
Total	5564	(100%)	12	(100%)	75	57
						132

Fonte: IBGE⁷ (2007). Dados da Pesquisa

Vale salientar que os municípios da presente investigação têm população média de 10.986 habitantes, sendo que apenas dois destes, possuem população acima dos 20 mil habitantes. Nas cidades que possuem a população menor que 20 mil habitantes, aproximadamente 80,0% dos estabelecimentos de saúde são públicos (Tabela 1).

Os dados da pesquisa revelam que as prefeituras da microrregião de Carangola, respondem diretamente pela contratação de pessoal na maior parte dos casos, alcançando índices de 91,7 % nos contratos de profissionais de saúde do PSF.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) estão presentes em todas as cidades (100%), sendo que a média de ESF encontrada foi de 2,58 por município (mínimo de uma e máximo de 7). O Total de ESF nas 12 cidades da região sanitária de Carangola é de trinta e uma equipes.

Perfil dos Secretários Municipais de Saúde

A maioria dos SMS da microrregião sanitária estudada é do sexo masculino, (66,7%) e a média de idade encontrada foi de 47,5 anos (mediana 44 anos), variando entre 31 e 67 anos. A mediana de tempo de serviço como SMS foi de 19 meses (mínimo de 3 e máximo de 101 meses).

Sobre o nível de escolaridade dos SMS, verificou-se que apenas 25,0% possuíam o nível superior completo — consoante o demonstrado no Gráfico 1. Entre aqueles que têm curso superior completo, somente 16,7% são profissionais de saúde. E somente 8,3% dos SMS fez pós-graduação.

Considerando o conjunto dos SMS, independente da escolaridade, verificou-se que a maioria fez cursos de capacitação para o exercício do cargo, sendo as áreas mais freqüentes: saúde pública (66,7%) e gestão (41,7%).

Em relação às experiências anteriores de gestão 16,7% informaram já terem sido SMS. Também havia relato de experiências anteriores como profissional liberal e/ou cargos legislativos (senador, deputado, e/ou vereador) em 16,7% dos entrevistados. Os SMS também tinham experiências como diretor de Unidade de Saúde ou Hospital

Público, em 8,3%, e como assessor técnico e/ou como dirigente da secretaria estadual de saúde, em 8,3%.

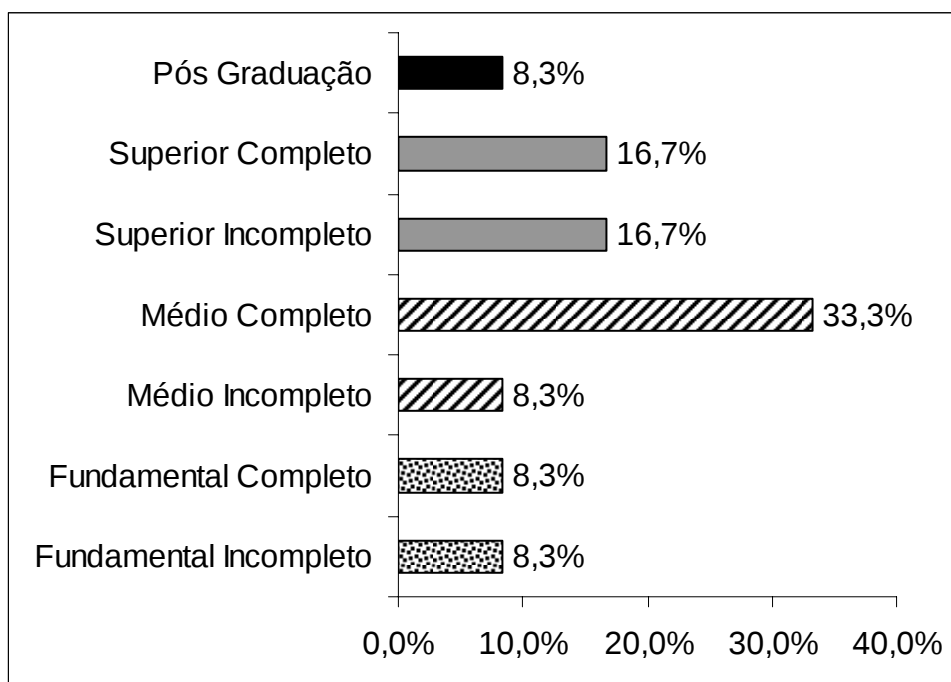


Gráfico 1. Grau de escolaridade dos Secretários Municipais de Saúde, Microrregião sanitária de Carangola, Minas Gerais, Brasil, (2007).

Coordenação do Programa de Saúde da Família

O gabinete do SMS é o setor responsável pela coordenação do PSF em 66,7% dos municípios. Para o restante dos municípios (33,7%), os setores responsáveis pela coordenação do PSF — segundo os SMS — são a Atenção Básica (25%) e a Coordenação de Planejamento (8,3%). Entretanto, há que se ressaltar que 58,3% dos SMS responderam que não tinham autonomia para gerir o fundo municipal de saúde do seu município.

Mesmo que os SMS utilizassem mais de uma fonte de recurso para gestão do PSF em seus respectivos municípios, para a maioria destes, os recursos federais e estaduais não eram suficientes para a implantação e manutenção do PSF (91,7%). Alguns SMS também utilizavam mais de uma fonte de recurso para o pagamento dos trabalhadores de saúde nos seus municípios. As fontes dos recursos utilizados para o pagamento dos profissionais de nível superior dos PSF dos municípios da região estudada são: Tesouro Municipal de Saúde

(83,3%), Piso de Atenção Básica – PAB (50,0%), demais recursos federais (25,0%) e recursos estaduais (16,7%).

Recrutamento e Seleção dos profissionais de saúde

No que refere ao recrutamento dos ACS, 41,66% dos SMS responderam que contratam apenas trabalhadores que vivem na área de abrangência da ESF, 50% responderam contratar trabalhadores residentes no município e 8,33% informaram que alocam apenas os profissionais da rede municipal. Em relação ao recrutamento dos profissionais de nível superior, metade respondeu que contrata profissionais residentes no município (50,0%), 8,33% informaram que contrata profissionais apenas na área de abrangência da ESF, uma quarta parte relatou que contrata profissionais dentro e fora do estado (25,0%), 8,33% responderam que contratam os profissionais apenas dentro do estado e 8,33% alocam, somente, entre os servidores municipais.

Em relação ao processo de seleção dos ACS, apenas 16,7% dos municípios utilizavam concurso público, conforme preconizado no inciso II do art. 37 da Constituição Federal de 1988 (4,17). A indicação política aparece em 50,0% dos municípios (Tabela 2).

Pode-se perceber, por meio dos dados apresentados na tabela 02, que alguns SMS utilizavam mais de um critério de seleção para se contratar os trabalhadores de saúde em seus respectivos municípios. Apenas 16,7% dos SMS responderam que em sua gestão utilizavam concurso público para selecionar seus profissionais; 83,3% utilizavam análise de currículo, 33,3% utilizam entrevista e 8,3% responderam que não fizeram nenhum tipo de seleção para contratação dos profissionais.

Os resultados mostraram também que apenas 50,0% dos gestores exigiam algum pré-requisito relacionado à especialidade dos profissionais de nível superior para a contratação destes. Todavia, nenhum dos SMS citou a formação na especialidade em saúde da família ou em saúde pública como pré-requisito. Os pré-requisitos citados foram: (1) registro no órgão competente do estado, (2) comprometimento com horários, (3) disponibilidade e (4) demanda por determinada especialidade médica.

Tabela 2 – Critérios de seleção utilizados para contratação dos trabalhadores de saúde, Microrregião sanitária de Carangola, Minas Gerais, Brasil (2007).

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	ACS		Profissionais com nível superior	
	N	%	N	%
Seleção pública	3	25,0	1	8,3
Indicação política	6	50,0	5	41,7
Concurso público	2	16,7	2	16,7
Análise de currículo	4	33,3	10	83,3
Prova escrita	2	16,7	1	8,3
Entrevista	8	66,7	4	33,3

Fonte: Dados da Pesquisa

Formas de vinculação profissional

Alguns municípios utilizam mais de uma forma de vinculação dos profissionais, como também se encontrou mais de um critério para contratação dos trabalhadores de saúde em um só município assim, as alternativas de vinculação observadas neste estudo também atingiram números superiores a 100,0%. As formas de contratação temporária e de prestação de serviços predominam amplamente sobre todas as outras formas de contratos profissionais nos municípios estudados. Com relação aos profissionais de saúde com curso superior, os contratos temporários por prestação de serviços chegam a 75,0% das formas de contratação citadas contra 25,0% que seriam os tipos de contratos que garantem proteção social aos trabalhadores, a saber: 16,7% de vínculo estatutário e 8,3% de vínculo da consolidação das leis de trabalho (CLT).

Também no que se refere às contratações dos ACS, o quadro não é distinto, sendo o grau de precarização do trabalho semelhante. Para os ACS, os contratos temporários foram citados em 75,0% dos casos, aparecendo em seguida os vínculos estatutários com 25,0% e os vínculos celetistas com 16,7% (Tabela 3).

Tabela 3 – Formas de vinculação utilizadas pelos gestores municipais de saúde da Microrregião sanitária de Carangola, Minas Gerais, Brasil, (2007).

FORMAS DE CONTRATAÇÃO	ACS		PROFISSIONAIS COM NÍVEL SUPERIOR	
	n	%	N	%
Contrato temporário	9	75,0	9	75,0
Estatutário	3	25,0	2	16,7
CLT	2	16,7	1	8,3
Cargo Comissionado	0	0	1	8,3
Bolsa	0	0	0	0
Cooperado	0	0	0	0

Fonte: Dados da Pesquisa

Remuneração

Segundo os SMS da região, os critérios para definir os salários dos trabalhadores de saúde são distintos nos municípios estudados, destacando-se: o teto salarial dos municípios vizinhos (60,0%), o estatuto dos servidores municipais (20,0%) e o tipo de serviço prestado (10,0%).

Os salários dos trabalhadores de saúde são apresentados na tabela 04. Há que se destacar que, na região estudada, os maiores salários são reservados aos médicos com média de R\$5132,18 oscilando entre R\$2700,00 e R\$8000,00. A média salarial dos enfermeiros foi de R\$2173,64 e dos odontólogos foi de R\$1994. Os auxiliares de enfermagem e ACS recebiam salários médios de R\$ 444,91 e R\$ 383,45 respectivamente. O menor valor de salário encontrado entre os auxiliares de consultório odontológico correspondeu a 1(um) salário mínimo e o valor máximo foi de R\$720,00 (tabela 4).

Os SMS também expressaram suas opiniões a respeito da remuneração oferecida aos profissionais do PSF de suas respectivas cidades. Nenhum SMS considerou a remuneração dos profissionais

muito baixa, metade dos SMS considerou “razoável”, 33,4% consideraram “boa” e 16,6% consideraram “baixa” a remuneração paga aos profissionais dos municípios onde são gestores.

No que se refere à gratificação ou incentivo extra-salarial, 100% dos SMS responderam que não havia nenhum tipo.

Tabela 4: Salário médio dos trabalhadores integrantes das equipes do PSF, com carga horária contratual de 40 horas. Microrregião sanitária de Carangola, Minas Gerais, Brasil, (2007).

Profissão	Mínimo	Salário em Reais Máximo	Média
Médicos	2700	8000	5132,18
Enfermeiros	1500	2800	2173,64
Odontólogos	1200	2750	1994,93
Técnicos e auxiliares de enfermagem	358	700	444,91
Técnico em Higiene dental	450	500	466,67
Auxiliar de consultório odontológico	350	720	487,50
ACS	350	500	383,45

Fonte: Dados da Pesquisa

Carga Horária de trabalho

Os SMS responderam que a jornada de trabalho exigida no PSF para os médicos é de 8 horas diárias (83,3%) e 6 horas diárias (16,7%). Para os enfermeiros a jornada de trabalho exigida nos PSF em todos os municípios é de 8 horas (100%). Já para os dentistas é exigida uma carga horária de 6 horas em 22,2% dos casos e 8 horas em 77,8% dos municípios. Para os outros profissionais dos PSF (ACS, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnico de higiene dental e auxiliar odontológico) exigia-se 8 horas de carga horária diária em 100% dos municípios.

Política de capacitação

Em relação à interatividade entre instituições de ensino e o PSF nos municípios estudados, 42,0% dos SMS, responderam que em seus municípios havia interação, mas em nenhum PSF dos municípios estudados houve capacitação/ educação continuada dos trabalhadores por alguma instituição de ensino.

Os SMS responderam que 41,7% dos funcionários do PSF dispunham de algum tipo de capacitação, entre os citados, destacou-se: palestras, cursos e reuniões com uma frequência variada de uma vez por semestre até duas vezes por mês.

Quando se perguntou aos SMS o que facilitaria o processo de capacitação/ educação continuada das equipes do PSF, as respostas que se destacaram foram: maior disponibilidade de material didático, mais recurso financeiro destinado à capacitação, criação de incentivos para participação dos profissionais em cursos de capacitação e a oferta pela secretaria estadual de saúde de um número maior de cursos e palestras.

DISCUSSÃO

No Brasil, a descentralização e a municipalização da saúde têm seu impacto sobre o poder local relativizado pelos antecedentes patrimonialistas^b da história política dos municípios brasileiros^{5, 28}.

Na verdade, a descentralização vem se concentrando em dois campos: no aumento dos recursos financeiros para os municípios garantidos pela Constituição de 1988 e no aumento progressivo das transferências federais a partir do final dos anos 90, para a implementação de alguns programas sociais universais como o PSF²⁹.

Em nosso estudo, o perfil dos SMS não atende as diretrizes, orientações e expectativas do SUS para o exercício do cargo, destacando-se o baixo índice de escolaridade, a precária formação para

^b Patrimonialismo é uma forma de exercício da dominação por uma autoridade, a qual está legitimada pela roupagem da tradição, cujas características principais repousam no poder individual do governante que, amparado por seu aparato administrativo recrutado com base em critérios unicamente pessoais, exerce o poder político sob um determinado território²⁷

o cargo e a pouca ou nenhuma experiência para o exercício da gestão municipal de saúde.

Conforme constatado no presente estudo, há que se ampliar a discussão sobre a introdução na administração pública de modelos de gestão antagônicos a práticas clientelistas, como por exemplo, a indicação política para a ocupação de cargos de direção (SMS, e coordenadores, por exemplo) e trabalhadores de saúde; prática esta corriqueira nas cidades de pequeno porte⁵.

Pequena tem sido a preocupação das instâncias de governo local em criar mecanismos de adesão dos profissionais de saúde aos pressupostos de responsabilidade social e compromisso político no aperfeiçoamento dos serviços. Os gestores do sistema municipal agem sob a pressão política do governo municipal e demonstram não saber que não há lugar para um sistema de saúde eficaz sem que seus elementos constitutivos — recursos humanos, equipamentos, infraestrutura dos serviços e demandas sociais — estejam permanentemente no centro das preocupações e do investimento do governo local³⁰. A precariedade da gestão de RH elucidada nessa investigação demonstra que esta ainda é uma questão pendente no contexto do SUS.

Ainda assim, os gestores, principalmente os secretários de saúde têm o dever de subsidiar e o direito de regular e cobrar empenho e dedicação de todo profissional de saúde, para que ocorra uma real interação entre as competências dos trabalhadores de saúde com as necessidades de populações diversas. Esta é uma necessidade primordial para a gestão pública bem sucedida no campo da saúde e constitui-se hoje em um grande desafio a ser superado.

Na verdade, os dados da situação da gestão de RH em saúde da microrregião sanitária de Carangola, MG, ratificam a contradição específica da realidade brasileira, dentro da contradição mais geral entre capitalismo tardio — neoliberal — e democracia, relativa à defasagem entre os direitos políticos e os direitos sociais dos trabalhadores, que têm direitos políticos, mas, por não possuírem laços formais de empregos, não usufruem dos direitos sociais historicamente conquistados pelas classes operárias³¹.

Entretanto, do ponto de vista da administração pública, o quadro encontrado na microrregião em estudo é ainda mais problemático. Além do fato de não existir praticamente a cobertura trabalhista legalmente exigida, com direitos e benefícios garantidos ao trabalhador outra exigência também não está sendo observada, ou seja, o concurso público é meta ainda longe de ser cumprida³².

O aparecimento de situações de trabalho na administração pública que têm déficit de proteção social (ou seja, são “precários”) decorre da criação de um vínculo irregular de trabalho pelos gestores públicos. É importante enfatizar este ponto: todo trabalho regular no âmbito do Estado é constitucionalmente protegido. A forma predominante de trabalho irregular no setor público é aquela que decorre da contratação sem obediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública, qualquer que seja a modalidade de remuneração adotada pelo gestor, usando os recursos públicos de que dispõe. Portanto, trata-se de uma inobservância ao que dispõe o inciso II do art. 37 da Constituição^{4, 16, 17}.

Destarte, há que se enfatizar a irregularidade e precarização do trabalho no âmbito do PSF, já que a situação encontrada nesse trabalho tem sido citada por estudiosos de várias regiões do país^{5, 6, 10, 11, 24, 25, 33, 34}.

Os resultados do nosso estudo informam que as formas adotadas pelas secretarias de saúde para a seleção, contratação e remuneração dos profissionais do o PSF são geralmente sem amparo legal, gerando alto índice de precarização dos serviços, perda de direitos trabalhistas (férias, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), licenças, décimo terceiro salários e aposentadorias), alta rotatividade de profissionais e “incentivo” ao descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência prestada, com efeitos por vezes extremamente deletérios sobre os usuários.

Assim, esses profissionais permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e das diferenças entre governos que se sucedem no poder, tão presentes na realidade dos municípios brasileiros, desestabilizando desta forma, o caráter transformador da reforma sanitária brasileira e do PSF⁵.

Por outro lado, também é crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos RH afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários^{11, 35}.

Nesse sentido, os resultados da presente pesquisa apontam para a necessidade de se enfrentar os problemas relacionados à gestão de RH no PSF, desde a formação do perfil dos profissionais, até a regulação da situação de trabalho no dia a dia das instituições de saúde.

O tipo de contrato citado pelos SMS da microrregião sanitária estudada, (temporário / precário) dificulta o estabelecimento de vínculos dos profissionais com o serviço e com a população atendida³⁶, característica indissociável do trabalho no PSF. Ademais, a facilidade de utilização política na distribuição desses cargos, permitida por essa forma de contrato precarizada, aponta para uma velha tradição de barganha político-partidária bastante conhecida em municípios de pequeno porte^{5, 37}. Cabe aos gestores sanitários implementar políticas que assegurem direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores da saúde do PSF e conduzam à tão esperada superação da alta rotatividade desses profissionais e à diminuição de seu medo e da população por represálias de motivação “politiqueira”³⁶.

Esta persistência de práticas clientelistas e patrimonialistas na relação entre organismos estatais e os setores sociais expressam a lógica de negação da representação social, enquanto princípio organizador da arena política, e sua substituição por uma teia de relações subjacentes, nunca claramente explicitadas, submetidas a uma dinâmica integradora e não-concorrencial, negando os pressupostos de liberdade e igualdade requeridos tanto para a troca quanto para a constituição da cidadania³⁷.

Há que se salientar ainda que, essa incorporação de trabalho alienada, impede também a formação de uma classe trabalhadora autônoma e possuidora de identidade coletiva, na medida em que reforça a sua fragmentação através da distribuição diferencial de privilégios^{10, 11}. Os benefícios sociais são, assim, distribuídos por meio de uma rede de troca de favores clientelistas. Esta reproduz a lógica de

ação corporativista por parte dos grupos beneficiários e a lógica de ação privatista por parte dos agentes do Estado³⁷.

