

IMPLICAÇÕES DA INTEGRALIDADE NA GESTÃO MUNICIPAL EM SAÚDE

Implications of integrality in municipal health management

Selma Fonseca Viegas¹, Cláudia Maria Mattos Penna²

RESUMO

Trata-se de estudo qualitativo de casos múltiplos, holísticos, um recorte de tese de doutorado, o qual objetivou compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de três municípios do Vale do Jequitinhonha-MG, Brasil. Participaram do estudo 48 trabalhadores das equipes Saúde da Família, de apoio e os secretários de saúde. Os resultados apresentados referem-se à categoria de análise advindas das entrevistas dos gestores. Ressaltam a importância e a complexidade da formulação de estratégias de gestão municipal em saúde, na luta pela construção da integralidade. Os gestores, em seu cotidiano, vão construindo suas práticas e (re)construindo cenários organizacionais, de maneira processual e contextualizada, na busca por autonomia e participação, o que norteia, ao mesmo tempo, tanto práticas de centralização e subordinação nas relações hierárquicas, quanto formas de gestão baseadas em participação e planejamento na busca de uma assistência integral à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde; Assistência Integral à Saúde; Programa Saúde da Família; Sociologia.

INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), gerir a saúde dos municípios constitui-se em prática complexa, voltada para o coletivo, com referências à necessidade de um Sistema integrado, que possa responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população e que vise, também, a promoção e a prevenção.

Diante disso, reconhecendo a integralidade como “*um importante eixo organizativo de práticas de gestão das ações em saú-*

ABSTRACT

This is a multiple case study, holistic and qualitative in approach, excerpted from a PhD thesis, which aimed to understand the construction of comprehensive health care practices in the daily work of Family Health teams and managers from three cities in the Vale do Jequitinhonha region, MG, Brazil. Family Health team members, support staff, and health officials took part in the study, having 48 participants in total. The results shown refer to the category of analysis originating from interviews with managers. They emphasize the importance and complexity of the formulation of municipal health management strategies in the struggle to construct comprehensive health care. The managers, in their daily work, are building their practices and (re)building organizational scenarios, in a procedural and contextual way, in the search for autonomy and participation, which guide at the same time, practices of centralization and subordination in the hierarchical relationships, as well as forms of management based on participation and planning in pursuit of comprehensive health care.

KEYWORDS: Health Management, Total Health Care Assistance, Family Health Program, Sociology.

de^{1,2,22}, faz-se necessário discutir suas implicações sobre a gestão e as estratégias estabelecidas para oferecer qualidade de vida à população.

O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos.²

Para se alcançar a integralidade no SUS, faz-se necessário que os gestores municipais, estaduais e federais passem

¹ Selma Fonseca Viegas, Curso de Enfermagem; Saúde Coletiva. E-mail: <selmamfv@yahoo.com.br>

² Cláudia Maria Mattos Penna, Escola de Enfermagem; Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública.

a dar prioridade a este princípio. Implica, portanto, que suas dimensões sejam respeitadas na prática cotidiana da gestão e da atuação profissional na configuração do Sistema.

Ao analisar as configurações da gestão contemporânea, principalmente no que concerne à gestão participativa, em que o poder gerencial se dilui diante da coletividade, fortalecendo a corporação e a participação social³, percebe-se que esta é centrada no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente.⁴ Dessa forma, os fazeres dos profissionais, mediante as demandas da população usuária, devem ser estrategicamente planejados e geridos conjuntamente.

Portanto a gestão participativa é uma estratégia transversal presente nos processos cotidianos da gestão do SUS. Formular e deliberar conjuntamente significa mais do que realizar o controle social – e este é o desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores, capazes de efetivar a participação popular.⁴

Vale lembrar o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 que foi definido em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão. O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do Sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.⁵

Como responsabilidade geral do Pacto de Gestão do SUS, na esfera dos Municípios, está que *“todo Município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União”*.^{5:42}

Este artigo é um recorte de uma tese de doutorado⁶ que teve por objetivo compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho cotidiano das equipes de Saúde da Família e de gestores de municípios do Vale do Jequitinhonha. Apresenta-se, aqui, uma das categorias de análise que delineou as potencialidades da gestão no trabalho cotidiano das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a construção de estratégias assistenciais mais eficazes de enfrentamento de problemas prioritários de saúde da população adscrita.

A TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa delineada pela estratégia Estudo de Casos Múltiplos Holísticos qualitativo, fundamentado

na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, por considerar que é no plano das práticas cotidianas, de profissionais da ESF, da equipe de apoio e de gestores, que se dá a construção da integralidade com suas várias interpretações. A sociologia compreensiva ocupa-se em descrever *“o vivido naquilo que é, contentando-se, assim, em discernir as visões dos diferentes atores envolvidos”*.^{7:25}

O estudo constituiu-se de casos múltiplos, com unidade única de análise, considerando-se a possibilidade de se usar a replicação direta, e as *“conclusões analíticas que independentemente surgiram dos três casos foram mais contundentes do que aquelas que surgem apenas de um caso”* e, sob circunstâncias variadas, pode chegar a *“conclusões comuns a partir de ambos os casos, essas estenderam de forma incomensurável a capacidade externa de generalização das descobertas no estudo”*.^{8:76}

Assim, o universo do estudo foi constituído por três municípios - Diamantina, Gouveia e Datas - da região conhecida como Vale do Jequitinhonha, situada na porção nordeste do Estado de Minas Gerais, que congrega uma beleza física exuberante e riqueza cultural com baixos indicadores sociais.

Constituem-se, como sujeitos da pesquisa, trabalhadores de sete equipes de Saúde da Família localizadas em seis Unidades Básicas de Saúde, as equipes de apoio e os gestores municipais, totalizando 48 participantes. Como critério de inclusão dos sujeitos, estabeleceu-se uma atuação de, no mínimo, um ano na função/cargo de trabalho.

O recorte realizado para o presente artigo apresenta o discurso dos gestores entrevistados dos três municípios, em um total de quatro respondentes. Isto ocorreu devido à opção do gestor de Datas em participar do estudo, mesmo afastado do cargo devido à campanha no período eleitoral de 2008, ano em que ocorreu a coleta de dados, além do em exercício no cargo que, apesar de estar a menos de um ano como Secretário de Saúde, também foi entrevistado.

A pesquisa de campo, durante um período de oito meses, teve por base um levantamento de dados primários por meio de observação direta e entrevista individual aberta. A observação de natureza descritiva foi realizada em ambiente de trabalho do participante – Unidade de Saúde, domicílio, comunidade. O registro dessas observações foi feito em um diário de campo elaborado após cada período de observação, identificada como *“notas de observação (NO)”*. Os três casos foram conduzidos sucessivamente no período da observação e simultaneamente no momento das entrevistas.

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução CNS 196/96. A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de

Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, de acordo com o Parecer no ETIC 142/08. O acesso ao campo de pesquisa foi obtido por meio de autorização dos prefeitos e secretários de saúde dos municípios para conduzir o estudo, além do consentimento livre e informado dos participantes. O anonimato dos sujeitos foi garantido por meio da adoção de siglas enumeradas, referentes à primeira letra que identifica cada profissão, seguida pelo número de acordo com aproximação.

A análise de dados foi feita com base no referencial de Bardin⁹, utilizando-se a técnica do emprego da Análise de Conteúdo Temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cotidiano da gestão municipal

Os dados mostram que os Serviços Públicos de Saúde se tornaram não apenas mais complexos, dimensionados racionalmente em suas especificidades como também mais necessários, pois para os informantes o direito à saúde é de todos, sem qualquer discriminação.

A gestão da saúde nesses municípios foi percebida na ponta. A observação em campo ateu-se ao cotidiano das equipes ESF, mas, por trás de todos esses cenários, outros atores promovem a cena da saúde. Não foi difícil compreender o que era restritivo ou facilitador para a efetividade das ações na ESF. A gestão de recursos-humanos ou materiais gera conflitos, sobretudo quando se mostraram escassos.

Nos espaços de trabalho, várias justificativas são colocadas para os problemas cotidianos e são atribuídas, pelos profissionais, à organização e à gerência dos Serviços. A gestão apresentou-se como potencialidade para o desempenho no trabalho cotidiano e para a construção de estratégias assistenciais mais eficazes de enfrentamento de problemas prioritários de saúde da população (NO).

O dia a dia de um gestor é caracterizado pela realidade com a qual trabalha. Em pequenos municípios, a rotina é diferenciada.

A minha rotina aqui muda muito pouco, até porque em município muito pequeno, em termos de coordenação, não dá pra gente deixar uma coordenação para a epidemiologia, uma coordenação pra atenção básica, acaba que eu fico com todas essas funções (SMS₂₁).

Na minha prática cotidiana como secretário, a gente tinha total liberdade para trabalhar dentro da Secretaria de Saúde. Pra começar, se o prefeito não nos dá liberdade para trabalhar

fica um pouco difícil, porque amarra, travam as coisas dentro do município (SMS₂₂).

A concentração de funções de coordenação nas mãos do gestor, em município de pequeno porte, se dá, por falta de recursos humanos e financeiros. Dessa forma, as coordenações são em mãos únicas o que “traz benefícios pela aproximação do gestor a vários dados diários do município, dessa forma, uma situação que pode promover uma análise crítica diária da procura e oferta de serviços à população e das ações programáticas da atenção primária” (NO). Sendo ele o coordenador de setores, confirma-se a impressão de que não há gestão possível sem uma concentração do poder nas mãos do gestor, nas quais ficam reunidas as decisões estratégicas do município. Por outro lado, evidencia-se a necessidade de construção de modos de se fazer a gestão que se orientem para construção de um novo pacto ético-político no município, que tenha como referência e ponto de partida, sempre, o mundo do trabalho vivo na saúde e as relações reais que estabelecem seus atores entre si e com os usuários.