Parafraseando Campos, (2002)³⁸ para garantir a qualidade em saúde, deve-se assegurar uma adequada combinação entre a autonomia profissional e certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores. Ou seja, haveria que se inventar modos de gerenciar, nos quais os profissionais se sentissem sujeitos ativos e que não deixassem as instituições a mercê das diversas corporações profissionais, e o que é pior, a mercê dos escusos interesses político-partidários e clientelísticos. A autonomia responsável só aconteceria quando houvesse interesse e envolvimento com certa tarefa. O trabalho dos profissionais de saúde demandaria mais coordenação, avaliação externa e supervisão para indicar eventuais correções de rumo. Nestas situações é viável obter serviços eficientes e profissionais motivados e criativos, mas isto só é possível em condições regulares e desprecariadas de trabalho.

A expectativa é que o PSF se torne instrumento de mudança na área de gestão de RH e que os SMS assumam um papel para além da regulação e fiscalização, dando condições a todos os trabalhadores da saúde de exercer sua profissão com respeito e dignidade, o que seguramente resultaria em serviços de qualidade e mais resolutivos e em população usuária mais satisfeita e saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PSF é hoje, no Brasil, a política de saúde prioritária do governo federal, vivendo um processo de expansão vertiginosa nos municípios brasileiros. O crescimento e a consolidação do PSF estão intimamente ligados ao relevante papel dos municípios no processo de sua implantação. Por meio do PSF deve-se requalificar a atenção primária, criando condições de maior resolubilidade ao integrar as ações e serviços de saúde, melhorando e investindo na gestão de RH visando superar a precarização do trabalho na área da saúde.

Não obstante, ainda que este trabalho tenha avaliado a situação de gestão de RH em uma microrregião sanitária do estado de Minas

Gerais, sua relevância está no fato de que os resultados encontrados dizem respeito à realidade da maioria dos municípios brasileiros.

Neste sentido, trabalhar com o foco nos gestores municipais de saúde de diferentes cidades constitui importante estratégia para identificar eventuais descompassos entre o modelo e seus pressupostos e as trajetórias institucionais da gestão do trabalho no PSF, tão bem pensados em nível do governo federal e tão desqualificados em nível local.

Analisar a prática dos SMS — protagonistas destas ações nos municípios e no país — permitiu compreender melhor as diretrizes e a lógica da organização da gestão de RH em nível da atenção primária em saúde. Possibilitou, igualmente, repensar o processo de descentralização e explorar a identidade política que o conjunto dessa estratégia ganhou, a partir da mediação entre as orientações do grupo central do Estado (governo federal) e a dimensão do cotidiano dos serviços nos municípios. E, principalmente, demonstrou que o próprio Estado, através da gestão municipal descentralizada, é hoje o grande responsável pelo descumprimento das — e desrespeito às — leis de trabalho estabelecidas pela Constituição Federal do Brasil, paradoxo este que o MS, através da DEGERTES, deve repensar urgentemente, (re)direcionando suas estratégias para a conscientização e fiscalização da situação de desamparo à qual os profissionais da ponta — porta do SUS — estão constantemente submetidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. *The world health report 2006 - working together for health*. <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>. Acesso em: 18 NOV. 2007.
2. CLAD, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. *La esponsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana*. Buenos Aires: Eudeba, 2000.
3. Martinez, J, Martineau, T. *Human resources in the health sector: an international perspective*. [S.l.:s.n.], 2002. Disponível em: <<http://www.healthsystems.org>>. Acesso em: 20 NOV. 2007
4. Brasil, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

5. Cotta, RMM, Mendes FF, Muniz JN. *Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real*. Viçosa: UFV – Cebes; 1998.
6. Azeredo, CM, Cotta RMM, Schott MM, Matos T de, Souza ME. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, 2007, 12(3): 743-753.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Estatísticas de saúde: Pesquisa assistência médico-sanitária*, v. 2-14, 1977-1989. Rio de Janeiro, 1978-1994.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS* -: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 290 p.: il.
9. Fernandes, AS, Seclen-Palacin J (org.). *Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2004.
10. Cotta, RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2006; 15(3):7-18.
11. Cotta, RMM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SCC, Priore SE, Martins PC. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Rev. Med. Minas Gerais*, 2006, 16(1):2-8.
12. Becker, D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. [Mestrado] *Fundação Oswaldo Cruz*, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 117 p.
13. Starfield, B. *Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
14. Franco, TB, Merhy EE. Programa de saúde da Família (PSF): Contra-Indicações de um Programa destinado à mudanças do Modelo Tecnoassistencial. IN. Merhy EE, Franco TB, Bueno WS, Magalhães JR.HM. *Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2006; Pp. 55-124.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS*

(NOB/RH-SUS) / Ministério da saúde, Conselho Nacional de Saúde- 3ª ed. ver. atual – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

16. Nogueira, RP, Beraldi S, Rodrigues VA. *Limites Críticos da Noção de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública*. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2004; Pp. 81-103.
17. Menezes, CA. Reforma Administrativa: A Emenda N.º 19/98. *Rev. Dir. Administrativo*. Rio de Janeiro, 21 3: 133-139, jul./set. 1998.
18. Corsi, FL. A questão do desenvolvimento à luz da globalização. *Rev. Sociol Polít.* 2002; 19:11-29.
19. Dantas, M. Informação e trabalho no capitalismo contemporâneo. *Lua Nova*. 2003; 60: 5-44.
20. Bertoni, JH. *Da intenção ao gesto – uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau*. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
21. Souza, HM. Programa de saúde da família. *Rev. Bras. Enfermagem* 2000; 53:7-16.
22. Costa, MBS, LIMA CB, OLIVEIRA CP. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. *Rev Bras Enfermagem* 2000; 53:149-52.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: Perguntas e Respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32p.:il.-(Serie C.Projetos, Programas e Relatórios).
24. Souza, MA. *Programa de Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do acesso aos serviços de Saúde*. Brasília. Disponível em: www.nesp.unb.br. 2006. Acesso em: 15 MAI. 2007.
25. Girardi, SN, Carvalho C.L. *Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família. Mercado de trabalho*. Ministério da Saúde – CDRH/SUS, 2002. Brasília.
26. CONASEMS. *Agenda incompleta, diretrizes de gestão e Tese no CONARES 7 de maio*. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde -. *Jornal CONASEMS*. n º 0 6. Junho de 2007
27. Weber, M. *Economia e sociedade; fundamentos de sociologia compreensiva*. v. 2. Brasília: UnB,1999, p. 239

28. Fleury, S, Carvalho, AI. Municipalização da Saúde e o Poder Local no Brasil. In: *Jornal do CONASEMS*, 1997, 34:10-12.
29. Souza, C. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. São Paulo *Perspec.* 2004, vol.18,no.2 ,pp.27-41.
30. Gerschman, S. Municipalization and management innovation: an inventory of the 1990s. *Ciênc. saúde coletiva* , Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.
31. Singer, PAUL. Reflexões sobre inflação, conflito e democracia. IN: O'Donnel G. In: Reis FWA. *Democracia no Brasil: Dilemas e Perspectivas*. São Paulo: Vértice, 1988.
32. Araújo, LM, Machado, MH, Vitalino, HA, Paiva, J, Toloza, DC. *Para subsidiar a discussão sobre a despracarização do trabalho do SUS*. Cadernos de Rh Em Saúde, Brasília, v. 3, n. 1, p. 163-173, 2006
33. Pierantoni, C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc. saúde coletiva*, 6 (2):341-360, 2001.
34. Dal poz, MR. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gac Sanit* .2002; 16(1):82-88.
35. Ceccim, RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 2004, vol.14, no.1, p.41-65.
36. Organização Pan-americana da Saúde. *Informe sobre a reunião de trabalho Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil*. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Opas; 2003.
37. Fleury, S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. ed. FGV, R.J. 2006.
38. Campos, GWS. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de Gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, EE; Onocko, R. (Org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 2ª ed. 2002; Pp. 229-66.

ARTIGO ORIGINAL II:

Os gestores municipais de saúde e a precarização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: caminhos e descaminhos da municipalização

RESUMO

Objetivo: delinear o perfil dos gestores municipais de saúde e as condições de suas práticas de gestão, tendo por referência a administração de recursos humanos (RH) no PSF. **Métodos:** estudo transversal, com utilização de questionário semi-estruturado aplicado aos Secretários Municipais de Saúde (SMS) da macrorregião sanitária Leste do Sul, MG. **Resultados:** a média da idade dos SMS foi de 39,4 anos, sendo 53,3% do sexo masculino. Apenas 28,9% possuíam o nível superior completo e destes, somente 13,3% eram profissionais de saúde. As prefeituras são responsáveis por 93,3% dos contratos dos profissionais de saúde. As principais formas de contrato para profissionais de nível superior foram os contratos temporários (75,6%) e indicação política (55,6%). **Conclusão:** Os achados ratificam a defasagem dos direitos políticos e sociais dos trabalhadores, com o paradoxo de ser o Estado – via gestão municipal – o responsável pelo descumprimento das leis, importante questão a ser repensada pelo Ministério da Saúde.

Palavras chaves: gestão em saúde, recursos humanos em saúde, atenção primária a saúde, sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Aim: outline the municipal health manager profiles and their defining and guiding conditions for management, having as the reference the management of human resources (HR) in the PSF. Method: transversal study by using a semi-structured questionnaire given to Municipal Health Councilors (SMS) belonging to the Southwest Macroregion of Minas Gerais State. Results: the SMS average age was 39.4 years, from those, 53.3% were male. Only 28.9% had completed college and from those, only 13.3% were health professionals. The main ways for hiring undergraduate professionals were casual employments (75.6%) and

employees selected by politicians (55.6%). The failure of the employee political and social rights is confirmed with the paradox of being the Government – via municipal management – the responsible for breaking the laws. Such fact is important to be rethought by the Ministry of Health.

Palavras chaves: Health Management, Health Manpower, Primary Health Care, Single Health System, Family Health Program.

INTRODUÇÃO

A organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) permanece ainda hoje, em pleno século XXI, como questão central a ser mais bem equacionada. Destaca-se, neste contexto, os domínios relativos aos Recursos Humanos (RH) (OMS, 2006; Junqueira, et al., 2008), reconhecendo-se como desafios, em nível nacional, as precárias formas de seleção, a baixa remuneração, a pouca motivação das equipes, e a iniquidade distributiva da força de trabalho, desempenho e *accountability*¹ insatisfatórios.

Para agravar este quadro, agregam-se outros desafios emergentes como: a baixa qualificação e formação dos profissionais para trabalhar com os problemas de saúde de coletividades, o aspecto da fixação de RH — o que afeta negativamente no estabelecimento de vínculos —, e o impacto das epidemias na força de trabalho da saúde, resultando em absenteísmo, desgastes e sobrecarga de trabalho (Martinez, Martineau, 2002; Cotta, et al., 2007).

Uma das características primordiais do SUS é a valorização da gestão municipal. Não obstante, apesar de seu inegável alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira idealizada pelo movimento da reforma sanitária. Duas são as causas principais: a primeira se refere às dificuldades relacionadas com o financiamento e com a eficiência administrativa de sua operacionalização, e a segunda causa está relacionada à integração com os demais níveis — gestão para além do município (Cotta, et al., 1998).

Há que se pontuar, entretanto, que o perfil da gestão sanitária mudou desde a implantação do SUS, destacando-se a inversão da lógica de predomínio de instituições privadas na área da saúde (Cotta, et al., 2007; Cotta, et al., 1998). Em 25 anos — de 1980 a 2005 —, o número de estabelecimentos de saúde mais que triplicou — de fato, em

1980, os estabelecimentos privados compunham mais de 65% de todos os estabelecimentos de saúde, e em 2005 os estabelecimentos públicos passam a representar 56,4% de todas as instituições de saúde (IBGE, 1994; Brasil, 2007). Observou-se, também, que a proporção de empregos públicos representou uma mudança significativa dos números no setor saúde. Enquanto no ano de 1980 a esfera federal detinha mais de 42% do total das vagas de emprego e a esfera municipal apenas 16,2%, em 2005 os empregos da esfera municipal passam a representar 68% e os empregos federais apenas 7,3% (IBGE, 1994; Brasil, 2007).

Um dos grandes responsáveis por tais mudanças é o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual propõe a reorganização do SUS através da atenção básica em ações de promoção da saúde, prevenção de riscos de doenças e agravos, assistência e recuperação com qualidade, o que favorece a maior aproximação entre a população e os serviços, tanto pelo estabelecimento de vínculos, como pelo trabalho multiprofissional e pela própria característica local do programa (Fernandes, Seclen-Palacin, 2004; Cotta et al., 2006a; Cotta et al., 2006b). Com efeito, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) ressalta ser o PSF o primeiro item do capítulo de promoção da saúde, em uma lógica de responsabilização pelo *status* de saúde de uma determinada população, ou seja, a porta de entrada do usuário no sistema sanitário. Neste sentido, o serviço deve necessariamente ultrapassar a atenção à demanda e as preocupações unicamente curativas do modelo tradicional — biomédico e hospitalocêntrico —, para ir até a comunidade e promover a saúde de seus partícipes — modelo da produção social da saúde (Becker, 2001; Mendes, 2006).

O PSF propõe a adscrição de pessoas — em um determinado território —, as quais se vinculam a uma equipe composta por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS) (Cotta et al., 2006a). Esta equipe passa a ser a “*porta de entrada*” do serviço de saúde, não tendo o programa uma ênfase para atendimento da demanda espontânea (Starfield, 2004). É dada à equipe do PSF a missão de transformar o sistema assistencial da saúde, entendendo-se que essa mudança deve se caracterizar por um modelo centrado nos usuários em contraposição

ao arcaico modelo centrado no procedimento (Cotta et al., 2006a; Franco, Merhy, 2004).

A partir desta perspectiva, com a institucionalização legal e prática do SUS, quatro questões sobre a gestão têm sido reconhecidas como fundamentais para a sua implementação: (1) a descentralização, (2) o financiamento, (3) o controle social e (4) a política de recursos humanos (RH). Este último ponto, a gestão de RH, vem sendo considerado o mais complexo e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país (Brasil, 2005). E, em contra-senso, o que se observa é que esse problema tem se agravado com a implementação do PSF.

Se por um lado, os direitos sociais dos trabalhadores ocupantes de cargos públicos estão assegurados pelo artigo 39 da Constituição Federal (modificado pela emenda constitucional N°19) (Brasil, 1988; Nogueira, Baraldi, Rodrigues, 2004; Menezes, 1998) por outro lado, é justamente o próprio governo que descumpre a lei (Cotta, Mendes, Muniz, 1998). No setor saúde, especialmente no que se refere à contratação dos profissionais do PSF, observa-se uma grande precarização das relações de trabalho, aspecto que parece ser afim aos modernos movimentos do capitalismo tardio especialmente ao se considerar o estabelecimento de novos ordenamentos sociais, em termos das sociedades de controle (Deleuze, 1992; Corsi, 2002; Dantas, 2003; Siqueira- Batista, 2007).

Neste âmbito é mister salientar que o tipo de desproteção sócio-legal implicado na noção de precariedade do trabalho está associado a certos aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico, que atualmente tende a ser pautado pela globalização/mundialização do capital, com fortes influências sobre as condições individuais e coletivas de vida e de trabalho. De modo geral, as características econômicas desse tipo de desenvolvimento fazem com que o trabalhador seja levado a “aceitar” a relação contratual precária, dado que se encontra num país com considerável nível de desemprego estrutural e no qual, portanto, a outra opção é a situação do desemprego, socialmente mais excludente (Nogueira, 2006).

No cotidiano do trabalho no âmbito do PSF é comum encontrar problemas relacionados às formas de contrato, à infra-estrutura material (heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária), à dinâmica da assistência (sobrecarga de atendimento que gera dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho) e às condições sócio-políticas para desenvolvimento do trabalho (diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda, por exemplo) (Cotta et al., 2006a; Bertoncini, 2000; Souza, 2000; Costa, Lima, Oliveira, 2000).

Com o objetivo de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo — com a proposta de reformulação das estruturas de recursos humanos, buscando espelhar a experiência do MS na área de gestão do trabalho e da educação na saúde —, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) com responsabilidade do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), criou o programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS). Tal iniciativa, realizada em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), leva em consideração o porte e as necessidades dos estados e municípios. Entre as propostas de intervenção estão as ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de RH (Brasil, 2006; Brasil, 2007).

Sem embargo, segundo Nogueira (2006), a expressão “desprecarização do trabalho” pode dar a falsa idéia de que o trabalhador, beneficiado por uma política de reparo no desatendimento de seus direitos, será mantido na função que vem exercendo. Contudo, os já “precarizados”, por serem irregulares, deverão mais cedo ou mais tarde deixar suas funções, sendo substituídos por trabalhadores

regulares, que ingressarão na administração pública mediante concurso público. Portanto, o que está em jogo é a implantação de uma situação de legalidade dos vínculos, e, na visão de Nogueira, a melhor denominação que se pode dar a tal política seria a de regularização dos vínculos de trabalho.

Destarte, pode-se inferir que não haverá a real (re)organização do sistema de saúde sem o enfrentamento dos problemas relacionados à gestão de RH no SUS, de modo que a defesa da vida deve constituir-se em componente obrigatório no campo de responsabilidade de todos trabalhadores da saúde — já que estes são a ligação humana que conecta o conhecimento à ação de saúde por serem os profissionais que curam e cuidam de pessoas, aliviam dores e sofrimento, previnem doenças e mitigam riscos (OMS, 2006).

A partir desta perspectiva, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil dos gestores municipais de saúde e as condições definidoras e norteadoras de suas práticas de gestão, tendo como referência a administração de RH no contexto do PSF.

Características da Macrorregião Sanitária do estudo

Com um total de 5.564 municípios, o Brasil hoje é composto em sua grande maioria por municípios de pequeno porte, registrando uma porcentagem de 73,1 ou 4075 municípios com população de até 20 mil habitantes (Tabela 1). Esses fatos estabelecem os pequenos municípios como um dos principais protagonistas na implementação e gestão do SUS, não podendo ser deixados de fora da lista de prioridades (CONASENS, 2007).

O estado de Minas Gerais é dividido em 13 Macrorregiões sanitárias de saúde que são compostas por 75 microrregiões de saúde segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR). A macrorregião sanitária em estudo é Leste do Sul de Minas Gerais ou Macrorregião Sanitária de Ponte Nova. A região é composta por 52 municípios sendo dividida em três microrregiões sanitárias: a microrregião de Viçosa (9 municípios); a microrregião de Ponte Nova (19 municípios) e a microrregião de Manhuaçu (24 municípios). A maioria das cidades é de

pequeno porte, mais de 85%, têm população inferior a 20 mil habitantes (Tabela 1).

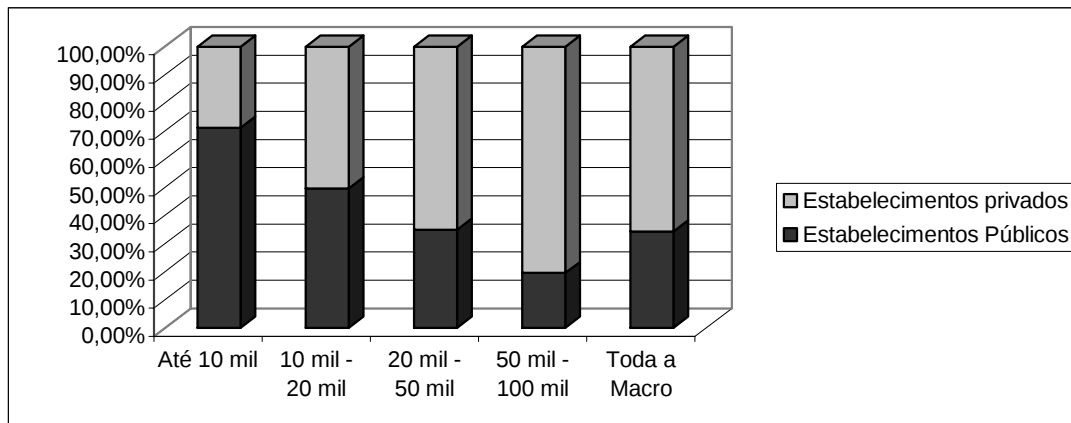
Os 52 municípios têm população média de aproximadamente 12.655 habitantes, sendo que apenas três destes, possuem população acima dos 50 mil habitantes.

Tabela 1: Números de municípios e porcentagem em relação à população dos municípios da macrorregião sanitária de Leste do Sul (MG) e do Brasil, (2007).

População dos Municípios	Brasil		Macrorregião sanitária Leste do Sul	
	n	%	n	%
Até 10.000 hab.	2690	(48,3%)	33	(63,5%)
De 10.001 a 20.000 hab	1385	(24,8%)	12	(23,0%)
De 20.001 a 50.000 hab	963	(17,3%)	04	(7,7%)
De 50.001 a 100.000 hab	299	(5,3%)	03	(5,8%)
De 100.001 a 500.000 hab	194	(3,4%)	0	(0%)
Mais de 500.000 hab.	31	(0,6%)	0	(0%)
Total	5564	(100%)	52	(100%)

Fonte: IBGE (2006) e Dados da Pesquisa

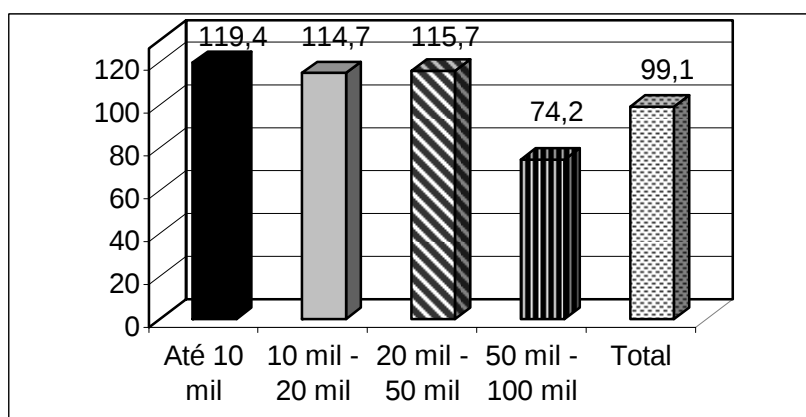
Outro fator relevante é que nestes municípios de pequeno porte, a maioria dos estabelecimentos de saúde são públicos, o que torna ainda mais premente o compromisso dos gestores municipais em trabalhar eficientemente as políticas do SUS (Gráfico1). Nas cidades que possuem a população menor que 20 mil habitantes, aproximadamente 60,72% dos estabelecimentos de saúde são públicos (Gráfico 1).



Fonte: CNES/ Datasus (2007) e Dados da Pesquisa

Gráfico 1: Relação entre o número de habitantes e o percentual de estabelecimentos públicos e privados de saúde, Macrorregião sanitária Leste do Sul (MG), Brasil 2007.

A macrorregião em estudo tem população total de 658.080 habitantes e um total de 6.639 trabalhadores de saúde o que define uma proporção de aproximadamente 100 habitantes para cada profissional de saúde. As cidades de pequeno porte, também são diferentes das cidades de grande porte em relação à proporção entre habitantes e trabalhadores de saúde. As cidades com mais de 50 mil habitantes têm proporção de 74 habitantes para cada profissional e as consideradas de pequeno porte, ou seja, com menos de 20 mil habitantes possuem uma proporção de 117 habitantes, em média para cada profissional de saúde.



Fonte: CNES/ Datasus (2007/2008) e Dados da Pesquisa

Gráfico 2: Relação entre números de habitantes por profissional de saúde e população das cidades da macrorregião de saúde Leste do Sul (MG), 2007.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal que utiliza como instrumento de coleta de informações, um questionário semi-estruturado aplicado a 52 Secretários Municipais de Saúde (SMS) da macrorregião sanitária Leste do Sul, MG, Brasil, durante as reuniões da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), no período de Maio a Setembro de 2007. O entrevistador esteve presente durante as reuniões da CIB onde foram aplicados os questionários, apresentada a proposta de trabalho e prestados esclarecimentos quando necessário.

Os questionários foram elaborados pela equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Viçosa (UFV) responsável por este estudo a partir dos trabalhos desenvolvidos por Cotta et al., 2006a; Cotta et al., 2006b; Souza, 2007; Girardi, Carvalho, 2002 e abordaram questões referentes ao perfil pessoal, educacional e profissional dos SMS, ao processo de implantação do PSF, às dimensões gerenciais, estruturais e regulatórias referentes à gestão de RH no contexto do PSF, e às diferentes formas de enfrentamento das adversidades presentes no cotidiano da gestão de RH das cidades.

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences - SPSS, versão 15.0.

Conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (protocolo nº 034/2007/Comitê de Ética em Pesquisa) reiterando-se que os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o qual continha informações detalhadas sobre o estudo. (Anexo II)

RESULTADOS

Os resultados aqui expressos correspondem às respostas de 45 SMS (86,54%), já que 7 (13,46%) destes, não se dispuseram a participar do estudo.

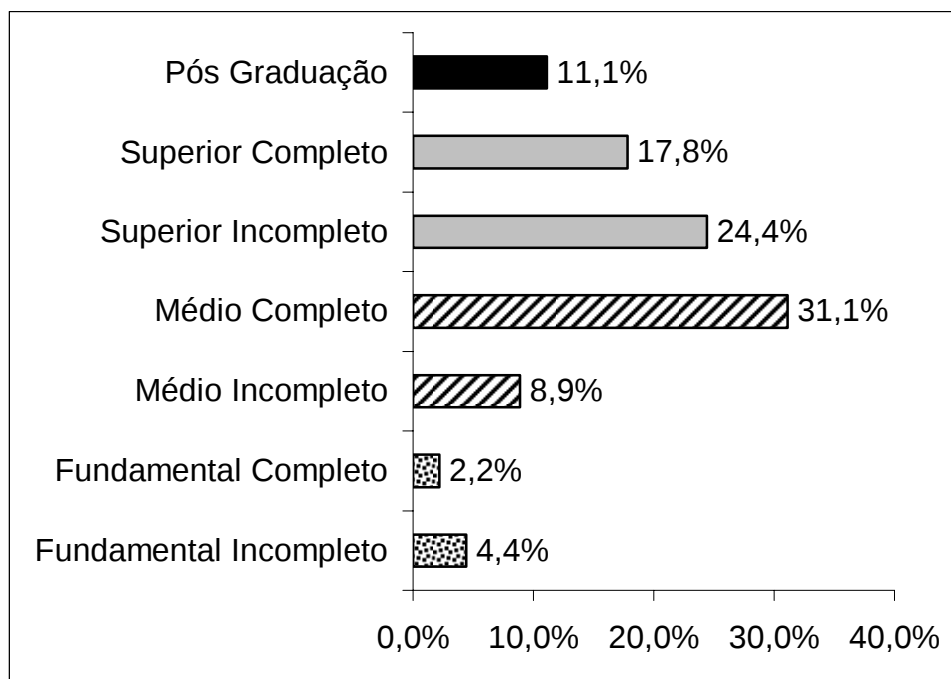
Perfil dos Secretários Municipais de Saúde

A maioria dos SMS da macrorregião sanitária estudada é do sexo masculino, (53,3%) e a média de idade encontrada foi de 39,4 anos

(mediana 37,5 anos), variando entre 26 e 59 anos. A mediana de tempo de serviço como SMS foi de 19 meses (mínimo de um e máximo de 138 meses).

Sobre o nível de escolaridade dos SMS, verificou-se que apenas 28,9% possuíam o nível superior completo — consoante o demonstrado no Gráfico 3 . Entre aqueles que têm curso superior completo, apenas 13,3% são profissionais de saúde; somente 11,1% dos SMS concluíram a pós-graduação.

Em relação às experiências anteriores de gestão, 20,0% informaram já terem sido SMS. Também havia relato de experiências anteriores como profissional liberal e/ou cargos legislativos em 20,0% dos entrevistados. OS SMS (4,4%) afirmaram também ter experiências como diretor de Unidade de Saúde ou de Hospital Público, além de atuar como assessor técnico e/ou como dirigente da secretaria estadual de saúde (4,4%).



Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 3: Grau de escolaridade dos Secretários Municipais de Saúde, macrorregião sanitária Leste do Sul, Minas Gerais, Brasil, 2007

Coordenação do Programa de Saúde da Família

As Equipes de Saúde da Família (ESF) estão presentes em todas as cidades da macrorregião estudada (100%), sendo que a média de ESF encontrada foi de 3,3 equipes por município (mínimo de uma e máximo de 16). O Total de ESF nas 45 cidades estudadas da região sanitária Leste do Sul de Minas gerais é de 148.

O gabinete do SMS é o setor responsável pela coordenação do PSF em 46,7% dos municípios. Para o restante dos municípios (53,3%), os setores responsáveis pela coordenação do PSF — segundo os SMS — são a Atenção Básica (46,7%) e a Coordenação pelos próprios profissionais de saúde do PSF (6,7%).

Um dado interessante a ser ressaltado é que 68,9% dos SMS informaram não ter autonomia para gerir o fundo municipal de saúde.

Ainda que os SMS utilizem mais de uma fonte de recurso para gestão do PSF em seus respectivos municípios, para a maioria destes, os recursos federais e estaduais não eram suficientes para a implantação e manutenção do PSF (60,0%). Alguns SMS também utilizavam mais de uma fonte de recurso para o pagamento dos trabalhadores de saúde nos seus municípios. As fontes dos recursos utilizados para o pagamento dos profissionais de nível superior dos PSF dos municípios da região estudada são: Tesouro Municipal de Saúde (86,7%), Piso de Atenção Básica – PAB (55,6%), demais recursos federais (22,2%) e recursos estaduais (15,6%).

Recrutamento e Seleção dos profissionais de saúde

No que refere ao recrutamento dos ACS, 41,9% dos SMS responderam que contratam apenas trabalhadores que vivem na área de abrangência da ESF, 37,2% responderam contratar trabalhadores residentes no município e 2,3% informaram que contratam apenas os profissionais da rede municipal. Em relação ao recrutamento dos profissionais de nível superior, 31,1% relataram que contratam profissionais dentro e fora do estado, 24,4% responderam que contratam profissionais residentes no município, 13,3% informaram que contratam profissionais apenas na área de abrangência da ESF, 15,6%

responderam que contratam apenas os profissionais do estado e 4,4% os alocam entre os servidores municipais.

Em relação ao processo de seleção dos ACS, apenas 15,6% dos municípios utilizava concurso público, conforme preconizado no inciso II do art. 37 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988; Menezes, 1998). A indicação política aparece em 26,7% dos municípios (Tabela 2).

Pode-se perceber, por meio dos dados apresentados na Tabela 2, que alguns SMS utilizavam mais de um critério de seleção para se contratar os trabalhadores de saúde em seus respectivos municípios. Apenas 20% dos SMS responderam que em sua gestão utilizavam concurso público para selecionar seus profissionais; 55,6% utilizavam análise de currículo, 62,5% utilizam entrevista e 4,4% responderam que não fizeram nenhum tipo de seleção para contratação dos profissionais.

Os resultados mostraram também que apenas 50,0% dos gestores exigiam algum pré-requisito relacionado à especialidade dos profissionais de nível superior para a contratação destes. Todavia, nenhum dos SMS citou a formação na especialidade em saúde da família ou em saúde pública como pré-requisito para contratação dos profissionais. Os pré-requisitos citados foram: (1) registro no órgão competente do estado, (2) comprometimento com horários, (3) disponibilidade e (4) demanda por determinada especialidade médica.

Tabela 2 – Critérios de seleção utilizados para contratação dos trabalhadores de saúde, Macrorregião sanitária Leste do Sul, Minas Gerais, Brasil (2007).

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	ACS		Profissionais com nível superior	
	N	%	N	%
Seleção pública	18	40,0	06	13,3
Indicação política	12	26,7	25	55,6
Concurso público	07	15,6	09	20,0
Análise de currículo	12	26,7	25	55,6
Prova escrita	12	26,7	05	11,1
Entrevista	25	55,6	28	62,2

Fonte: Dados da Pesquisa

Formas de vinculação profissional

Os dados da pesquisa revelam que as prefeituras, respondem diretamente pela contratação dos profissionais de saúde do PSF em 93,3 % dos municípios estudados.

Alguns municípios utilizam mais de uma forma de vinculação dos profissionais, como também se encontrou mais de um critério para contratação dos trabalhadores de saúde em um só município – nesse sentido, as alternativas de vinculação observadas neste estudo também atingiram números superiores a 100,0%. As formas de contratação temporária e de prestação de serviços predominam amplamente sobre todas as outras formas de contratos profissionais nos municípios estudados. Com relação aos profissionais de saúde com curso superior, os contratos temporários por prestação de serviços, são citados por 75,6% dos SMS como formas de contratação contra 24,4% que seriam os tipos de contratos que garantem proteção social aos trabalhadores, a saber: 13,3% de vínculo estatutário e 11,1% de vínculo da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT).

Também no que se refere às contratações dos ACS, o quadro não é distinto, sendo o grau de precarização do trabalho semelhante. Para os ACS, os contratos temporários foram citados em 75,6% dos casos, aparecendo em seguida os vínculos celetistas com 13,3% e os vínculos estatutários com 11,1% (Tabela 3).

Tabela 3 – Formas de vinculação utilizadas pelos gestores municipais de saúde da Macrorregião Sanitária Leste do Sul, Minas Gerais, Brasil, (2007).

FORMAS DE CONTRATAÇÃO	ACS		Profissionais com nível superior	
	n	%	n	%
Contrato temporário	34	75,6	34	75,6
CLT	6	13,3	6	13,3
Estatutário	5	11,1	5	11,1
Prestação de serviços	4	8,9	5	11,1
Cargo Comissionado	1	2,2	2	4,4
Bolsa	0	0	0	0
Cooperado	0	0	0	0

Fonte: Dados da Pesquisa

Rotatividade

Define-se rotatividade de pessoal ou *turnover* como o fluxo de entrada e saída, isto é, uma "flutuação de pessoal entre uma organização e o seu ambiente" (Chiavenato, 2000) . Esse conceito traz implícita a idéia de reposição, substituição de trabalhadores nos postos de trabalho de uma empresa ou de um setor de atividade. Trata-se de um movimento passível de ser quantificado através da aplicação de indicadores de rotatividade, porém esse processo, por si só, não explica as razões pelas quais os indivíduos deixam seus empregos (Anselmi, 1993).

Apesar da rotatividade dos profissionais ser considerada um fator relevante de não sustentabilidade do PSF, são poucos os estudos presentes na literatura que tratam desta temática (Campos, 2005). Quanto à percepção dos SMS em relação à existência da rotatividade dos profissionais no PSF, 53,3% afirmaram haver rotatividade em seus municípios. Dentre os SMS que afirmaram haver rotatividade nos municípios os médicos foram citados como os profissionais que apresentam maior rotatividade (83,3%), seguidos pelos enfermeiros (29,2%).

Quando perguntado aos SMS sobre a qualidade do trabalho dos profissionais que ocupam cargo no PSF por um período mais longo de tempo, 70,5% afirmaram que a qualidade do trabalho desses profissionais é superior quando comparada àqueles que têm menos tempo de trabalho no PSF, ressaltando-se os seguintes motivos: conhecimentos sobre a população, afetividade, confiança, realidade, entrosamento com as famílias atendidas.

Os principais motivos da dificuldade de fixação dos profissionais de saúde nos PSF de seus municípios (alta rotatividade), citados pelos SMS foram: (1) carga horária exigida, (2) questões salariais, (3) a falta de profissionais, (4) falta de interação entre os SMS da região e (5) difícil acessibilidade aos locais de trabalho.

Remuneração

Os critérios para definir os salários dos trabalhadores de saúde, de acordo com os entrevistados são distintos nos municípios estudados,

destacando-se: a média salarial dos municípios vizinhos (71,4%), o estatuto dos servidores municipais (11,4%) e o tipo de serviço prestado (8,6%).

Os salários brutos dos trabalhadores de saúde são apresentados na Tabela 04. Há que se destacar que, na região estudada, quem recebe os maiores salários são os médicos - média de R\$5.394,08 (oscilando entre R\$2.500,00 e R\$8.250,00). A média salarial dos enfermeiros foi de R\$2.334,32 e dos odontólogos foi de R\$2.104,44. Os auxiliares de enfermagem e ACS recebiam salários médios de R\$478,70 e R\$384,56, respectivamente. O menor valor de salário encontrado entre os auxiliares de consultório odontológico correspondeu a 1(um) salário mínimo e o valor máximo foi de R\$550,00 (Tabela 4). Os SMS também expressaram suas opiniões a respeito da remuneração oferecida aos profissionais do PSF de suas respectivas cidades. Nenhum SMS considerou a remuneração dos profissionais muito baixa, metade dos SMS considerou “razoável”, 33,4% consideraram “boa” e 16,6% consideraram “baixa” a remuneração paga aos profissionais dos municípios onde são gestores.

A utilização de incentivos como forma de retribuição direta ou indireta para os trabalhadores da saúde não foi indicada pelos SMS.

Tabela 4: Salário bruto médio dos trabalhadores integrantes das equipes do PSF, com carga horária contratual de 40 horas semanais. Macrorregião sanitária Leste do Sul, Minas Gerais, Brasil, (2007).

Profissão	Salário (em Reais)		
	Mínimo	Máximo	Média
Médicos	2.500,00	8.250,00	5.394,08
Enfermeiros	1.200,00	3.200,00	2.334,32
Odontólogos	900,00	3.700,00	2.104,44
Técnicos e auxiliares de enfermagem	350,00	748,00	474,70
Técnico em Higiene dental	370,00	748,00	525,71
Auxiliar de consultório odontológico	350,00	550,00	418,87
ACS	350,00	480,00	384,56

Fonte: Dados da Pesquisa

Carga Horária de trabalho

Os SMS responderam que a jornada de trabalho cumprida no PSF para os médicos varia entre oito a quatro horas diárias, sendo de oito horas diárias em 62,2% dos municípios, de seis horas diárias em 35,2% e de quatro horas diárias em 2,2% dos municípios da macrorregião estudada. Para os enfermeiros a jornada de trabalho cumprida nos PSF nos municípios é de oito horas em 93,2% e de seis horas em 6,8% dos casos. Já para os dentistas é cumprida a carga horária de quatro horas em 10,0% dos municípios, seis horas em 15,0% dos casos e oito horas em 75,0% dos municípios.

Os ACS cumpriam oito horas diárias de trabalho em 97,7% dos municípios e seis horas diárias em 2,3% dos casos. Os cargos de técnicos e auxiliares de enfermagem cumpriam até doze horas de trabalho diárias em 4,5% das cidades, oito horas em 93,2% e 6 horas em 2,3% das cidades.

A maioria dos Técnicos de higiene dental e Auxiliar de consultórios odontológicos cumpriam 8 horas diárias, com 88,9% para os técnicos e 92,3% para os Auxiliares.

Política de capacitação

Em relação à interatividade entre instituições de ensino e o PSF nos municípios estudados, 53,3% dos SMS, responderam que em seus municípios havia interação como trabalhos educativos em escolas municipais. Entretanto somente em 24,4% dos municípios estudados, ocorria parceria entre o PSF e instituições, como as Universidades, que disponibilizassem algum tipo de educação continuada/capacitação aos profissionais de saúde.