Dessa forma, é necessário que o gestor seja um estrategista em suas ações, não só no sentido da descentralização dos serviços, mas a partir de sua realidade, com base em indicadores, para que possa visualizar as necessidades de seu território e construir o planejamento em saúde, priorizando ações e serviços.

Em relação à concepção sobre gestão, a autonomia foi destacada como fator positivo para a tomada de decisão. Os gestores dos três municípios, em vários momentos da convivência como pesquisadora nesses cenários, foram enfáticos em afirmar que a função de gestor requer compromisso de trabalhar com a finalidade de melhorar a assistência prestada aos usuários e que a tomada de decisão é potencializada quando o secretário de saúde tem governabilidade para resolver os problemas locais (NO). Além de mencionarem a necessidade de se ter a autonomia mínima necessária para o desempenho adequado de suas funções, os entrevistados também apontaram para o compromisso do gestor em atuar em favor de mudanças e ter vontade política para buscá-las, mesmo diante de adversidades políticas (NO).

No campo da saúde, “autonomia” é palavra-chave na gestão e na gerência das Unidades de assistência. A organização de estratégias e do trabalho vivo em ato caracteriza-se pelo fato de o poder decisório, quanto à administração e distribuição de recursos, centrarem-se em uma parcela importante dos profissionais operacionais – médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros.¹⁰

Mesmo com o poder de decisão, os gestores apontam alguns fatos que caracterizam impasses na gestão local.

Bom, a prática de um gestor na área de saúde ela é muito difícil, porque tem que trabalhar com as divergências políticas. Você tem que trabalhar com falta de recurso financeiro, às vezes, com a desmotivação dos profissionais. Você trabalha mais com problemas e tentando achar a solução o tempo inteiro do que propriamente você consegue seguir um plano municipal [...] Por exemplo, em Diamantina, nós temos um plano municipal, fizemos um diagnóstico de saúde, e a gente não consegue seguir, porque você encontra muitas barreiras. Ou seja, você sabe o que tem que fazer, como fazer, mas você não consegue executar as ações (SMS₃).

Nesse relato, foram apresentadas as restrições no tocante à superação de problemas na gestão. Ou seja, não se trata de abrir mão de planejamentos em prol das dificuldades diárias, mas de incorporar o enfrentamento das mesmas como partes da gestão. Superar os problemas, assim, consiste em ressignificá-los, tratando-os como parte essencial do projeto de co-gestão, em sua relação com a cultura local, a ideologia, e a subjetividade dos atores sociais. “Certamente não se pode silenciar sobre o que provoca incômodo e incompreensão”^{11:15}, mas pode-se trabalhar com as diversidades políticas – “o termo política traduz a tensão paradoxal, tanto exterior, interespecífica, quanto interior, intraespecífica, responsável pela relação com o outro”^{11:25}. Num momento em que “o político parece perder todo o seu sentido, é importante lembrar o seu princípio, ainda que seja apenas para melhor apreciar-lhe as modulações contemporâneas”^{11:34}.

“Existiriam muitos exemplos a dar e mostrar que o político, em geral, mas também a política, em suas manifestações profissionais, partidárias mesmo em suas manifestações mais desinteressadas ou idealistas, repousa sobre um substrato comunitário de uma paixão partilhada ou sobre a nostalgia de uma fusão fraterna arquetípica. [...] Longe se está da concepção estreita que atribui exclusivamente às leis racionais à organização do político”^{11:184-185}.

Para o autor: “Isso pode incitar-nos a pensar que, além ou aquém das diversas racionalizações e legitimações políticas, há, no fundamento de todo estar junto, um conglomerado de emoções ou sentimentos partilhados”^{11:20-21}. Diz o sociólogo que: “É preciso saber ser teimoso, perseverar, andar, caso necessário, na contramão; pois as histórias humanas nos ensinam que os pensamentos inatuais estão mais aptos a dar conta e a compreender o que as teorias estabelecidas percebem com dificuldade”^{11:24}.

A desmotivação dos profissionais, segundo alguns relatos dos informantes, está associada à insatisfação em relação às condições de trabalho e aos incentivos não condizentes com o esforço que fazem, consubstanciadas na

insuficiência de recursos materiais, meios de diagnóstico, medicamentos e insumos que interferem diretamente no desenvolvimento da assistência prestada; insuficiência de meios de transporte para o profissional e os doentes; a insuficiência de recursos humanos e alta rotatividade dos profissionais, ocasionando a descontinuidade da assistência; a falta de educação permanente.

Para que os profissionais possam exercer a profissão com dignidade, respeitar o outro em sua condição humana, necessitam manter sua condição humana também respeitada, ou seja, trabalhar em adequadas condições, receber uma remuneração justa e o reconhecimento de suas atividades e iniciativas (NO).

A falta de recurso financeiro enunciada pelo gestor pode ser explicada pela regulamentação da Emenda-29 (EC-29) que se arrasta desde o início da década de 1990. O reflexo dessa situação implica em repressão da demanda por serviços e uma atenção primária que não consegue manter o mínimo de qualidade e resolutividade.¹²

Ao fazer uma leitura do direito de todos ao acesso às ações e Serviços de Saúde de que necessitem com base em um posicionamento ético-político, Mattos^{13:793} afirma que “não podemos aceitar a privação de alguém do acesso a certas tecnologias que são potencialmente capazes de promover ou recuperar a saúde pelo simples fato de não dispor dos recursos monetários para custeá-las. Para os que, como eu, assim se posicionam, o reconhecimento de que cabe ao Estado assegurar a todos e a cada um dos brasileiros o acesso às ações e serviços de saúde de que necessitem deve ser radicalmente defendido”.

Entretanto, mesmo com privação, um dos cenários apresenta a disposição dos recursos com eficácia.

De falar que a gente tem mais recurso do que os outros eu estaria mentindo, não tem. De falar que a Prefeitura hoje coloca na Saúde é mais do que outros municípios aí, eu não acredito muito. O governo exige que a gente coloque 15%, a gente tem trabalhado acima dos 20%. Aí eu exijo do meu pessoal é... antecipar aos problemas. Então eu pego muito no pé da farmacêutica “olha não quero que falte remédio”, principalmente dos medicamentos do programa HIPERDIA. “Ah, mas a farmácia de Minas atrasa como é que nós vamos fazer?” Então nós vamos fazer uma licitação e vamos manter um estoque de reserva pra não faltar. O que é a minha lógica? Não faltar aquilo que vai trazer transtorno dentro da Unidade. Eu tenho um controle, eu sei qual é o gasto hoje em cada Unidade (SMS₃).

Na microgestão, o desafio é conseguir que a área financeiro-administrativa e a área técnica trabalhem de maneira

coordenada. Alcançar uma otimização da coordenação ou gestão da saúde não é simples, pois as lógicas de trabalho das duas áreas são distintas. Como estratégia, vale aproximar os técnicos para que entendam os trabalhos uns dos outros, a partir de uma programação participativa e a existência de mecanismos coletivos de acompanhamento das ações. A gestão de recursos materiais, por sua vez, envolve as atividades relacionadas à aquisição, à conservação e ao uso apropriado de imóveis, equipamentos, veículos e insumos. A estratégia geral é valorizar o conceito de eficiência dentro da organização e da gestão.¹⁴

Alie-se aos problemas já citados, a dificuldade em coadunar o plano municipal com as metas dos programas do Ministério da Saúde.

Eu acho que a Secretaria de Saúde hoje, ela cresceu absurdamente. Então, hoje o número de programas que você tem, com o governo só querer que implanta equipes de PSF, implanta isso, implanta aquilo, cumpre metas. Você não consegue! Só trabalha em cima dos resultados urgentes daquilo ali. Então não dá pra você parar e planejar (SMS₁).

Como as necessidades de saúde não podem esperar, a gestão da saúde precisa ter também resultados urgentes e, para que ocorram, deve-se considerar que o agir em saúde não é linear e envolve vários atores e racionalidades. Do mesmo modo, o conhecimento que é inscrito na ação da saúde pública varia de momento para momento e decorre das características do próprio processo político.

Diamantina, hoje, por exemplo, ela é macro, mas ela tá sendo induzida a macro, mas ela não consegue alavancar, por quê? Porque nós não temos profissionais médicos suficientes, e a gente não tem poder de barganha, porque eles querem altos salários, os municípios não têm como pagar e aí? Você fica nas mãos deles. Ou seja, você não anda, você fica parado. Vai ser, e é sempre a mesma coisa. Entra ano e sai ano e é o mesmo problema (SMS₁).

Muitas vezes, as determinações políticas também são impingidas de um nível superior para outro – quais são os recursos necessários para que um município se transforme em macrorregional? De um lado, o município é induzido a ser, sem apresentá-los suficientemente e aí “não consegue alavancar”, de outro, tem que se submeter às pressões salariais dos profissionais que detêm a responsabilidade do diagnóstico e da terapêutica, na permanência de um modelo ainda médico-centrado. Resta ao gestor, intermediar essas duas forças sem, no entanto, conseguir fazê-lo, pois há

carência desses profissionais nos municípios de pequeno e médio porte.

Mas eu vejo que, em função da própria cultura nossa, muito viciada nas consultas, não conseguimos deslanchar nos programas do Ministério, porque se a gente larga a consulta pra ir pros programas começa, às vezes, a queixa de que a Saúde não vai bem porque não está tendo aquele atendimento da consulta, da consulta (SMS₃).