Os SMS responderam que 44,4% dos funcionários do PSF dispunham de algum tipo de capacitação, entre os citados, destacaram-se: palestras, cursos e reuniões, oferecidos com frequência variada, de uma vez por semestre até duas vezes por mês.

Quando se perguntou aos SMS o que facilitaria o processo de capacitação/ educação continuada das equipes do PSF, as respostas que se destacaram foram: maior disponibilidade de material didático,

mais recurso financeiro destinado à capacitação, criar incentivos para que os profissionais participem de cursos de capacitação, que a secretaria estadual de saúde ofereça um número maior de cursos e palestras.

DISCUSSÃO

Os dados deste estudo vêm ao encontro dos trabalhos de Cotta, Mendes, Muniz, (1998) e Fleury, (1997) que concluíram que a descentralização e a municipalização da saúde no Brasil têm seu impacto sobre o poder local relativizado pelos antecedentes patrimonialistas² da história política dos municípios brasileiros. A descentralização vem se concentrando em dois campos: no aumento dos recursos financeiros para os municípios, garantidos pela Constituição de 1988, e no aumento progressivo das transferências federais, a partir do final dos anos 90, para a implementação de alguns programas sociais universais como o PSF (Souza, 2004).

O perfil dos SMS descrito pelo presente estudo, mostra que suas características ainda não atendem as diretrizes, orientações e expectativas do SUS para o exercício do cargo, destacando-se o baixo índice de escolaridade, a precária formação para o cargo, a pouca ou nenhuma experiência para o exercício da gestão municipal de saúde e a baixa autonomia política administrativa.

Torna-se premente ampliar a discussão sobre a introdução na administração pública de modelos profissionais de gestão que vão contra o clientelismo, como por exemplo, a indicação política para a ocupação de cargos de direção (SMS e coordenadores, por exemplo) e trabalhadores de saúde; que são mais facilmente visualizados nas cidades de pequeno porte, onde isso ocorre em maiores proporções.

Observa-se pequena preocupação das instâncias de governo local em criar mecanismos que favoreçam a adesão dos profissionais de saúde aos pressupostos de responsabilidade social e compromisso político no aperfeiçoamento dos serviços. Os gestores do sistema municipal agem sob a pressão política do governo municipal e não mencionam que não há lugar para um sistema de saúde eficaz sem que seus elementos constitutivos — recursos humanos, equipamentos, infra-

estrutura dos serviços e demandas sociais — estejam permanentemente no centro das preocupações e do investimento do governo local (Gerschman, 2001). Destarte, a complicada relação entre esses elementos constitutivos da gestão de recursos humanos, apresentadas neste estudo, demonstra que esta ainda é uma questão pendente na pauta de implementação do SUS, tendo sua face mais perversa na implantação e implementação do PSF.

Em que pesem todas estas questões, os gestores municipais devem por um lado, buscar alternativas de regulamentação e segurança dos trabalhadores do PSF, e por outro, subsidiar e cobrar empenho e dedicação dos profissionais de saúde, para que ocorra uma real interação entre as competências dos trabalhadores e as necessidades das diferentes populações. Esta é uma questão essencial para uma gestão pública bem sucedida no campo da saúde e constitui-se hoje em um grande desafio a ser superado.

A situação da gestão de RH em saúde da macrorregião sanitária Leste do Sul (MG), vai ao encontro às idéias de Nogueira, (2006) e Singer, (1998), os quais ratificam a contradição específica da realidade brasileira, dentro da contradição mais geral entre capitalismo tardio — neoliberal — e democracia, relativa à defasagem entre os direitos políticos e os direitos sociais dos trabalhadores. Estes, apesar de terem direitos políticos, não possuem laços formais de empregos e não usufruem dos direitos sociais historicamente conquistados pelas classes operárias.

Destarte, há que se enfatizar a irregularidade e precarização do trabalho no âmbito do PSF, já que a situação encontrada nesse trabalho tem sido elucidada por estudiosos de várias regiões do país (Azeredo, et al., 2007), (Cotta et al., 2006a), (Cotta et al., 2006b), (Souza, 2007), (Girardi, 2002) (Pierantoni, 2001), (Dal Poz, 2002), (Nogueira, Baraldi, Rodrigues, 2004).

Do ponto de vista da administração pública, o quadro encontrado na macrorregião em estudo é ainda mais problemático. Além do fato de praticamente não existir a cobertura social legalmente exigida, com direitos e benefícios garantidos ao trabalhador, a exigência de concurso

público para ocupar cargos profissionais nas esferas públicas ainda está longe de ser cumprida.

Segundo Nogueira, et al., (2004), para se desprecarizar o trabalho na administração pública, todos os trabalhadores teriam que entrar regularmente no serviço público através do concurso, pois em razão da proeminência do princípio da legalidade no direito administrativo, toda vez que o Estado toma uma iniciativa que não tem amparo em dispositivos legais, o ato administrativo original é considerado juridicamente nulo e não dá lugar a direitos que possam ser reivindicados pelos indivíduos envolvidos, ou seja, quando está envolvido um ato irregular por parte da administração pública não são geradas obrigações de continuidade e de observância de cláusulas contratuais. Desta forma a contratação de trabalhador da administração pública sem o prévio concurso exigido pelo art. 37, inc. II, da CF gera nulidade com efeitos *ex tunc*, sendo-lhe devidos apenas os salários *stricto sensu*.

As formas de seleção adotadas pelos SMS da região estudada para a contratação dos trabalhadores de saúde são alternativas de incorporação arcaicas do empreguismo, clientelismo e patrimonialismo, como por exemplo, a indicação política. Segundo Fleury, (2006), a persistência de práticas clientelistas e patrimonialistas na relação entre organismos estatais e os setores sociais expressam a lógica de negação da representação social, enquanto princípio organizador da arena política, e sua substituição por uma teia de relações subjacentes, nunca claramente explicitadas, submetidas a uma dinâmica integradora e não-concorrencial, negando os pressupostos de liberdade / autonomia e de igualdade requeridos tanto para a troca quanto para a constituição da cidadania.

Há que se salientar ainda, que essa incorporação de trabalho alienada, impede também a formação de uma classe trabalhadora autônoma e possuidora de identidade coletiva, na medida em que reforça a sua fragmentação através da distribuição diferencial de privilégios (Cotta et al., 2006a), (Cotta et al., 2006b). Os benefícios sociais são, assim, distribuídos por meio de uma rede de troca de favores clientelistas. Esta reproduz a

lógica de ação corporativista por parte dos grupos beneficiários e a lógica de ação privatista por parte dos agentes do Estado (Fleury, 2006).

O tipo de contrato mais citado pelos SMS da microrregião sanitária estudada, (temporário / precário), dificulta o estabelecimento de vínculos dos profissionais com o serviço e com a população atendida, característica indissociável do trabalho no PSF como é preconizado em OPAS (2003) e Cotta, et al. (2007). Ademais, a facilidade de utilização política na concessão desses cargos, permitida por essa forma de contrato precarizada, aponta para uma velha tradição de barganha político-partidária bastante conhecida principalmente em municípios de pequeno porte no Brasil (Cotta, Mendes, Muniz, 1998; Fleury, 2006).

Os resultados deste estudo deixam claro que as formas adotadas pelas secretarias de saúde para a seleção, contratação e remuneração dos profissionais do PSF não possuem amparo legal, geram alto índice de precarização dos serviços, perda de direitos trabalhistas (férias, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), licenças, décimo terceiro salários e aposentadorias), alta rotatividade de profissionais, podendo levar ao descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência prestada, com efeitos por vezes extremamente deletérios sobre os usuários.

As relações de trabalho também são precarizadas porque os profissionais permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e das diferenças entre governos que se sucedem no poder — tão presentes na realidade dos municípios brasileiros —, desestabilizando, desta forma, a natureza inovadora da reforma sanitária brasileira e do PSF (Cotta, Mendes, Muniz, 1998).

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todos os níveis de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos RH afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuário (Cotta et al., 2006b; Cotta et al., 2007; Ceccim, Feuerwerker, 2004).

Nesse sentido, os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de se enfrentar os problemas relacionados à gestão de RH no PSF desde a formação do perfil dos profissionais, até a regulação da situação de trabalho no dia a dia das instituições de saúde (Cotta, et al

2007). Conill (2002) classificou os problemas de implantação do PSF em três grandes blocos: recursos humanos, financiamento e aspectos gerenciais e organizacionais. Ainda segundo o referido autor, há consenso quanto ao fato de ser a área de recursos humanos a problemática central do PSF, sendo apontados como os principais problemas o recrutamento de pessoal, a capacitação, a motivação, a supervisão e a rotatividade.

Torna-se premente o estabelecimento de um diálogo transparente — no mais genuíno espírito democrático — nos diferentes níveis hierárquicos (nacional, estadual e municipal), entre os gestores, de modo a se construir pactos de atuação conjunta, visando à formação de profissionais capazes de responder, efetivamente, às demandas impostas à coletividade (Siqueira-Batista, et al., 2006).

Ponto importante a ser destacado, é a necessidade de se padronizar os modos de gerenciar, nos quais os profissionais se sintam sujeitos ativos e que não deixem as instituições à mercê, de um lado, das diversas corporações profissionais, e de outro, dos escusos interesses político-partidários e clientelísticos. A autonomia responsável só acontecerá quando houver interesse e envolvimento. O trabalho dos profissionais de saúde demanda mais coordenação, avaliação externa e supervisão para indicar eventuais correções de rumo. Só nestas situações é viável obter serviços eficientes e profissionais motivados e criativos, mas isto só é possível em condições adequadas e não precarizadas de trabalho (Campos, 2000).

Cabe aos gestores sanitários implementar políticas que assegurem e conduzam os trabalhadores da saúde do PSF à tão esperada superação da alta rotatividade e à diminuição do receio constrangedor, tanto dos trabalhadores da saúde como da população, de represálias de fundo “polítiqueiro” (OPAS, 2003), manifestações, em última análise, dos novos contornos do exercício de poder, em termos micropolíticos.

Torna-se fundamental discutir melhor o estabelecimento de diretrizes e critérios para a contratação dos ACS, através do processo seletivo, que agora está pautada pela Emenda Constitucional 51/2006, evitando assim que todos esses trabalhadores que já estão

desprotegidos sócio-legalmente, não piorem sua situação para o desemprego.

Desta forma, a expectativa é que novos rumos e contornos sejam dados à gestão de RH na prática do PSF, e que os trabalhadores da saúde possam exercer sua profissão com dignidade, o que seguramente resultaria em benefícios para todo o sistema sanitário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, seguindo os preceitos da Constituição Federal de 1988, a partir da década de 90, o PSF passa a constituir-se em uma das mais importantes estratégias sanitárias do governo federal, vivendo hoje um processo de expansão vertiginosa nos municípios brasileiros. Amparado essencialmente pelos princípios da descentralização, hierarquização e participação, este crescimento e consolidação do PSF, tem nos municípios, um ator central. Destarte, é justamente por intermédio do PSF que se pretende requalificar a atenção primária, criando condições de maior resolubilidade, ao integrar as ações e serviços de saúde e redesenhar a gestão de RH com vistas à superação da precarização do trabalho, ao mesmo tempo que humaniza a atenção e a relação entre os três atores centrais do processo de produção da saúde - gestores, usuários e profissionais.

Neste sentido, trabalhar com o foco nos gestores municipais de saúde de diferentes cidades constitui importante estratégia para identificar eventuais diferenças entre as concepções e as trajetórias institucionais da gestão do trabalho no PSF, o que vai ao encontro das políticas do governo federal que almejam a despreciação das relações de trabalho no SUS mas que, conforme apontam os dados deste estudo, se mostram distantes da realidade dos municípios.

Analisar a perspectiva dos SMS — protagonistas destas ações nos municípios e no país - permitiu uma melhor compreensão das diretrizes e da lógica da organização da gestão de RH em nível da atenção primária em saúde. Possibilitou, igualmente, repensar o processo de descentralização e explorar a identidade política que o conjunto dessa estratégia ganhou, a partir da mediação entre as orientações do grupo central do Estado (governo federal) e a dimensão

do cotidiano dos serviços nos municípios. Paradoxalmente, os resultados deste estudo demonstram ser o próprio Estado, através da gestão municipal descentralizada, um dos responsáveis pelo descumprimento e desrespeito às leis de trabalho estabelecidas pela Constituição Federal do Brasil. E o que é pior, são justamente os profissionais da porta de entrada do SUS — os trabalhadores de saúde do PSF — os que mais sofrem com esta desregulamentação trabalhista. Ressalta-se então, o papel político e estratégico do MS, através da DEGERTES, nesta realidade ainda pendente no contexto dos municípios brasileiros.

Por fim, é importante destacar, que, embora neste estudo tenha sido avaliada a situação de gestão de RH em uma macrorregião sanitária do estado de Minas Gerais, sua relevância está no fato de que os resultados e as conclusões obtidos, muito provavelmente, poderão ser extrapolados para grande maioria dos municípios brasileiros e, quiçá, dos municípios espalhados por toda América Latina, pois, com o fenômeno da globalização e flexibilização do trabalho, a precarização laboral é hoje uma realidade igualmente globalizada.

¹ *Accountability* é definida como a existência de condições para os cidadãos participarem da definição e avaliação das políticas públicas, premiando ou punindo os responsáveis. Nessas condições deve constar a disponibilidade de informações sobre a atuação dos governos e seus resultados, bem como a existência de instituições que permitam contestar as ações do poder público) (CLAD, 2000).

² O patrimonialismo é definido como uma forma de exercício da dominação por uma autoridade, a qual está legitimada pela roupagem da tradição, cujas características principais repousam no poder individual do governante que, amparado por seu aparato administrativo recrutado com base em critérios unicamente pessoais, exerce o poder político sob um determinado território (Weber, 1999).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anselmi, Maria Luiza. A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto. 1993.

Araújo, Lídice Maria et al. *Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho do SUS. Cadernos de Rh Em Saúde*, Brasília, v.3, n.1, p. 163-173, 2006.

Azeredo, Catarina Machado et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no

contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v 12, n 3, p. 743-753, 2007.

Becker, Daniel. *No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 2001. 117 p.

Bertoncini, Judite Hennemann. *Da intenção ao gesto – uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau*. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS* -: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 290 p.: il

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: Perguntas e Respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32p.:il.-(Serie C.Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)* / Ministério da saúde, Conselho Nacional de Saúde- 3ª ed. ver. atual – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

Campos, Cláudia Valentina de Arruda. Por que o médico não fica? Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. 2005. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo. 2005.

Campos, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de Gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy, Emerson Elias; Onocko, Rosana. (Org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 2ª ed. p.229-66. 2002.

Ceccim, Ricardo Burg; Feuerwerker, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

Chiavenato, Idalberto. Administração de recursos humanos In: Chiavenato Idalberto. *Recursos humanos: subsistema de provisão de recursos humanos*. São Paulo (SP): Atlas; p.178-90. 2000.

CLAD. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. La esponsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana. Buenos Aires: Eudeba, 2000.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2007 - 2008 . Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso: 15 abril de 2008.

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. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18(Suplemento), p. 191-202. 2002

Cotta, Rosângela Minardi Mitre et al. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. *Rev. Brasileira de Educação Médica*, 2007, 31 (3): 278-286.

Cotta, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília. v.15, n.3, p. 7-18. 2006. a.

Cotta, Rosângela Minardi Mitre et al. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Rev. Med. Minas Gerais*, Belo Horizonte, v16 n1, p. 2-8. 2006. b.

Cotta, Rosângela Minardi Mitre; Mendes, Fabio Faria; Muniz, José Norberto. *Descentralização das políticas públicas de saúde – do imaginário ao real*. Viçosa: UFV – Cebes; 1998.

Corsi, Francisco Luiz. A questão do desenvolvimento à luz da globalização. *Rev. Sociol Polít.* v.19, p. 11-29. 2002

CONASEMS. *Agenda incompleta, diretrizes de gestão e Tese no CONARES* 7 de maio. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde -. *Jornal CONASEMS*. n º 0 6. Junho de 2007.

Costa, Maria Bernadete de Sousa; Lima, Carlos Bezerra de; Oliveira, Cristina Passos de. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. *Rev Bras Enfermagem*; v. 53, p.49-52. 2000.

Dal poz, Mario Roberto. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gac Sanit.*; Barcelona, v.16, n.1, p.82-88. 2002

Dantas, Marcos. Informação e trabalho no capitalismo contemporâneo. *Lua Nova*. Rio de Janeiro, v.60, p. 5-44. 2003.

Deleuze, Gilles. *Post-scriptum* sobre as sociedades de controle. In: Deleuze Gilles. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34, p. 219-226.1992.

Fernandes, Afra Suassuna, Seclen-Palacin, Juan (org.). *Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2004.

Fleury, Sônia. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. ed. FGV, Rio de Janeiro. 2006.

Fleury, Sônia; Carvalho, Antonio Ivo de. Municipalização da Saúde e o Poder Local no Brasil. In: *Jornal do CONASEMS*, v. 34, p.10-12. 1997

Franco, Túlio Batista, Merhy Emerson Elias. Programa de saúde da Família (PSF): Contra-Indicações de um Programa destinado à mudanças do Modelo Tecnoassistencial. IN. Merhy Emerson Elias; Franco, Túlio Batista; Bueno Wanderley Silva, Magalhães JR., Helvécio Miranda. *Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, p. 55-124. 2006.

Gerschman, Silvia. Municipalization and management innovation: an inventory of the 1990s. *Ciênc. saúde coletiva* , Rio de Janeiro, v.6, n.2. 2001.

Girardi, Sábado Nicolau; Carvalho, Cristina Leite. *Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família. Mercado de trabalho*. Ministério da Saúde – Brasília. CDRH/SUS. 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Perfil dos municípios brasileiros: pesquisa de informações básicas municipais - gestão pública 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Estatísticas de saúde: Pesquisa assistência médico-sanitária*, v. 2-14, 1977-1989. Rio de Janeiro, 1978-1994.

Junqueira, Túlio da Silva et al. Democracia e Organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família. *Rev. Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, p. 12-27. 2008.

Martinez, Javier; Martineau, Tim. Human resources in the health sector: an international perspective. [S.l.:s.n.], 2002. Disponível em: <<http://www.healthsystems.org>>. Acesso em: 20 NOV. 2007.

Mendes, Eugenio Vilaça. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.

Menezes, Carlos Aalberto. Reforma Administrativa: A Emenda N.º 19/98. *Rev. Dir. Administrativo*. Rio de Janeiro, 21 3: 133-139, jul./set. 1998.

Nogueira, Roberto Passos. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 87, p. 147-162, 2006.

Nogueira, Roberto Passos; Baraldi, Solange; Rodrigues, Valdemar de Almeida. *Limites Críticos da Noção de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública*. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, p. 81-103. 2004.

Organização Pan-americana da Saúde. *Informe sobre a reunião de trabalho Discussão sobre o marco referencial e conceitual da Atenção Básica e Saúde da Família no Brasil*. Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Opas; 2003.

Pierantoni, Célia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 6 (2):341-360, 2001.

Singer, Paul Israel. Reflexões sobre inflação, conflito e democracia. IN: O'Donnel, Guilherme; Reis, Fabio Wanderley. *Democracia no Brasil: Dilemas e Perspectivas*. São Paulo: Vértice, 1988

Siqueira-Batista, Rodrigo. Aprendizagem baseada em problemas: uma estratégia das sociedades de controle? In: Moço, Edneia Tayt-Sohn Martuchelli; Falcão, Helena de Barros Parente Telles; Miranda, José Feres Abido. Reflexões sobre as mudanças curriculares na área de saúde: ativando processos. Rio de Janeiro: Publit, v.2, p. 79-100. 2007.