Nos cenários, a presença da cultura médica confirma os impasses nas ações de prevenção e promoção à saúde, conseqüentemente na implementação dos programas, repercutindo, também, na “qualidade da gestão do setor Saúde” atribuída pela comunidade, que sempre reivindica a ação da consulta médica.

Em agosto de 2005, foi a nossa Conferência Municipal de Saúde. Fizemos várias Pré-conferências na zona rural para saber o que a população queria, precisa e deseja. Porque, tempos atrás, eu caí na bobagem de trazer coisas que eu imaginava que era bom para a população. Um exemplo: em 1996, eu organizei um trabalho voltado para as gestantes, onde elas tinham trabalhos de grupo com psicólogo, fisioterapeuta, enfermeira, dentista, ginecologista, só me esqueci de perguntar pra ela se era o que ela queria. E aí, quando as chamava eu via as salas vazias, não aconteceu. Então em função disso, a Conferência é que deu um norte pra gente caminhar, o nosso Plano de Saúde (SMS₃).

O possível exercício do controle social, a Conferência Municipal de Saúde como o espaço de propostas que devem ser analisadas, reconstruídas e combinadas para construir metas oriundas de pedidos dos usuários, familiares e dos profissionais de saúde. O ideal da gestão participativa, da co-gestão.

Ao observar uma reunião do Conselho Municipal, em um dos cenários da pesquisa, foi evidente o despreparo do segmento dos usuários para a deliberação política e a real influência que podem exercer nas decisões políticas municipais. Ressalta-se também o caráter incipiente e irresoluto das deliberações no âmbito do Conselho, apesar de sinalizarem uma aparente ruptura, confirmada na própria fala dos usuários ali presentes, com práticas autoritárias de gestões anteriores. Eles se apresentaram gratificados por estarem participando desse evento, pois antes depuseram que não eram informados ou convidados (NO).

“Desde a instituição do SUS, o princípio de participação da comunidade tem sido concretizado sobretudo por meio de

mecanismos de interesses, em Conselhos e Conferências de Saúde. Apesar da relevância desses espaços institucionais, de sua importância na consolidação e democratização das políticas de saúde, consideramos que os mesmos não esgotam o objetivo enunciado com o referido princípio constitucional. Isto porque partimos do entendimento de que a dimensão política da existência humana não se situa num momento exclusivo e delimitado por dispositivos institucionais”.^{15:369}

As autoras supracitadas acrescentam que “enquanto nossas instituições e as relações que as organizam e perpetuam permanecerem assentadas na objetivação dos homens em suas relações, na medida em que desvincula o cotidiano da dimensão política que o constitui, não podemos vislumbrar a concretização de um Sistema de Saúde fundado sobre valores democráticos e universais, que constituam a saúde como um direito, pois os artefatos políticos jamais expressarão a condição política da existência humana se não for um momento acessório nas formas de participação.”¹⁵

Por isso, a forma de planejar a atenção à saúde por meio da co-gestão reforça que uma linha de cuidado construída no município, “em sintonia com o universo dos usuários terá mecanismos de acolhimento em todos os Serviços da rede, não importando se são portas de entrada ou elos da cadeia de referência e contrarreferência”.^{16:168}

A integralidade nas ações das equipes ESF: uma visão dos gestores

Os gestores, ao serem questionados sobre como veem o desenvolvimento da integralidade nas ações das equipes ESF do seu município, indicaram uma diversidade de posições, ações e estratégias:

Em relação à integralidade, eu percebo assim que todos tratam a todos de forma igual, tentam levar esse serviço de saúde a todos. Por exemplo, as Agentes nas suas visitas têm feito mais de 100% das visitas, têm buscado atender todo mundo. [...] Veem se tá precisando marcar uma consulta, se precisa agendar uma visita do médico, da enfermeira, elas têm buscado essa integralidade. O enfermeiro também em toda solicitação que vem do ACS ele vai às casas fazer o curativo, uma orientação, ou para tá encaminhando pro médico. O médico, eu tenho visto que tem atendido todo mundo, de forma igual. Então eu acredito que os profissionais estão engajados nessa integralidade, de tá tentando levar o serviço de saúde para toda a população sim, sim (SMS₂₁).

A abordagem da equipe “tratar e atender a todos, de forma igual para buscar essa integralidade” remete a alcan-

çar a integralidade após ter contemplado a universalidade e a equidade nas ações. Segundo o gestor local, os membros das equipes estão comprometidos com o trabalho na ESF. As intervenções no relato acima estão interligadas do ACS ao médico. “Intervir é um verbo que nos convoca pessoalmente, portanto, para intervir há de se estar implicado”.^{17:132}

Estar implicado também se refere a convocar ações interdisciplinares no trabalho em equipe.

Pois é, depende da equipe. Porque dependendo do profissional que está nessa equipe, ele preocupa com o todo daquela família. Porque hoje como é que você vai ter uma integralidade até dentro da equipe se você tem o médico que fica seis meses, um ano e vai embora. Se você tem agentes que você faz um processo seletivo e, na maioria das vezes, você não tem meios de saber se ele tem o perfil pra ser um ACS. Mesmo capacitando esse agente, ele acaba recebendo mil orientações e nem sempre consegue executá-las, além do fato que é o integrante da equipe que tem o menor salário e precariedade do contrato. Hoje em dia os municípios estão disputando médico com outros municípios. Quem paga mais leva o profissional. A maioria que vem são profissionais já idosos que já está aposentando, ou então, recém-formado que quer ficar ali um ano, fazer um pé de meia e depois ir embora. Então o que sobra? Sobra, às vezes, pra enfermeira que, às vezes, conforme o perfil, ela segura mais a equipe. Mas então como ela vai fazer a integralidade com o PSF e entre as famílias se, às vezes, nem dentro da sua própria equipe ela consegue ter um conjunto de apoio, ter todo mundo num mesmo ritmo, com a mesma cabeça, com as mesmas ações (SMS₁).

A prática da Integralidade depende da equipe ESF, mas prioritariamente do profissional que está nessa equipe porque depende de ele operar a integralidade, “preocupar com o todo da família”. O horizonte é o familiar, o seu foco da atenção, mas a rotatividade profissional implica a não-vinculação. Segundo o gestor, “sobra para o enfermeiro”, quando tem perfil, segurar essa equipe e trabalhar no sentido das ações integrais. Nessa realidade, esse profissional permanece por mais tempo na equipe. Em Diamantina, os enfermeiros informantes deste estudo estão nas equipes desde sua implantação, em 1998.

Segundo o gestor, o perfil dos profissionais e a lei da “Oferta e Procura” (médico) implicam em rotatividade profissional e em dificuldades para a concretização de ações integrais.

Nos três cenários, os contratos de trabalho para os profissionais da ESF são temporários sem criação de vínculo empregatício. Isso se constitui em um motivo a mais para a rotatividade. Se houvesse estímulos para o plano de carreira e segurança no trabalho, a história poderia ser diferente.

Outra situação foi que a promotoria passa a exigir que pra trabalhar em serviço público tem que ser concursado ou passado por processo seletivo. Então acaba a “coisa do emprego” através dos contratos administrativos. Então tivemos que fazer todo o concurso público de uma parte, mas foi uma decisão política de não fazer para os PSF, em função de ser um programa, e da gente não ter certeza de continuidade desse programa. Então fizemos o processo seletivo. Como eram boas enfermeiras e o processo seletivo não dá 100% de segurança, algumas delas nós acabamos perdendo pro concurso público que elas fizeram (em outros municípios), mas entraram outras que estão dando conta do recado (SMS₃).

Desde 1997, a Portaria 1886/GM/MS¹⁸ aborda o PSF – iniciado como um programa – em estratégia prioritária para a organização da atenção básica e, posteriormente, a Portaria N° 648/GM de 28 de março de 2006¹⁹ focaliza a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização; a estratégia não tem essa conotação. Portanto é uma Estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar essa reorganização.¹⁹ Dessa forma, não há motivos para não estabelecer concursos ou desenvolver planos de carreira para os trabalhadores da ESF.

No desenvolvimento das ações, ainda falta a Integralidade dos setores de coordenação: na Saúde, não pode haver fragmentação, é preciso coordenar e integrar...

Ainda tem a falta de integralidade dentro da própria Secretaria de Saúde. Por exemplo, há anos atrás, a Vigilância Sanitária era vista como um setor, a Vigilância Epidemiológica como outro, tudo separado. Não existe isso mais. As pessoas não entendem que a Vigilância Sanitária tem que estar integrada com a Atenção Básica, com a Epidemiologia e são esses dados que elas vão fornecer ao gestor e que o gestor vai saber que tal bairro assim, assado, está acontecendo alguma coisa, que você tem que intervir lá (SMS₃).

Os relatos apontam “uma gestão que de fato assuma suas dimensões do gerir e do gerar, analiticamente, ou seja, fazendo escolhas deliberadas sobre o que estimular em cada situação”^{17:146}, pois as dificuldades e problemas enfatizam-se nas falas dos gestores.

Ainda foi citada a burocratização entre os entraves na gestão da Saúde Pública.

Compramos um aparelho de duplex scan, com o recurso do SUS, colocamos no hospital pra funcionar em 2004 e nós já estamos em 2008 e até hoje não foi credenciado pelo Estado!

Agora não me pergunte por quê, porque eu também não sei! O que foi de papel e já voltou! Até que o papel chega às pessoas, aquele documento que tem data de validade, ele já venceu. Aí, ao invés de voltar o documento pra você, aí não, volta o processo todo de novo. Tem a falta de informação, de integralidade das GRS com o Estado. Eles não falam a mesma língua, não tem pessoal capacitado (SMS₃).