Siqueira-Batista, Rodrigo et al. Resposta imune ao *Mycobacterium tuberculosis*: nível de conhecimento de profissionais de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro antes e após capacitação sobre tuberculose. *Pulmão RJ.* , v.15, p.244 - 252, 2006.

Souza, Heloiza Machado de. Programa de saúde da família. *Rev. Bras. Enfermagem*; v. 53, p. 7-16. 2000.

Souza, Maria Fátima de. *Programa de Saúde da Família: Estratégia de Superação das Desigualdades na Saúde? Análise do acesso aos serviços de Saúde*. Brasília. Disponível em: www.nesp.unb.br. 2006. Acesso em: 15 MAI. 2007.

Souza, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. São Paulo *Perspec.*, vol.18, no.2 ,p.27-41. 2004.

Starfield, Bárbara. *Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

Weber, Marx. *Economia e sociedade; fundamentos de sociologia compreensiva*. v. 2. Brasília: UnB, p. 239. 1999

World Health Organization. *The world health report 2006 - working together for health*. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html>. Acesso em: 18 NOV. 2007.

ARTIGO ORIGINAL III:

CONSCIÊNCIA SANITÁRIA E NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS GESTORES DE SAÚDE: UMA REALIDADE AINDA PENDENTE NA PRÁXIS DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer o conceito de saúde sob o qual se embasa a prática de gestão dos Secretários Municipais de Saúde (SMS) da macrorregião sanitária Leste do Sul (MG), e avaliar o nível de apreensão e conhecimento destes sobre os princípios e diretrizes do SUS e do PSF, destacando-se a importância desses atores no contexto da reformulação do sistema sanitário nos municípios brasileiros. Para isso, o presente trabalho fundamentou-se na pesquisa qualitativa na qual foi utilizado como instrumento para coleta de informações, um questionário semi-estruturado dirigido aos SMS no período de maio a setembro de 2007, durante as reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB), da macrorregião. Encontrou-se inadequado nível de conhecimento e apreensão pelos SMS sobre o conceito de saúde e os princípios do SUS e do PSF, que reforça a constatação de que a consolidação da política de saúde pode estar se dando pela simples transferência de funções, antes executadas por hospitais e postos de saúde tradicionais, para as unidades básicas de saúde. Essa constatação aponta para a necessidade de que se instaure um processo de qualificação desses gestores, e de ampliação da discussão sobre a introdução na administração pública de modelos profissionais de gestão que vão contra o clientelismo e o corporativismo.

Palavras chaves: consciência sanitária, paradigma de saúde, Gestão em saúde, Sistema Único de Saúde, Programa Saúde da Família

ABSTRACT

This study aimed to understand the health concept under which the management of Municipal Health Councilors (SMS) of the Southwest Sanitary Macroregion of Minas Gerais State is based, and evaluate their level of apprehension and understanding of the SUS and PSF principles and guidelines, pointing out the importance of such players in the context of sanitary system reformulation in the Brazilian counties. Thereunto, the present work was based on the qualitative research in which a semi-structured questionnaire addressed to the MHS 2007 was performed from

May to September, as a tool to collect information, during the meeting of *Comissões Intergetoras Bipartite* CIB of this macroregion. It was found a inadequate level of apprehension and understanding of the SUS and PSF principles and guidelines by the SMS, what reinforces the confirmation that the health setting policy might have been given by simply transferring functions, which were previously performed by hospitals and health care facilities, to basic health units, generating by this the necessity of establishing a qualification process for such managers and widening of the debate about the introduction of professional management models in public management, what will confront the clientelism and corporativism

Keywords: Sanitary conscientiousness, health paradigm, health management, Single Health System, Health Family Program.

INTRODUÇÃO

Ao término de um período de decadência sobrevém o ponto de mutação. A luz poderosa que fora banida ressurgue. Há movimento, mas este não é gerado pela força... O movimento é natural, surge espontaneamente. Por essa razão, a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartado, e o novo é introduzido. Ambas as medidas se harmonizam com o tempo, não resultado daí, portanto, nenhum dano.

I Ching

Os indivíduos, como membros de uma sociedade particular, adquirem um conjunto de princípios, conceitos, regras e significados, os quais modelam e se expressam em suas experiências humanas de existir (Elias, 1994). Cada sociedade constrói códigos culturais que articulam representações sobre diversas esferas sociais, entre as quais se incluem representações sobre corpo, saúde e doença, formando uma matriz cultural ou um sistema simbólico. As representações de saúde e de doença predominantes em distintos grupos sociais estão assim intimamente ligadas ao contexto social, político, econômico e aos valores vigentes nestes grupos. Destarte, a saúde dos seres humanos é interdependente em relação ao ambiente, envolvendo aspectos relativos ao seu comportamento e de suas práticas (Ilriart, 2003; Capra, 2006).

Sem embargo, a saúde é termo extremamente polissêmico, possuindo significados diferentes conforme a época:

“[...] o conceito de saúde, tal como o conceito de vida, não pode ser definido com precisão; os dois estão, de fato, intimamente relacionados. O que se entende por saúde depende da concepção que se possua do organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente. Como essa concepção muda de uma cultura para outra, e de uma era para outra, as noções de saúde também mudam. O amplo conceito de saúde necessário a nossa transformação cultural – um conceito que inclui dimensões individuais, sociais e ecológicas – exige uma visão sistêmica dos organismos vivos e, correspondentemente, uma visão sistêmica da saúde”.

(Capra, 2006, p.117)

Nesse sentido, destaca-se como problema central relacionado ao setor saúde contemporâneo, a supremacia do conceito biomédico de doença – visão reducionista da doença, a qual considera o corpo humano como uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças –, segundo o qual a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, sendo o papel dos médicos o de intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um mecanismo enguiçado – perdendo de vista, portanto, o “paciente” como ser humano, ao reduzir sua saúde a um funcionamento mecânico –, e o que é pior, perde a capacidade de se ocupar do fenômeno do cuidado (Capra, 2006; Cotta et al., 2006).

No Brasil – inspirado em diversos movimentos ocorridos em diferentes países e regiões do mundo (Informe Lalonde no Canadá, Conferência de Alma Ata em Alma Ata – antiga União Soviética, reforma sanitária na Itália, e outros) –, a partir meados da década 70, coloca-se no centro do debate social a hegemonia do modelo biomédico e a organização da assistência à saúde, problemas estes profundamente interligados com a política adotada pelos governantes durante o período ditatorial. Para o movimento brasileiro da Reforma Sanitária, era evidente a necessidade de mudanças profundas encontradas dentro e fora do setor saúde e intimamente ligadas à crise mais ampla, de natureza social e cultural (Cotta, Mendes, Muniz, 1998; Cotta et al., 2006; Cotta et al., 2007).

Refletindo este movimento, a Constituição Federal de 1988 institui o Sistema Único de Saúde (SUS) como um novo modelo de sistema de

saúde, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada esfera de governo, segundo as diretrizes da descentralização administrativa e operacional, da universalização do atendimento e da cobertura, do atendimento integral à saúde e da participação da comunidade, visando o controle social. Em 1994, o Ministério da Saúde considerando que as inovações introduzidas no sistema de saúde nos anos anteriores e que resultaram na implantação do SUS, vinham logrando resultados pouco perceptíveis na reestruturação dos serviços de saúde, sobretudo por não promoverem mudanças significativas no modelo assistencial vigente (centrado na atenção médica-medicamentosa e no hospital), institucionalizou o Programa de Saúde da Família (PSF) com caráter reestruturante, e com o objetivo de ser a porta de entrada do sistema sanitário (Cotta et al., 2006).

No entanto, é ponto comum entre as pessoas ligadas ao projeto de reforma sanitária, que as deficiências do sistema de saúde têm suas raízes tanto na estrutura conceitual que dominou – e ainda continua dominando –, as práticas de saúde, como na necessidade de apreensão e conhecimento sobre os preceitos básicos do SUS e do PSF (Saupe et al., 2007). Espera-se que tanto o profissional quanto o gestor sanitário esteja capacitado a compreender a nova lógica sob a qual se assenta o sistema nacional de saúde e, por conseguinte, os princípios e diretrizes do SUS e do PSF (Cotta, Mendes, Muniz, 1998; Cotta et al., 2006).

Os gestores se configuram no cenário da saúde como atores sociais cujo conhecimento sobre o sistema de saúde, seus princípios, diretrizes e seu papel no contexto de uma adequada implantação do SUS é indispensável. Destarte, tanto um adequado conhecimento pelos secretários municipais de saúde (SMS), sobre o paradigma de saúde que sustenta os princípios e a prática do SUS, quanto a percepção, apreensão e conhecimento destes sobre os princípios e diretrizes do SUS e do PSF, com a desejada construção de uma consciência¹ sanitária, ganham suma importância, uma vez que o SMS é o gestor da saúde no âmbito das cidades e deve ser identificado como sujeito capaz

de entender, agir e intervir, modificando o próprio sistema e fortalecendo, assim, o fazer democrático da saúde (Cotta et al., 2006).

Partindo desta perspectiva, este estudo teve como objetivo conhecer o conceito de saúde sob o qual se embasa a prática de gestão dos SMS da macrorregião sanitária Leste do Sul (MG), e avaliar o nível de apreensão e conhecimento destes sobre os princípios e diretrizes do SUS e do PSF, destacando-se a importância desses atores no contexto da reformulação do sistema sanitário nos municípios brasileiros.

METODOLOGIA

Descrição espaço-temporal e população estudada

A pesquisa foi realizada, durante as reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) da macrorregião sanitária de Leste do Sul (MG), região da Zona da Mata, que ocorreram no período de maio a setembro de 2007. As reuniões são realizadas mensalmente em cada microrregião com a presença dos SMS e representantes da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

A macrorregião tem um total de 52 municípios e é dividida em três microrregiões sanitárias: a microrregião de Viçosa (9 municípios); a microrregião de Ponte Nova (19 municípios) e a microrregião de Manhuaçu (24 municípios).

Os resultados aqui expressos correspondem às respostas de 45 SMS (86,54%), já que 7 (13,46%) destes, não se dispuseram a participar do estudo.

Segundo o último censo demográfico, realizado em 2007 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), os municípios da macrorregião têm população total de 658.080 habitantes. A maioria das cidades é de pequeno porte, sendo que mais de 85% destas, têm população inferior a 20 mil habitantes. Os 52 municípios em estudo têm população média de aproximadamente 12.655 habitantes, sendo que apenas três destes, possuem população acima dos 50 mil habitantes (Tabela 1).

Tabela 1: População dos municípios da macrorregião sanitária Leste do Sul, Minas Gerais e do Brasil, 2007.

População dos Municípios	Brasil		Macrorregião sanitária Leste do Sul	
	N	%	N	%
Até 10.000 hab.	2690	(48,3%)	33	(63,5%)
De 10.001 a 20.000 hab	1385	(24,8%)	12	(23,0%)
De 20.001 a 50.000 hab	963	(17,3%)	04	(7,7%)
De 50.001 a 100.000 hab	299	(5,3%)	03	(5,8%)
De 100.001 a 500.000 hab	194	(3,4%)	0	(0%)
Mais de 500.000 hab.	31	(0,6%)	0	(0%)
Total	5564	(100%)	52	(100%)

Fonte: IBGE 2007 e Dados da Pesquisa

Fundamentos teóricos do método

O presente trabalho fundamentou-se na pesquisa quali-quantitativa, tendo como referência os estudos desenvolvidos por Cotta et al., (2006), que analisou o nível de apreensão e conhecimento sobre o SUS e PSF dos profissionais de saúde e por Dias et al., (2007), que analisou as representações de saúde.

Na pesquisa qualitativa, a Técnica de Análise de Conteúdos proposta por Minayo (2000), compreende as seguintes etapas: (1) pré-análise, (2) exploração do material, (3) tratamento dos resultados obtidos, e (4) interpretação. Neste estudo, a escolha dessa estratégia de análise justifica-se porque possibilita a compreensão das pessoas levando em consideração seus 'fazeres' e 'dizeres', seus inter-relacionamentos, seus costumes e crenças e, sobretudo, suas atribuições de significado às próprias experiências.

A análise das representações de saúde, do SUS e do PSF foi baseada na descrição de Nicola Abbagnano (2003), na qual se designa representação como aquilo por meio do qual se conhece algo; nesse sentido o conhecimento é representativo, e a "representação" é a idéia no sentido mais geral.

Coleta de dados

Inicialmente, fez-se contato com o Coordenador da Gerência Regional de Saúde de Ponte Nova para apresentar o objetivo da pesquisa, os métodos de coleta de dados, e a forma de divulgação dos resultados e de retorno à comunidade. Após autorização deste para a coleta de dados, realizou-se uma reunião com os coordenadores da Atenção Básica e de Regulação para a formulação da estratégia da coleta de dados.

Realizou-se um pré-teste dos questionários por meio de um estudo piloto em outra região distinta da estudada, mas com características semelhantes. Os objetivos do estudo piloto foram: evitar os possíveis vieses contidos nas questões, corrigir possíveis falhas na formulação das questões, acrescentar novas questões aos instrumentos propostos e possibilitar a familiarização e treinamento do pesquisador com o questionário (Richardson et al., 1999).

Os questionários continham perguntas abertas sobre o conceito da saúde, de SUS e de PSF e foram preenchidos pelos próprios SMS. O pesquisador esteve presente durante todas as reuniões da CIB onde foram aplicados os questionários, acompanhando todo o processo de preenchimento destes e além de apresentar a proposta de trabalho, prestou esclarecimentos quando necessário.

Análise dos dados

Após interpretação global das respostas, passou-se à análise de conteúdo. Essa etapa envolveu a organização do material, de acordo com as unidades de contexto, e a elaboração de categorias gerais para obter um panorama abrangente do material analisado. Em outra etapa do trabalho, as categorias foram agrupadas, após leituras reelaboradas de forma mais sintética, e contrapostas às observações e aos estudos bibliográficos para direcionar as discussões e as conclusões sobre as representações de saúde, de SUS e de PSF.

Aspectos éticos

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (UFV), em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da População estudada

A maioria dos SMS da macrorregião sanitária estudada é do sexo masculino (53,3%) e a média de idade encontrada foi de 39,4 anos (mediana 37,5 anos), variando entre 26 e 59 anos. A mediana de tempo de serviço como SMS foi de 19 meses (mínimo de um e máximo de 138 meses).

Sobre o nível de escolaridade dos SMS, verificou-se que 71,1% não possuem ensino superior completo (Gráfico 1). Entre aqueles que têm curso superior completo, somente 13,3% são profissionais de saúde. E somente 11,1% dos SMS fez pós-graduação.

Em relação às experiências anteriores de gestão, 20,0% informaram já terem sido SMS. Também havia relato de experiências anteriores como profissional liberal e/ou cargos legislativos em 20,0% dos entrevistados. Os SMS também tinham experiências como diretor de Unidade de Saúde ou Hospital Público em 4,4% e como assessor técnico e/ou como dirigente da secretaria estadual de saúde, em 4,4%.

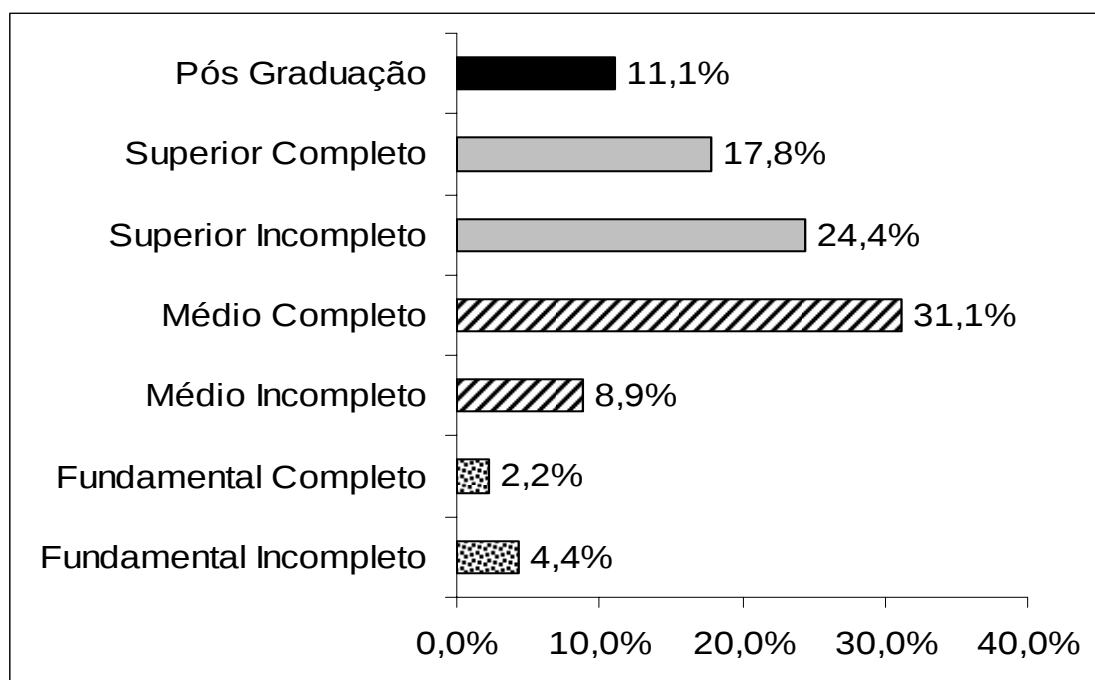


Gráfico 1: Grau de escolaridade dos Secretários Municipais de saúde, macrorregião Leste do Sul (MG), 2007.

Conceito de saúde: nível de Conhecimento e apreensão

Mendes (2006) definiu saúde como o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual, seja coletivamente – conceito ampliado de saúde.

De forma complementar, a constituição Federal, artigo 196, enfatiza que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos”. A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária (Brasil, 1998).

Pela análise das respostas dos SMS constatou-se que 44,4% destes não responderam ou não souberam conceituar saúde, mesmo que de forma incompleta e/ou fragmentada.

No que se refere aos conjuntos de representações de saúde, estes tendem a condensar-se, em alguns casos, em uma série de termos, de expressões, de imagens que exercem uma função de 'atrativos semânticos', de modo que em torno de cada termo se situa um conjunto de palavras, de expressões-chave significativas das situações e concepções próprias de cada grupo, como é o caso dos SMS da Macrorregião estudada (Conde, Marinas, 1997).

Esses atrativos semânticos retirados das falas dos SMS levam-nos a articular esse conjunto como um sistema de indicadores das citadas noções e representações de saúde, descritas no Quadro 1. Após análise e esquematização, podemos investigar as significações que são mais evidentes e representativas para esse grupo.

Quadro 1 - Atrativos Semânticos e Indicadores de saúde conforme o relato dos Secretários Municipais de Saúde Macrorregião Sanitária Leste do Sul, MG (2007).

Saúde			
Modelo biomédico	Conceito da OMS	Determinantes sociais da saúde	Visão fragmentada
Assistencialismo a população	Bem estar Físico, Mental e social	Necessidade do ser humano	Qualidade de vida
Ausência de doença	Equilíbrio	Higiene e saneamento	Bem estar
Meio para resolver doenças	Adaptação	Trabalho, educação e renda	Direito do cidadão
		Alimentação	Prevenir e não curar

Modelo Biomédico

A concepção da saúde como ausência de doença aparece neste estudo como uma dimensão de destaque entre os entrevistados, relacionada à utilização da tecnologia médica e também à ausência de dor e de enfermidade. Apresenta-se, pois, uma visão ‘medicalocêntrica’, biológica, fragmentada e individualista – a chamada visão reducionista da doença (Abreu, Pordeus, Modena, 2005; Capra, 2006).