As “coisas não desburocratizam”, falta informação e falta integralidade entre as esferas de governo. Segundo a Constituição de 1988, o SUS é definido como um Sistema descentralizado com comando único. Isso necessariamente implica em delegar autonomia para que Estados e Municípios formulem e implementem as respectivas políticas de saúde.²⁰ Porém o desempenho desordenado dos órgãos públicos acarreta superposição de ações, desperdícios de recursos e mau desenvolvimento das ações planejadas. Os gestores são os entes encarregados de fazer com que o Sistema funcione adequadamente dentro das diretrizes doutrinárias e da lógica organizacional do SUS, mas, ao mesmo tempo, dependem de deliberações superiores para implantar e implementar ações e serviços.

Ainda são muitos os entraves para a gestão em saúde...

A vontade soberana, o que não adianta negarmos, do prestador de serviços, porque acaba ele dizendo o que quer fazer, a quantidade de exames, a falta de profissional e, assim por diante. Então tudo é um entrave! Você não consegue efetuar uma compra direito. Porque tudo é como se fosse uma roda, tem que estar em conjunto, alinhado e organizado. Então o que eu acho que o gestor ele acaba fazendo? Ele acaba só apagando incêndio. Tem um problema ali, ele puf, vai lá e resolve, tem outro, ele vai e resolve. A gente não consegue ter um planejamento mínimo pra fazer as coisas. Você sabe como pode trabalhar melhor, mas você não consegue amparo dos lados, porque eu acho o seguinte, uma pessoa sozinha, ela não trabalha. Igual uma andorinha só não faz verão. Então você precisa ter uma equipe alinhada. Ou então, você esbarra na questão mais boba, administrativa: não tem um computador, falta tinta, faltam recursos humanos. Você sabe como faz, quer fazer. Por que qual gestor hoje em dia que não quer que a sua população seja melhor, bem resolvida possível? Nós todos queremos isso. Só que infelizmente não dá pra trabalhar (SMS₄).

Todos os impasses... a vontade do prestador de serviços, a falta de profissional, as questões administrativas embaraçam o processo de gestão. Ao questionar – “qual gestor que não quer que a sua população seja mais bem resolvida possível?” – adverte para que os serviços sejam

oferecidos em quantidade e qualidade adequadas às necessidades de saúde da população e ninguém melhor que os gestores municipais para avaliar e programar as ações de saúde em função da problemática da população de seu município. Porém, numa gestão participativa, o fazer em conjunto, organizado, como uma “roda”, há uma mudança da verticalidade percebida, para uma dinâmica em espiral para o planejamento da saúde.

Ao explicar o contexto gerencial como o de “apagar incêndio”, o gestor parece relegar para um plano secundário as estratégias planejadas, que garantirão a efetiva gestão da Saúde, e se ocupar de problemas, imprevistos, que ocorrem no dia a dia, de acordo como aparecem. Entretanto a ação de “apagar incêndios” ou imprevistos, que sempre ocorrem em uma organização, poderia ser resolvida por uma equipe assessora. É fazer a roda girar.

O setor Saúde avança, ao longo da última década, com políticas orientadas para a descentralização das ações e dos Serviços, mas, em sua forma de gerenciar, ainda esbarra em um modo herdado da administração científica. Nesse sentido, a área de gestão tem como desafios: superar o modelo tradicional centrado em aspectos financeiros e de administração de material; desenvolver linhas teóricas que consigam um olhar diferenciado para as especificidades; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial.¹⁰

São necessárias práticas democráticas para que se possa construir um fazer em saúde, ainda, idealizado:

O que eu vejo é o seguinte, os interesses próprios de cada um, eles sobrepõem aos da sua comunidade. Então você não consegue olhar como um todo. Cada um olha pra si. Então, por mais que você tenta implantar uma política, por exemplo, de prevenção, uma política mais coletiva, de vários programas, você encontra tanto obstáculo junto, às vezes, à população quanto à gestão municipal. Porque ela também depende do prefeito, que depende também de conseguir os acordos com os vereadores, com lideranças políticas locais, você tem ainda o não-amadurecimento da população para esse lado (coletivo). Então eu vejo que a área de Saúde ela depende muito mais de como você educa o povo, de como você tem que passar isso pra eles. Essa necessidade de trabalhar o coletivo e não o individual (SMS¹).