Esse fato mostra que os gestores se apropriam do modelo sanitário ainda hegemônico, perante o qual o ser humano é considerado uma máquina, e a doença, um mau funcionamento do organismo. O papel do médico, segundo essa lógica mecanicista, consiste em intervir física ou quimicamente para consertar um defeito de funcionamento do mecanismo (Capra, 2006).

É interessante perceber como os discursos dos gestores evidenciam a tendência reducionista biomédica:

“Saúde é promover assistencialismo a toda população” (8)

“Saúde é não ter doença” (17)

”..... ou meio pra resolver os sintomas de doenças” (38)

O equívoco reside em considerar que o processo de adoecimento diga respeito somente a questões biológicas, esquecendo que existem outros fatores que também interferem, e que mesmo em presença de determinada enfermidade pode-se viver bem, com saúde (Dias et al., 2007).

O processo saúde-doença não pode, ainda nos dias de hoje, ser caracterizado apenas segundo seus aspectos biológicos, devendo, outrossim, ser entendido como um fenômeno intimamente relacionado com as características da sociedade na qual o “doente” é um ator social. O problema está no fato de que se nega assim, uma ordem de significações culturais nos fenômenos de adoecimento humano (Minayo, 1993).

Há que se salientar ainda, a forma por meio da qual essa visão 'negativa' de saúde, busca promover a ausência de doença: valendo-se de mais medicamentos, médicos, hospitais, exames, ambulâncias e consultas, gerando um mercado em que qualquer um pode 'comprar' saúde. Jogar esse jogo reforça as condições em que ele é praticado, desta forma, a concepção de saúde-doença dos gestores influencia as escolhas e priorização na alocação de recursos humanos, materiais e físico-financeiros. O enfoque continua a ser curativo, individual e medicamentoso (Cotta, Mendes, Muniz, 1998).

Conceito da Organização Mundial da Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define: *“a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”*. Essa definição aponta para a complexidade do tema, e a reflexão mais aprofundada sobre seu significado nos leva a concordar com Segre e Ferraz (1997), Mendes (2006) e Cotta, Mendes e Muniz (1998) ao considerar esta definição 'algo irrealista' por que, aludindo a um estado estático de “perfeito bem estar”, em vez de um processo em constante mudança e evolução, nos remete a um ideal utópico; pois não se sabe ou não se pode definir o que é “perfeito bem estar” e nem alcançar a “perfeição”. Nessas condições, não se poderá certamente falar em “perfeito bem-estar social”.

Dessa forma, vejamos como os gestores relatam suas concepções de saúde, atreladas ao conceito formulado pela OMS em 1948:

“Saúde é o bem estar físico, mental e social”. (35)

“É o bem estar físico, mental e social e não só estar livre de doenças”. (4)

“Bem estar físico, social, mental, moral.” (13)

Para Segre e Ferraz (1997), a definição de saúde da OMS está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão “medicina psicossomática”, encontra-se superada, pois, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a

inexistência de uma clivagem entre mente e corpo, sendo o social também inter-agente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados. Ademais, deve-se considerar a dimensão ecológica, essencial para a compreensão dos díspares aspectos do processo saúde-doença (Rôças et al., 2007).

Na análise das respostas sobre as representações de saúde dos gestores que seguem o conceito da OMS, pôde-se observar respostas automatizadas sem a conseqüente assimilação por parte destes de um conceito ampliado - uma visão holística da saúde.

Determinantes sociais da saúde

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss e Filho, 2007). Sabe-se que a saúde dos seres humanos é predominantemente determinada, não por intervenções médicas, mas pelo estilo de vida, alimentação, meio ambiente, entre outros.

Mais especificamente, chama a atenção, o seguinte relato de um dos SMS entrevistados:

“é você ter uma qualidade de vida boa, como higiene, saneamento básico, água de boa qualidade, é um ambiente saudável”. (10)

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o SMS de saúde, assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação, no melhor “espírito” da intersetorialidade. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais

dignas e pelo exercício pleno da cidadania com grande responsabilização de um gestor local capacitado para toda essa multiplicidade de fatores.

Como as variáveis relacionadas aos determinantes sociais da saúde diferem de cultura para cultura, de localidade para localidade, cada uma tem suas próprias enfermidades características, e, na medida em que mudam gradualmente, o estilo de vida e sua relação com o meio ambiente, mudam também os tipos de doenças e as necessidades sanitárias e sociais (Capra, 2006). Assim, um gestor que tem uma visão ampliada do processo saúde-doença que transcenda a atenção médica, curativa e assistencial, está apto para traçar políticas intersetoriais e interdisciplinares — importantes diretrizes a serem trabalhadas pelo setor saúde — o que pode ser ilustrado pela citação que se segue:

“Saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso a serviços de saúde. É o resultado das normas de organização social da produção as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (21)

Pese a que, seja importante que o SMS tenha uma visão ampliada da saúde, amparada nos determinantes sociais da saúde, não se pode deixar de lado a importância das ações e serviços de saúde e o papel dos sanitários em quantidade e qualidade, tanto em nível da atenção primária — como é o caso do PSF — quanto aqueles relacionados aos níveis secundário e terciário. Não se trata aqui de se desconsiderar a importância de que os SMS tenham um conceito ampliado de saúde, mas sim, destacar que justamente este conceito ampliado deve incluir a importância dos profissionais e instituições de saúde, para a saúde de indivíduos e populações inteiras (Capra, 2006; Cotta, et al., 2007).

Visão fragmentada

O conceito ampliado de saúde cria um universo de necessidades que transcende o setor saúde. Mesmo que promotoras de saúde, as

necessidades e demandas de outros setores relacionados às políticas sociais não devem seduzir o setor saúde ao desvio de seu objeto. Não obstante, os gestores também não podem desconhecer que a demanda em saúde é resultado de uma interação complexa entre fatores de ordem cultural remetidas aos serviços e aos profissionais de saúde, ultrapassando, muitas vezes, a procura por atenção médica condicionada pelos agravos à saúde.

Em nossa investigação, os conceitos de saúde citados pelos entrevistados, como: *bem estar da comunidade* (29); *prevenir e não curar* (20), *qualidade de vida* (6), e *bem estar e direito do cidadão* (45), aparecem de forma fragmentada e mecanicista sem conexão a uma abordagem mais abrangente e/ou específica sobre o processo saúde-doença.

Os achados do presente estudo coincidem com aqueles obtidos por Camargo (2003), onde as respostas dos SMS demonstraram os riscos do expansionismo semântico do termo "saúde" significando qualquer coisa e, portanto, na verdade, coisa nenhuma. Neste processo de definição ou conceituação, cada qual entra com uma possibilidade que lhe é peculiar, e que consiste em conhecimento corriqueiro e fragmentado que estes gestores utilizam para definir a experiência, e agir a partir desta interpretação e não por um conhecimento integral, ampliado e abrangente de saúde, como previsto pelo sistema nacional de saúde – SUS.

É esperado do SMS — além do conhecimento de gestão e de habilidades técnicas —, o domínio dos princípios e diretrizes do SUS e do paradigma de saúde sob o qual nosso sistema sanitário se sustenta — o da produção social da saúde (Cotta, et al., 2007; Capra, 2006).

Conhecimento e apreensão dos princípios do SUS

Para a avaliação do nível de conhecimento e apreensão dos princípios e diretrizes do SUS tomou-se como referência a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, onde o SUS é descrito como o conjunto de ações e serviços de saúde que seguem os princípios da *universalidade* de acesso aos serviços de saúde, da *integralidade* da assistência,

entendida como um conjunto das ações e serviços preventivos e curativos, da *igualdade* da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e da *descentralização político-administrativa*, com direção única em cada esfera de governo.

Conforme os resultados mostrados no Gráfico 2, grande parte dos gestores, (37%) não sabia ou não respondeu o que vem a ser SUS, seguido de 20% que definiram - erroneamente - o SUS como um plano ou programa de saúde.

Há que se salientar que o preocupante é quando o gestor municipal da saúde entende o SUS como um plano e/ou programa de saúde. O SUS é a política de saúde do Brasil, devendo, portanto, ser implantado nos estados e municípios brasileiros tendo como referência seus princípios e diretrizes, enquanto sistema *único*. O risco de se tomar o SUS como mais um programa e/ou plano é o de *“aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas”, “o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem implantadas independentemente de sua resolutividade e qualidade. O SUS como política transversal, deve ser entendido em seu conjunto de princípios e diretrizes, que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. (...) O que supõe que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde”* (Brasil, 2004).

Dessa forma, vejamos como os SMS relatam as concepções do SUS como um plano e/ou programa:

“SUS e um progama que foi criado pelo governo federal Todas as sidadoes tem o direito de consultar em quauquer parte do pais” (5)

“O melhor programa de saúde que existe” (17)

“É o plano de saúde que mais atende a população em todas as áreas”
(13)

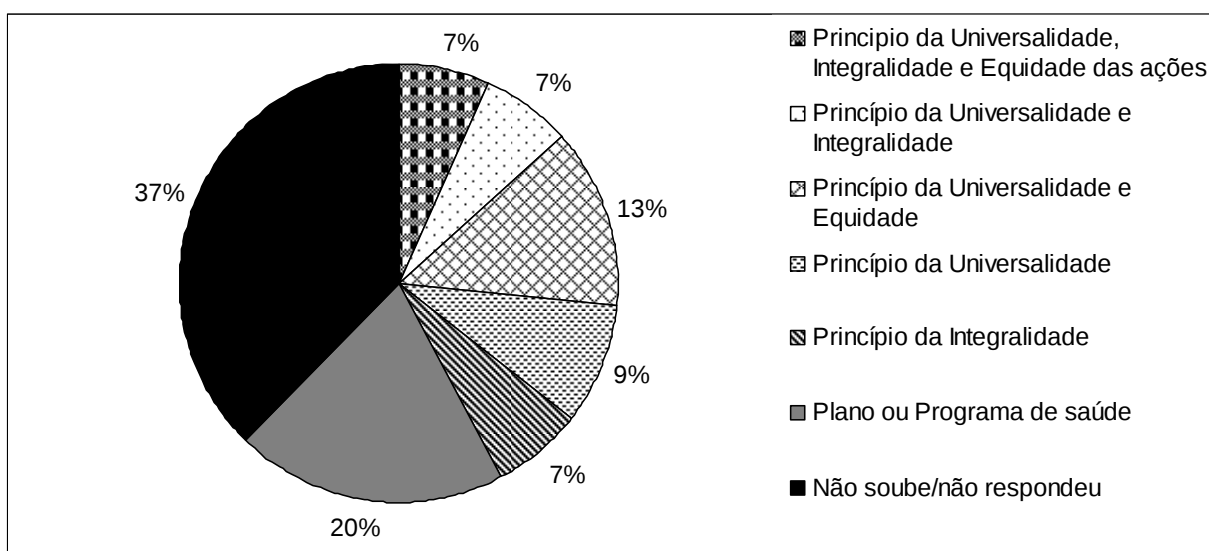


Gráfico 2 - Definição do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos Secretários Municipais de Saúde - Macrorregião sanitária Leste do Sul, MG, 2007.

Ao longo dos depoimentos, pode-se notar o desconhecimento, por parte dos gestores, a respeito dos princípios essenciais do SUS, ou seja, do sistema no qual estes deveriam ser os protagonistas das almejadas transformações na gestão descentralizada da política de saúde brasileira. Para eles, o SUS é de responsabilidade da esfera federal, e se colocam como no papel de 'meros espectadores' da realidade, demonstrando pouco compromisso e incipiente consciência sanitária, conforme se destaca a seguir:

".....Por ser único no mundo, nossos governantes têm que investir muito e c/ seriedade para que, o mesmo atinja seus propósitos c/ eficiência e eficácia." (43)

"É o melhor plano de saúde existente.....ainda é muito adolescente, quando amadurecer, sem duvida nenhuma é o melhor "sou defensora Nº 1." (42)

".....é um sistema muito bom na teoria que na pratica não funciona muito bem" (19)

Pesquisa realizada há 10 anos por Cotta e colaboradores (1998), em alguns municípios da mesma região sanitária deste estudo

(microrregião de saúde de Ponte Nova), encontrou, já naquela época, problemas relacionados à falta de apreensão adequada dos princípios do SUS, o que justifica ainda nos dias de hoje, a permanência de inadequações em sua implementação. Segundo estes autores, possíveis discrepâncias na apreensão das diretrizes e dos princípios do SUS podem evidenciar a ausência de valores e de padrões imprescindíveis à implantação e/ou implementação do sistema nacional de saúde nos moldes em que foi idealizado pelo movimento da reforma sanitária, quando da definição e alocação dos recursos na práxis da gestão local.

É verdade que apenas a conscientização, por si só, não é suficiente para produzir as mudanças na prática das ações e dos serviços de saúde vigente. Mas, nos moldes em que foi idealizado o SUS, pode-se supor que, sem a plena consciência de seus princípios, diretrizes e mecanismos de implementação, não será possível realizar uma reforma sanitária, mas no máximo uma implantação fragmentada e/ou focalizada do SUS.

Com o SUS, muda-se conceitualmente a política, mas como não existe por parte dos SMS — um dos principais protagonistas desta política (juntamente com os profissionais de saúde e usuários) — um adequado nível de conhecimento e apreensão dos princípios e diretrizes do SUS, levando a uma representação distorcida, a operacionalização deste é regida pelas mesmas regras e pelos mesmos critérios da política anterior do antigo INAMPS, direcionando à implantação/implementação de um SUS focalizado, distorcido e fragmentado (Cotta, Mendes, Muniz 1998).

Conhecimento e apreensão dos princípios do PSF

Para a avaliação do nível de conhecimento e apreensão dos princípios, objetivos e diretrizes do PSF, tomou-se como referência a definição do Ministério da Saúde que o descreve o PSF como

“uma estratégia para reorganizar a prática de atenção à saúde através da atenção primária, substituindo o modelo tradicional (curativo e hospitalocêntrico), levando a saúde para mais perto da família e comunidade, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde

das famílias e composto por equipes multiprofissionais que prestam atendimento para uma população adscrita e referenciada territorialmente e geograficamente.”

(Brasil, 2000).

A análise das respostas dos SMS da macrorregião em estudo evidenciam que apenas uma pequena parcela (2,2%) desses gestores demonstrou possuir uma adequada apreensão dos princípios do PSF, o que pode ser ilustrado no depoimento que se segue:

“O PSF é um programa, hoje uma estratégia criada para reorganizar o modelo.....com a implantação de equipes (médicos, enfermeiros, agentes e etc.) que são responsáveis pelo acompanhamento das famílias.....Estas equipes atuam na prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta”. (40)

Há que se salientar, conforme demonstrado no Gráfico 3, que 51% dos SMS não sabem ou não responderam o vem a ser o PSF. Acrescenta-se a este desconhecimento, respostas expressas por meio de termos inadequados, fragmentados e até mesmo incorretos como se destaca nos seguintes depoimentos:

“Um órgão que funcionando bem, estabelece uma boa qualidade de saúde ao povo”. (23)

“....é um programa muito importante para os municípios porque as famílias tem o privilegio de ter uma consulta em sua casa”. (5)

“Programa diretamente ligado com toda a saúde da população municipal”. (26)

O inadequado nível de conhecimento e apreensão pelos SMS sobre os princípios do SUS e do PSF, reforça a constatação de que a consolidação do SUS e do PSF pode estar acontecendo pela simples transferência de funções, antes executadas por hospitais e postos de saúde tradicionais, para as unidades básicas de saúde. O hospital deixa

de ser o centro das atividades de saúde, conforme idealizado pelo projeto da reforma sanitária, mas na prática pouco se altera na lógica da atenção à saúde (a lógica continua a ser curativa e individual, ao invés de preventiva, de promoção e coletiva) (Cotta, Mendes, Muniz, 1998; Cotta et al., 2006).

A falta de um adequado nível de informação dos SMS prejudica a adoção de novas práticas na perspectiva de um novo modelo de atenção e gera a necessidade de que se instaure um processo de qualificação desses gestores. Existe um consenso concernente à formação, ao desempenho e a gestão dos recursos humanos, de que esses aspectos afetam a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários, influenciando diretamente a motivação dos profissionais de saúde (OPAS, 2002). Neste sentido, destaca-se a importância da conscientização dos gestores para a gestão das ações e serviços de saúde com enfoque na saúde da família, enquanto importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto (Cotta, et al., 2004).

Deste modo, promover condições para a formação e escolha de um novo perfil profissional dos gestores municipais de saúde, é tarefa urgente a ser implementada pelas instituições de ensino, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

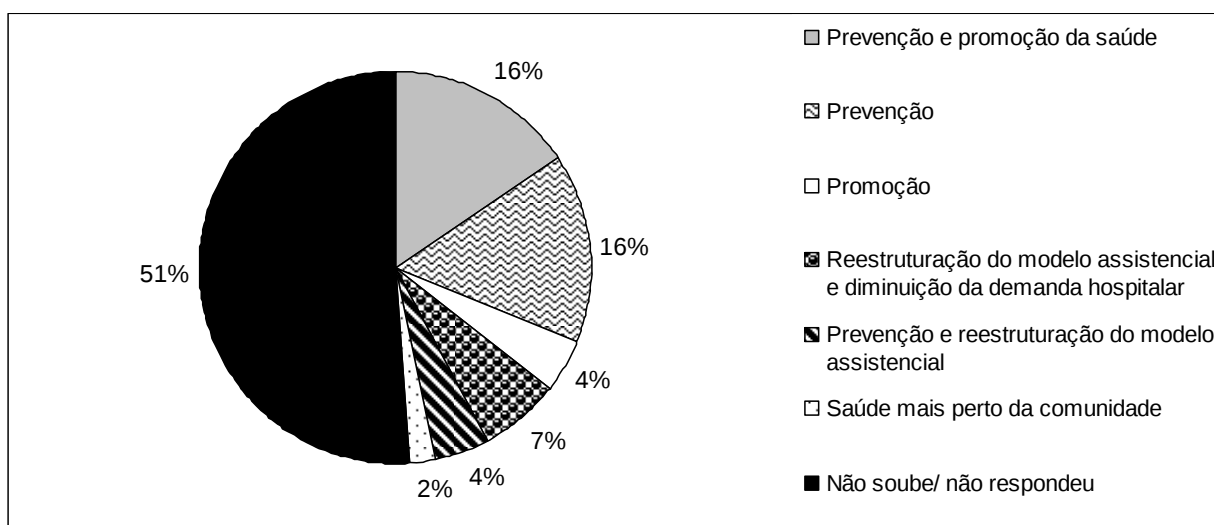


Gráfico 3 - Definição do programa de Saúde da Família (PSF) pelos Secretários Municipais de saúde da Macrorregião sanitária de Ponte Nova, MG, 2007.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inadequação e insuficiência de conhecimentos dos SMS é percebida, no presente estudo, por uma série de fatores, tais como (1) a compreensão fragmentada sobre a saúde, (2) o baixo nível de escolaridade, a precária formação para o cargo e a pouca ou nenhuma experiência para o exercício da gestão municipal de saúde. Todos estes elementos concorrem para o delineamento, na presente casuística, de um profissional que ainda não atende às diretrizes essenciais para o exercício do cargo.

As representações dos gestores a respeito dos conceitos saúde, do SUS e do PSF — incompletas, distorcidas e fragmentadas — demonstram uma grande dissociação entre o nível de informação e de consciência sanitária destes e o próprio projeto de construção da reforma sanitária — a letra da lei.

Existe um consenso nacional de que uma política substantiva de descentralização —tendo como foco os municípios, que venha acompanhada de abertura de espaço para o controle social e a montagem de um sistema de informação que permita ao Estado exercer seu papel transformador e regulatório —, é o caminho para superar as causas que colocam o SUS em xeque. Nesse sentido, destaca-se aqui um dos paradoxos da descentralização, que segundo a qual:

“foi um remédio, mas hoje é um problema, por um lado, a municipalização permitiu avançar, mostrando que é possível oferecer atendimento humanizado e multidisciplinar; por outro, criou um efeito colateral. ‘O grau de autonomia da ponta permitiu que cada estado implantasse o SUS, como, quando e onde quisesse’. Ainda hoje, há confusão entre os gestores sobre o que é realmente implantar o sistema, gerando grande heterogeneidade. (...) 85% dos prefeitos e secretários de finanças do estado de São Paulo sequer sabem que o Brasil tem um Sistema Único de Saúde”.

(Campos, 2007, p.17)

Sem embargo, o gestor local enfrenta o desafio de responder aos anseios e necessidades da comunidade utilizando-se dos recursos disponíveis; dessa maneira, faz-se imprescindível que disponha de um arcabouço de conhecimentos, habilidades e atitudes, a fim de poder otimizar e maximizar tais recursos, realizando parcerias, negociando propostas e trabalhando com a equipe e a comunidade num exercício de “empoderamento” para a cidadania (André, Ciampone, 2006).

Com efeito, destacam-se alguns obstáculos relativos ao acesso dos próprios gestores à informação e a algumas das características das organizações. No primeiro caso, incluem-se o perfil de escolaridade dos gestores e a diversidade de sua formação profissional, além das dificuldades para utilização de tecnologias de informação. No segundo, uma estrutura de tomada de decisão descentralizada e uma burocracia muitas vezes resistente a inovações, o que provoca demora em sua apropriação pelo setor (Brasil, 2008). Torna-se necessário, pois, ressaltar que os conhecimentos e habilidades requeridos para o exercício do cargo de SMS passam pelas extensões técnicas, administrativas, políticas, éticas e psicossociais (Junqueira, 1992; Campos, 2007).

A conscientização, por si só, não produzirá mudanças na prática das ações e dos serviços de saúde vigentes, mas nos moldes em que foram idealizados o SUS e o PSF, pode-se supor que sem a plena consciência e apreensão das diretrizes e dos mecanismos de implementação, não será possível realizar a reforma sanitária proposta.

Diante disto, faz-se necessário a união de esforços do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, Secretarias Estaduais de Saúde, instituições de ensino, além dos conselhos municipais de saúde e sociedade civil visando a ampliação de medidas junto às secretarias municipais de saúde, que objetivem capacitar e, sobretudo, sensibilizar e conscientizar os gestores sobre responsabilidades sociais e compromissos políticos no aperfeiçoamento dos serviços diante da comunidade.

A expectativa é que as contradições apontadas neste estudo se resolvam, na medida em que os SMS tenham compromisso ético, político e técnico com a saúde de seus munícipes. Uma alternativa é

ampliar a discussão sobre a introdução na administração pública de modelos profissionais de gestão, que vão contra o clientelismo e o corporativismo, como por exemplo, a indicação política, deixando de lado a competência técnica, profissional e de gestão necessárias para o exercício de cargos profissionais e de direção.

¹ O termo consciência é extremamente polissêmico em Língua Portuguesa — de fato, os diferentes discursos em torno da consciência humana podem refletir interpretações variadas —, significando desde *um estado de ciência de si mesmo e do meio ambiente*, até a *capacidade de responder a estímulos provenientes dele* (Marx e Silva et al., 2003). No âmbito das ciências humanas, considera-se como “[...] a possibilidade de dar atenção aos próprios modos de ser e às próprias ações, bem como de exprimi-los com a linguagem” (Abbagnano, 2003) e, igualmente — recuperando-se sua origem grega, συνειδησις, e latina, *conscientia* —, como “uma relação da alma consigo mesma, de uma relação intrínseca ao homem, ‘interior’ ou ‘espiritual’, pela qual ele pode conhecer-se se modo imediato e privilegiado e por isso julgar-se de forma segura e infalível” (Abbagnano, 2003). Com efeito, no presente manuscrito, será adotada a conotação de “dar atenção aos próprios modos de ser e às próprias ações, bem como de exprimi-los com a linguagem”, no que se refere às questões da saúde — a consciência sanitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbagnano, Nicola. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Mestre Jev. 2003

Abreu, Mauro Henrique Nogueira Guimarães; Pordeus, Isabela Almeida; Modena, Celina Maria. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG) – 2002. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.10, n.1, p.245-56. 2005

André, Adriana Maria; Ciampone, Maria Helena Trench. Desafios para a gestão de Unidades Básicas de Saúde. *RAS. Revista de Administração em Saúde*, v. 9, p. 16-21. 2007

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Pontes e obstáculos à apropriação de resultados de estudos e pesquisas para a gestão do SUS. *Rev. Saúde Pública* [online]. v. 42, n.1 [citado 2008-03-21], p.165-167. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.id=S0034-89102008000100024&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 15 abr. 2008

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva.Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização:a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS /Ministério da Saúde,Secretaria- Executiva,Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.–Brasília: Ministério da Saúde. 2004

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Caderno de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Caderno 2-Treinamento Introdutório. Brasília. 2000

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado, Brasília, DF.1988.

Buss, Paulo Marchiori; Pellegrini Filho, Alberto. Health and its social determinants. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1. 2007

Camargo Jr, Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, p. 35-4. 2003

Campos, Gastão Wagner. O SUS é melhor que o Brasil. *RADIS*, Rio de Janeiro, V.62 - Out. 16-17. 2007

Capra, Fritjof. *O ponto de mutação - a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 2006

Conde, Fernando; Marinas, José Miguel. *Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Madrileños. (Documento Técnico de Salud Pública, 50). 1997

Cotta, Rosângela Minardi Mitre et al. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev. bras. educ. med.* Rio de Janeiro, v. 31, n.3, p.278-286. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=78. Acesso em: 17 abr. 2008

Cotta, Rosângela Minardi Mitre et al. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Rev. Med. Minas Gerais*, Belo Horizonte. V.16 n.1 p.2-8. 2006

Cotta, Rosângela Minardi Mitre et al. Aprehensión y conocimiento de las directrices del Sistema Único de salud (SUS): un reto en la consolidación de la política de salud brasileña. *Rev. Agathos – Atención Sociosanitaria y Bienestar*. Barcelona, v.4, n.3 p.16-23. 2004

Cotta, Rosângela Minardi Mitre; Mendes, Fábio Faria; Muniz, José Norberto. *Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real*. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa. 1998

Dias, Glauce et al. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde – doença. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.779-800, jul.-set. 2007

Elias, Norbert. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994

Gomes, Romeu; Mendonça, Eduardo Alves. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo, Maria Cecília de Souza; Deslandes, Suely Ferreira (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p.109-132. 2003

Iriart, Jorge Alberto Bernstein. Concepções e representações da saúde e da doença. Texto didático. Salvador: ISC-UFBA. 2003

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2007 – famílias e domicílios/resultados da amostra [CD-ROM]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2007

Junqueira, Luciano Antonio Prates. Gerência dos serviços de saúde. In: *Conferência Nacional de Saúde. Descentralizando e democratizando o conhecimento*. Brasília: Cultura, 1992

Marx e Silva, Maurício et al. A consciência: algumas concepções atuais sobre sua natureza, função e base neuroanatômica. *Rev psiquiatr. Rio Gd Sul*. Porto Alegre, v.25, supl.1 p.52-64. 2003

Mendes, Eugenio Vilaça. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec. 2006

Minayo, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes. 2000

Minayo, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco. 1993

Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. *Avaliação de Tendências e Prioridades sobre Recursos Humanos de Saúde*. Brasília: OPAS. 2002

Richardson, Roberto Jarry et al. *Pesquisa social. Métodos e técnicas*. São Paulo: Editora Atlas. 1999

Rôças, Gisele et al. Ecologia, saúde e educação médica: importância para o clínico. 9º Congresso Brasileiro e Clínica Médica, 2007, Curitiba. Anais.... 2007

Saupe, Rosita et al. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Texto contexto - enferm*, v. 16, n. 4, p. 654-661. 2007

Segre, Marco; Ferraz, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. saúde Pública*, vol.31, n.5, p.538-542. Oct. 1997

Simões, Adriana Rotger. *Gestão Estratégica nas Organizações Públicas de Saúde: Um estudo de caso da consolidação do SUS Municipal*. Dissertação (Mestrado) _ Centro Universitário Álvares Penteado-UNIFECAP, São Paulo. 2003

Valla, Victor Vicent. Procurando compreender a fala das classes populares. In: Valla, Victor. V. *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: Editora DP&A. p.11-31, 2000

Zarifian, Philippe. *Objetivo e competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas. 2001

CONCLUSÕES GERAIS

- ✓ O quadro encontrado nas cidades estudadas demonstra a irregularidade e precarização do trabalho no âmbito do PSF, já que além do fato de praticamente não existir a cobertura social legalmente exigida, com direitos e benefícios garantidos ao trabalhador, a exigência de concurso público para ocupar cargos profissionais nas esferas públicas ainda está longe de ser cumprida.
- ✓ As formas de seleção adotadas pelos Secretários Municipais de Saúde (SMS) da região estudada para a contratação dos trabalhadores de saúde constituem-se em alternativas de incorporação arcaicas do empreguismo, clientelismo e patrimonialismo, como por exemplo, a indicação política.
- ✓ O tipo de contrato mais citado pelos SMS da microrregião sanitária estudada, (temporário/precário), dificulta o estabelecimento de vínculos dos profissionais com o serviço e com a população atendida, característica indissociável do trabalho no PSF conforme preconizado em suas diretrizes. A facilidade de utilização política na concessão desses cargos, permitida por essa forma de contrato precarizada, aponta para uma velha tradição de barganha político-partidária bastante conhecida principalmente em municípios de pequeno porte no Brasil.
- ✓ Os resultados deste estudo deixam claro que as formas adotadas pelas secretarias de saúde para a seleção, contratação e remuneração dos profissionais do PSF não possuem amparo legal, geram alto índice de precarização dos serviços, perda de direitos trabalhistas (férias, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), licenças, décimo terceiro salários e aposentadorias), alta rotatividade de profissionais, podendo levar ao descompromisso com a instituição e com a qualidade da assistência prestada, com efeitos por vezes extremamente deletérios tanto para os serviços e ações de saúde, como para os usuários.
- ✓ A inadequação de conhecimentos sobre saúde – questão importante para a orientação dos serviços e atividades de saúde, nos

moldes em que se idealizou o sistema de saúde brasileiro desenhado na Constituição Federal de 1988 – dos SMS é percebida no presente estudo, uma vez que uma boa parte desses possuem conceitos fragmentados e inadequados. Associado a isto soma-se o fato de que o perfil dos SMS demonstrou que seu quadro profissional ainda não atende às diretrizes, orientações e características necessárias para o exercício do cargo, destacando-se o baixo índice de escolaridade, a precária formação para o cargo e a pouca ou nenhuma experiência para o exercício da gestão em saúde.

- ✓ As representações dos gestores a respeito dos conceitos saúde, Programa de Saúde da Família (PSF) e Sistema Único de Saúde (SUS) – incompletas, distorcidas e fragmentadas – demonstram uma grande dissociação entre o nível de informação e de consciência sanitária destes e o próprio projeto de construção da reforma sanitária - a letra da lei.
- ✓ Torna-se premente ampliar a discussão sobre a introdução na administração pública de modelos profissionais de gestão que vão contra o clientelismo, como por exemplo, a indicação política para a ocupação de cargos de direção (SMS, e coordenadores, por exemplo) e trabalhadores de saúde. Como propostas a serem discutidas destacam-se a implementação do controle social e a incorporação de critérios de seleção ou certificações de potencialidade para cargos de gestão pública de áreas estratégicas como o setor saúde, ainda que estas sejam incluídas no aparato administrativo público de maneira gradual.

QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE	
I. IDENTIFICAÇÃO GERAL	
Nº do questionário: ____ Cidade: _____ Microrregião: _____ Nome: _____	
1) Sexo: () Masculino () Feminino	
2) Qual a sua data de nascimento? ____ / ____ / ____	
3) Indique seu grau de escolaridade. () Ensino Fundamental (primeiro grau) incompleto () Ensino Fundamental (primeiro grau) completo () Ensino Médio (segundo grau) incompleto () Ensino Médio (segundo grau) completo () Superior incompleto () Superior completo. Se sim, Qual curso? _____ () Pós-Graduação.	
4) Qual sua profissão? Especifique _____	
5) Informe os cursos de aprimoramento na área de saúde que realizou / está realizando: Curso de aperfeiçoamento / atualização (menos de 360 horas) em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva) () Não () Sim. Especialização / residência (360 horas ou mais) em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva) () Não () Sim Mestrado em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva) () Não () Sim Doutorado em Saúde Pública (ou Epidemiologia, ou Saúde Coletiva) () Não () Sim Curso de aperfeiçoamento/atualização (menos de 360 horas) em outras áreas de saúde () Não () Sim	

Especialização/residência (igual ou mais que 360 horas) em outras áreas de saúde ☐ Não ☐ Sim	
Mestrado em outras áreas de saúde ☐ Não ☐ Sim	
Doutorado em outras áreas de saúde ☐ Não ☐ Sim	
Curso de aperfeiçoamento/atualização (menos de 360 horas) em áreas de gestão ☐ Não ☐ Sim	
Outros. Especifique: _____	
6) Há quanto tempo ocupa o cargo atual? ____ anos e ____ meses	
7) Participou como gestor do PSF em outra gestão ou outro município? ☐ Não ☐ Sim Por quanto tempo? ____ anos e ____ meses	
8) Indique as alternativas que retratam sua experiência profissional anterior: Prefeito ☐ Não ☐ Sim Secretário Municipal de Saúde ☐ Não ☐ Sim Diretor de Unidade de Saúde ou Hospital Público (municipal, estadual ou federal) ☐ Não ☐ Sim Assessor Técnico ou Dirigente da Secretaria Municipal de Saúde ☐ Não ☐ Sim Assessor Técnico ou Dirigente da Secretaria Estadual de Saúde ☐ Não ☐ Sim Assessor Técnico ou Dirigente do Ministério da Saúde ☐ Não ☐ Sim Diretor/Dirigente de saúde no setor privado ☐ Não ☐ Sim Professor ou pesquisador da área de saúde ☐ Não ☐ Sim Profissional liberal da área de saúde ☐ Não ☐ Sim Cargo legislativo (senador, deputado e /ou vereador) ☐ Não ☐ Sim Outro. Especifique: _____	

9) Informe de quais conselhos/comissões participa:

Comissão Intergestora Bipartite – CIB	() Não	() Sim
Comissão Intergestora Tripartite – CIT	() Não	() Sim
Conselho Municipal de Saúde	() Não	() Sim
Conselho Estadual de Saúde	() Não	() Sim
Conselho Nacional de Saúde	() Não	() Sim
Comissões Técnicas ou Especiais ligadas aos Conselhos de Saúde.	() Não	() Sim

Se sim, Especifique _____

Conselhos de entidades de classe	() Não	() Sim
Se Sim, Especifique _____.		

Outros Conselhos Municipais, Estaduais ou Nacionais	() Não	() Sim
Se Sim, Especifique _____		

Conselhos Patronais	() Não	() Sim
Se Sim, Especifique _____		

10) Para você, o que é o PSF?

11) O que você entende por saúde?

12) O que você entende por SUS?

II. DIMENSÃO ESTRUTURAL DO PSF (Estratégia Saúde da Família ESF)	
13) População do Município _____	
14) Quantas equipes de saúde da família o Município possui? _____	
15) A que setor da Secretaria Municipal de Saúde é atribuída a coordenação do PSF? ☐ Gabinete do Secretário Municipal de Saúde ☐ Coordenação de planejamento ☐ Coordenação de Atenção Básica ☐ Outros (especifique)_____	
16) Assinale as atividades que a Coordenação do PSF desenvolve no Município: ☐ Realização processo seletivo ☐ Treinamento introdutório ☐ Educação Permanente ☐ Acompanhamento do trabalho das ESF ☐ Organização das unidades de saúde da família. ☐ Implantação de protocolos de processos de trabalho (rotinas padronizadas) ☐ Atuação junto ao Conselho Municipal de Saúde ☐ Implantação e utilização do Sistema de Informações de Atenção Básica - SIAB ☐ Monitoramento e Avaliação do Pacto da Atenção Básica ☐ Reuniões sistemáticas com as ESF ☐ Promoção de intercâmbio entre as ESF e delas com outros grupos ☐ Articulação intersetorial para a viabilização dos objetivos do PSF (com outras áreas do setor público: educação, assistência social, agricultura, cultura, saneamento, outras) ☐ Parcerias com outras instituições (universidades, empresas privadas, outras) ☐ Divulgação das vantagens e resultados alcançados pelo PSF ☐ Outras (especifique)_____.	
17) Assinalar as categorias profissionais que compõem a equipe do PSF no município. ☐ Médico ☐ Enfermeiro ☐ Auxiliar / Técnico de enfermagem ☐ Agente comunitário de saúde (ACS) ☐ Odontólogo ☐ Auxiliar de Consultório Odontológico ☐ Técnico de Higiene Dental ☐ Outros (especifique)_____ ☐ Psicólogo ☐ Nutricionista ☐ Educador Físico ☐ Fisioterapeuta ☐ Assistente social	
18) Assinalar entre estes profissionais aqueles que dão suporte administrativo às ESF no município. ☐ Digitador ☐ Auxiliar administrativo ☐ Vigilante ☐ Outros (especifique)_____ ☐ Serviços gerais ☐ Auxiliar de limpeza	

III. PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PSF	
19) Estabeleça uma hierarquia de valores (valores de 1 a 9) para os motivos que levaram o Município a implantar o PSF. Ao motivo mais importante deverá ser atribuído o valor 1 e assim, sucessivamente. () Captação de recursos (estaduais, federais e outros) () Cumprimento da orientação da esfera federal () Cumprimento da orientação da esfera estadual () Organização do Sistema Local de Saúde () Ampliação do acesso da população aos serviços de saúde () Descentralização do atendimento básico () Situação de saúde da população () Pela lógica do PSF (trabalho de promoção e prevenção; com famílias, equipes multiprofissionais, etc. () Outro (especifique)_____	
20) Quais as ações de saúde que passaram a ser ofertadas a partir do PSF? () Ações de atenção à saúde da Criança () Ações de atenção à saúde da Mulher () Ações de atenção à saúde do Idoso () Ações de prevenção e controle da Hipertensão Arterial () Ações de prevenção e controle do Diabetes Mellitus; () Ações de prevenção e controle da Tuberculose () Ações de prevenção e eliminação de Hanseníase () Ações de prevenção e controle de Dengue () Ações de controle e tratamento da Malária.	
21) Dentre as ações ofertadas pelas Unidades de Saúde da Família, quais são as mais utilizadas pela população? (estabeleça uma hierarquia de 1 a 12, atribuindo o valor 1 a ação mais procurada, e assim sucessivamente) () Ações de atenção à saúde da Criança () Ações de atenção à saúde da Mulher () Ações de atenção à saúde do Idoso () Ações de prevenção e controle da Hipertensão Arterial () Ações de prevenção e controle do Diabetes Mellitus; () Ações de prevenção e controle da Tuberculose () Ações de prevenção e eliminação de Hanseníase () Ações de prevenção e controle de Dengue () Ações de controle e tratamento da Malária () Ações de prevenção , controle e tratamento da influenza () Ações de prevenção , controle e tratamento das doenças emergentes (cite as doenças)	
22) Na sua opinião, a implantação do PSF modificou a assistência dos demais níveis de complexidade do Sistema (média e alta complexidade)?	