Espera-se o amadurecimento da população, que deverá ocorrer mediante uma educação em saúde – da saúde – para que ela consiga entender os processos coletivos e políticos que fazem com que o setor Saúde funcione. Deveriam ser pensadas também estratégias possíveis para que o funcionamento do Setor e a implantação de políticas

públicas não ficassem na dependência da vontade de um gestor e de possíveis acordos, mas que fossem planejados de forma democrática e com continuidade. Assim sendo, a gestão do trabalho em Saúde não pode ser considerada, simplesmente, uma questão técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

Entretanto, mesmo com os problemas, impasses ou entraves, há avanços já visíveis no cotidiano da saúde:

O SUS, ele avança a cada dia, então cada dia é um recurso novo que aparece, é uma situação nova que acontece. Então não tem como a gente tá comparando uma gestão com outra, porque são situações muito diversas. Quem chegou aqui como eu cheguei, há 13 anos, a Saúde de Gouveia, a Saúde do Vale do Jequitinbonha era completamente diferente do que a gente encontra hoje! Até parece, não é? Que quando olha assim 13 anos, Nossa Senhora é pouco! Parece pouco tempo pra tanta coisa que a gente já conseguiu avançar em termos de SUS! Só para você ter uma ideia a gente tinha atendente de enfermagem, não existia nem auxiliar de enfermagem, era a ideia ainda de Posto de Saúde, onde tinha os médicos que atendiam naquela correria, era uma enfermeira para o município inteiro. Hoje a gente trabalha com cinco enfermeiras já são oito médicos que atendem aqui dentro de Gouveia, com os que vêm de Diamantina fazer alguns atendimentos como cardiologia, agora tá vindo a ortopedia. E os recursos foram acontecendo (SMS₂).

Em pouco tempo, treze anos, grandes avanços do SUS nesse cenário. Por isso, essa discussão nos aponta problemas que retratam o avanço da universalidade do acesso. Se as portas se abriram em realidades que conviviam com situações precárias de saúde e onde o acesso era seu maior limite, agora, para implicar em atenção para melhorar a qualidade de vida da população local, a gestão deve perseguir o objetivo da integralidade, em todas as suas dimensões, em que os avanços apresentam os passos já alcançados para unificar o direito à saúde de todos e para todos.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O artigo tratou de ressaltar a importância e a complexidade da formulação de estratégias de gestão municipal em saúde, na luta pela construção da integralidade. As ações cotidianas dos gestores foram analisadas considerando suas interrelações com o contexto no qual estão inseridas e que são similares a muitos municípios brasileiros, expressas pela replicação literal nesse estudo.

Assim, os gestores, em seu cotidiano, vão construindo suas práticas e (re)construindo cenários organizacionais, de uma maneira processual e contextualizada, na busca por autonomia e participação, o que norteia, ao mesmo tempo, tanto práticas de centralização e subordinação nas relações hierárquicas, quanto formas de gestão baseadas em participação e planejamento. Isso repercute no saber-fazer dos gestores e na importância de se desenvolverem novas formas de aprimorar a gestão tendo por base as peculiaridades da realidade organizacional já vivenciada no município.

A diversidade dos requisitos, temas e formas de agir desses atores trazem à tona a complexidade do fenômeno da gestão e os depoimentos deixam claro que não é o gestor ou o ambiente no qual ele está inserido que irá determinar sua ação, mas sim a relação que se estabelece entre o sujeito e o contexto no momento específico da ação, “porque o SUS ele avança a cada dia, então cada dia é um recurso novo que aparece, é uma situação nova que acontece”.

Para finalizar, considera-se que a gestão na produção da saúde local passa pelas relações estabelecidas entre os diversos atores: os administrativos, os políticos, os prestadores de serviços, os profissionais e os usuários. Todos, de certa forma, interferem nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R., Mattos R.A., organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS – UERJ; 2001. p.65-112.
2. Costa AM. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde Soc.* 2004; 13(3):5-15.
3. Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(6): 687-95.
4. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: 2006.
6. Viegas SMF. A integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família em municípios do Vale do Jequitinhonha-Minas Gerais. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 282 f.
7. Maffesoli M. O conhecimento comum: compêndio de sociologia compreensiva. São Paulo: Brasiliense; 1988. 294 p.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005. 212 p.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008. 281 p.
10. Abrahão AL, Martins CM, Geisler A. O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(1): 247-57.
11. Maffesoli M. A transfiguração do político: a tribalização do mundo. Porto Alegre: Sulina; 2005. 230 p.
12. Santos NR. Professor Nelson Rodrigues dos Santos fala sobre a EC-29. Entrevista. 17-dez-2009. [Citado 2010 jul. 24]. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1218&sid=1>
13. Mattos RA. Réplica. *Interface Comunic, Saude, Educ.* 2009; 13(1): 792-5.
14. Souza LEPE. O SUS necessário e o SUS possível: Gestão: uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(3): 911-8.
15. Guizardi FI, Pinheiro R. Participação política e o cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2006. p.369-84.
16. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p.165-84.
17. Campos GWS. Saúde Paidéia. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 185p.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Auditoria do SUS. Coordenação de Sistemas de Informação. Portaria N° 1.886, DE 18 de dezembro de 1997. Brasília: 1997. 15 p. [Citado 2010 jan. 12]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf

19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica / Portaria No 648/GM de 28 de março de 2006b. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: 2006. [Citado 2010 jan. 12]. Disponível

em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html

20. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal. 1988. p.133-4: Seção II. Da Saúde.

Submissão: Março/2012

Aprovação: Junho/2012