() sim () não Se sim, você acredita que a utilização desses serviços: () Aumentou () Diminuiu () Permaneceu inalterada () Outros (especifique) _____	
23) Qual o ator social que mais influenciou na implantação do PSF? () Secretaria Municipal de Saúde () Movimentos de Educação de Base () Frentes de trabalho () Movimento Sanitário () Igreja-pastoral da saúde () Outras organizações da sociedade civil	
24) O PSF vem se constituindo efetivamente em uma estratégia de re-organização da Atenção Básica no Município? Justifique a sua resposta. () Sim () Não () Em parte Justifique _____ — _____ _____ _____ _____ _____	
25) Estabeleça uma hierarquia de valores (valores de 1 a 6) para os critérios e prioridades adotados para definição das áreas de implantação do PSF. Ao critério mais importante deverá ser atribuído o valor 1 e assim, sucessivamente. () Situação de risco à saúde das populações locais () Reivindicação comunitária () Reivindicação do Conselho Municipal de Saúde () Exigência das lideranças políticas () Não existem critérios definidos () Outro (especifique) _____	
26) Onde foi implantado o PSF no município? () Zona Rural Quantos? _____ () Periferias urbana Quantos? _____ () Toda a zona urbana Quantos? _____ () Todo o município Quantos? _____	

27) Que tipo de incentivo o município recebe da esfera estadual ao PSF? () Financeiro () Recursos humanos () Equipamentos () Insumos, incluindo medicamentos () Material didático, educativo () Não recebe nenhum incentivo () Outro (especifique)_____	
28) Quais os principais benefícios do PSF para a população atendida? _____ _____ _____ _____	
29) Quais as dificuldades enfrentadas para operacionalização do PSF no Município? _____ _____ _____ _____ _____ _____	
IV. DIMENSÃO GERENCIAL DO PSF (ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ESF)	
30) Qual o âmbito do recrutamento dos Agentes Comunitários de saúde? Assinale todas as opções que se aplicarem. () No município, na área de abrangência da ESF. () No município, apenas entre os profissionais da rede municipal. () No município, excluindo os profissionais da rede municipal. () No município, entre todos os profissionais residentes. () No Estado. () Fora do Estado. () Fora do País.	
31) Qual o âmbito do recrutamento dos profissionais de saúde de nível superior? Assinale todas as opções que se aplicarem. () No município, na área de abrangência da ESF. () No município, apenas entre os profissionais da rede municipal () No município, excluindo os profissionais da rede municipal () No município, entre todos os profissionais residentes () No Estado () Fora do Estado () Fora do País	

32) Qual a forma de seleção adotada para contratação dos agentes comunitários de saúde? Assinale todas as opções que se aplicarem.	
☐ Seleção pública ☐ Indicação Política ☐ Concurso público (Lei n 8.112/90) ☐ Análise de currículo ☐ Outros (especifique)_____	☐ Prova escrita ☐ Entrevista ☐ Não houve seleção
33) Qual a forma de seleção adotada para contratação dos profissionais de nível superior? Assinale todas as opções que se aplicarem.	
☐ Seleção pública ☐ Concurso público (Lei n 8.112/90) ☐ Análise de currículo ☐ Outros (especifique)_____	☐ Indicação Política ☐ Prova escrita ☐ Entrevista ☐ Não houve seleção
34) Há algum pré-requisito relacionado a especialidade dos profissionais de nível superior para contratá-los? () Sim () Não Justifique. _____ _____ _____ _____	
35) Qual a forma de contratação dos ACS adotada?	
☐ Estatutário ☐ CLT ☐ Cargo Comissionado ☐ Prestação de Serviços ☐ Outras (especifique)_____	☐ Bolsa ☐ Contrato Temporário ☐ Cooperado
36) Qual a forma de contratação dos profissionais de nível superior adotada?	
☐ Estatutário ☐ CLT ☐ Cargo Comissionado ☐ Prestação de Serviços ☐ Outras (especifique)_____	☐ Bolsa ☐ Contrato Temporário ☐ Cooperado
37) Com quem é estabelecido o vínculo empregatício dos ACSs das ESF? Assinale todas as opções que se aplicarem.	
☐ Com o Governo Estadual ☐ Com o Governo Municipal ☐ Com Associações Comunitárias ☐ Com Empresas Privadas ☐ Com Cooperativa ☐ Com Fundação Pública ☐ Com Associações de Profissionais de Saúde ☐ Outras (especifique)_____	

38) Com quem é estabelecido o vínculo empregatício dos profissionais de nível superior das ESF? Assinale todas as opções que se aplicarem. () Com o Governo Estadual () Com o Governo Municipal () Com Associações Comunitárias () Com Empresas Privadas () Com Cooperativa () Com Fundação Pública () Com Associações de Profissionais de Saúde () Outras (especifique) _____	
39) Descreva o valor da remuneração bruta mensal do: Médico: _____ Enfermeiro: _____ Técnicos e auxiliares de enfermagem _____ Odontólogo _____ Técnico de Higiene Dental _____ Auxiliar de Consultório odontológico _____ ACSS: _____	
40) Como você classifica a remuneração do profissional do PSF de sua cidade? () boa () razoável () baixa () muito baixa	
41) Qual a Jornada de trabalho cumprida no PSF do seu Município? Médico: () 4horas/dia, () 6horas/dia, () 8horas/dia () 12horas/dia () outros _____ Enfermeiro: () 4horas/dia, () 6horas/dia, () 8horas/dia () 12horas/dia () outros _____ Odontólogo: () 4horas/dia, () 6horas/dia, () 8horas/dia () 12horas/dia () outros _____ ACS: () 4horas/dia, () 6horas/dia, () 8horas/dia () 12horas/dia () outros _____ Técnicos e Auxiliares de enfermagem: () 4horas/dia, () 6horas/dia, () 8horas/dia () 12horas/dia () outros _____ Técnico de Higiene Dental: () 4horas/dia, () 6horas/dia, () 8horas/dia () 12horas/dia () outros _____ Auxiliar de Consultório odontológico: () 4horas/dia, () 6horas/dia, () 8horas/dia () 12horas/dia () outros _____	
42) Em qual critério você se baseia para estipular o salário dos profissionais de saúde? _____	
43) Há algum tipo de gratificação ou incentivo extra salarial para os profissionais da ESF? () Sim () Não Se sim, qual? _____	

44) Quais as fontes dos recursos utilizados para o pagamento dos profissionais de saúde de nível superior? Assinale todas as opções que se aplicarem. () Tesouro Municipal () PAB () Demais Recursos Federais (PPI) () Recursos Estaduais () Outras (especifique) _____	
45) Os recursos federais, estaduais são suficientes para a implantação e manutenção do PSF? () Sim () Não Justifique _____ _____ _____ _____ _____	
46) O Secretário municipal de saúde tem autonomia para gerir o fundo municipal de saúde? () Sim () Não _____ _____ _____ _____	
V. DIMENSÃO REGULATÓRIA DO PSF (Estratégia Saúde da Família ESF)	
47) Há algum tipo de educação continuada aos profissionais de saúde organizada pela SMS? () Sim () Não Se sim, qual? _____ Se sim com que frequência? () 1 vez ao ano () 2 vezes ao ano () 1 vez por mês () 2 vezes por mês () 1 vez por semestre () 2 vezes por semestre () outro _____	
48) Há algum tipo de interação entre o PSF da sua cidade com instituições de ensino? () Sim () Não Se sim, qual? _____	
49) O que poderia facilitar o processo de capacitação /educação continuada das equipes do PSF? _____ _____ _____	

50) Há troca de profissionais do PSF (rotatividade) entre as cidades da sua região? ☐ Sim ☐ Não Se sim, quais profissionais? _____	
51) Quais as principais dificuldades em relação à rotatividade dos profissionais do PSF em sua cidade? _____ _____ _____ _____ _____	
52) Há diferença na qualidade do trabalho dos profissionais que trabalham há mais tempo em determinada comunidade? ☐ Sim ☐ Não Justifique _____ _____ _____ _____ _____	
53) Como se discute o PSF no contexto da política municipal de saúde? Poderia dar um exemplo? _____ _____ _____ _____	



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E
ARTES
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
Tel.: 031 3899-2886

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

1. Título do estudo

“Organização do trabalho em Saúde: A gestão de recursos humanos no Programa de Saúde da Família e a reorientação da atenção básica”

2. Objetivos do estudo

Avaliar a forma como se configuram a gestão e organização do trabalho dos profissionais de Saúde no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF). Caracterizar o processo e a organização do trabalho das equipes do PSF; delinear o perfil dos gestores e dos profissionais dos PSF; caracterizar as modalidades de contratação, remuneração e incentivos adotados pela esfera político-administrativas nos PSFs dos municípios da macrorregião de saúde de Ponte Nova; avaliar a rotatividade dos profissionais dos PSFs e suas causas e implicações. Analisar a política de regulação dos recursos humanos de saúde, seu significado e implicações na adoção dos mecanismos hoje existentes. Avaliar a percepção dos gestores sobre a importância do vínculo entre os profissionais e usuários do PSF tendo como referência a rotatividade dos profissionais..

3. Local da execução

A população em estudo serão os gestores municipais de saúde responsáveis pela administração de recursos humanos dos PSF dos municípios da Macrorregião Leste do sul (Ponte Nova), que se situa na Zona da Mata mineira, com 658.080 habitantes e 52 municípios agrupados em 3 micro-regiões conforme Plano Diretor de

Regionalização (PDR) do Estado de Minas Gerais. A região tem como pólos Ponte Nova, Viçosa e Manhuaçu por se destacarem como grandes centros urbanos e comerciais da região.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos, tais como: monografias, dissertações, teses, artigos em revistas científicas, congressos e reuniões científicas.

4. Nomes e telefones dos investigadores

Profa. Dra. Rosângela Minardi Mitre Cotta (31 3899 3732)
Prof. Dr. Ricardo Corrêa Gomes
Túlio da Silva Junqueira

5. Critérios de inclusão dos indivíduos

Todos os gestores de saúde (Prefeito e Secretário Municipal de Saúde) pertencentes à Macro região de saúde de Ponte Nova poderão participar do presente estudo.

6. Critérios de exclusão

O único critério de exclusão será a recusa do indivíduo em participar do estudo.

7. Critérios de atendimento e assistência assim como responsáveis

Os dados serão coletados por pesquisadores devidamente treinados e capacitados para a coleta dos dados.

8. Descrição do estudo

Todos os participantes do estudo serão informados sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, os métodos alternativos existentes e a garantia do sigilo das informações. Os esclarecimentos serão feitos em linguagem acessível e estes terão a liberdade em negar a participação.

A coleta dos dados será realizada com o auxílio de questionários semi-estruturados, sendo este espaço aberto para que os entrevistados expressem seu ponto de vista em relação ao tema estudado.

Será garantido ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade e anonimato: as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

9. Benefícios para os indivíduos

Justifica-se este trabalho considerando-se a importância de uma participação político social eficaz dentro do contexto do sistema sanitário brasileiro.

Diante do diagnóstico, problemas e necessidades levantadas pretende-se, realizar publicações e orientações visando garantir melhores condições de trabalho e saúde para a população e fortalecer o sistema de sanitário local. Os dados serão divulgados para todos os gestores participantes do estudo.

10. Riscos para os indivíduos

Não existem riscos para os indivíduos.

11. Direito dos indivíduos de recusar-se a participar ou retirar-se do estudo.

A participação no estudo é voluntária, sendo dado o direito à recusa, sem prejuízos ou justificativas.

12. Direito dos indivíduos a privacidade

Os resultados do estudo serão analisados e, aos envolvidos, será assegurada a privacidade.

13. Publicação de informações

Os dados obtidos estarão disponíveis para a agência financiadora e a equipe envolvida na pesquisa. Na publicação destes dados serão mantidos os direitos assegurados nos itens 12 e 13.

14. Informação financeira

Os indivíduos não serão remunerados pela participação, sendo esta voluntária.

15. Dano à saúde

Qualquer enfermidade ocorrida durante a pesquisa não é de responsabilidade da equipe, uma vez que a mesma não está associada a nenhum dano à saúde. Assim, a equipe de trabalho fica isenta da obrigação de tratamento de enfermidade durante o estudo.

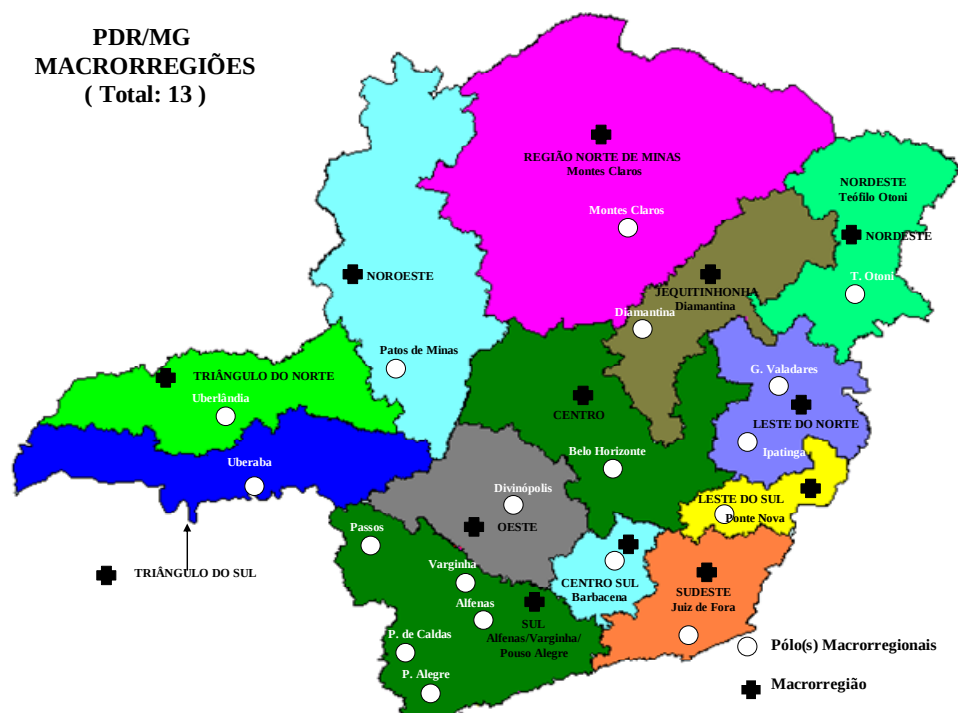
Eu, _____
aceito participar como entrevistado (a) da pesquisa acima referida.

Data: ____/____/____

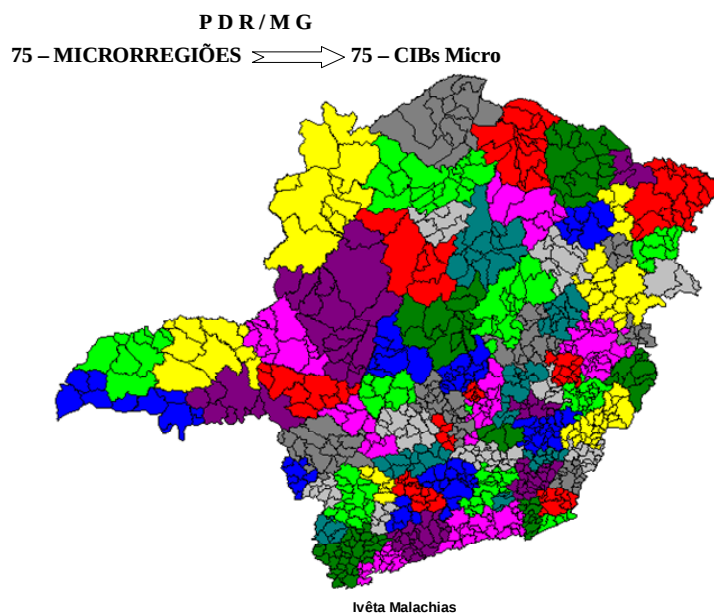
Assinatura: _____

Mapas dos municípios estudados - Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais.

Estado de Minas Gerais dividido em Macrorregiões Sanitárias



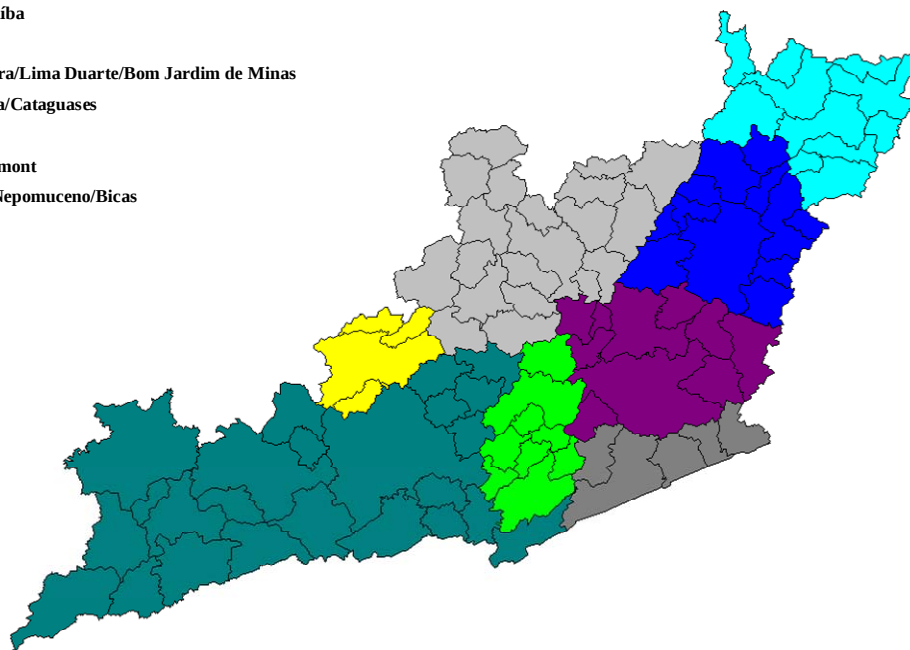
Estado de Minas Gerais dividido em Macro e Microrregiões Sanitárias



Macrorregião SUDESTE

Microrregiões

-  Além Paraíba
-  Carangola
-  Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas
-  Leopoldina/Cataguases
-  Muriaé
-  Santos Dumont
-  São João Nepomuceno/Bicas
-  Ubá



Microrregião Carangola PDR

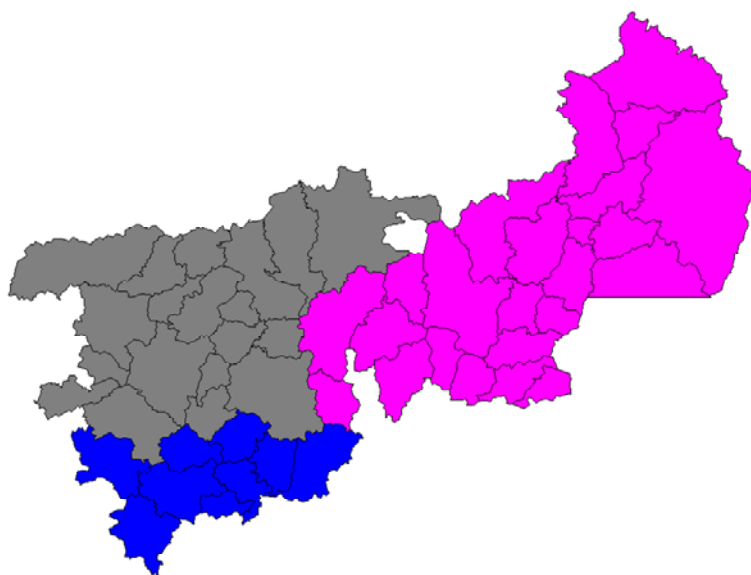
-  Carangola
-  Pólo Micro



Macrorregião LESTE DO SUL

Microrregiões

- Ponte Nova
- Manhuaçu
- Viçosa



Microrregião Viçosa PDR

- Viçosa
- Pólo Micro



Microrregião Ponte Nova

PDR



Microrregião Manhuaçu

PDR

