

**GEORGE SOBRINHO SILVA**

**O PROCESSO DE TRABALHO DO COORDENADOR  
MUNICIPAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Belo Horizonte  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem  
2009**

**GEORGE SOBRINHO SILVA**

**O PROCESSO DE TRABALHO DO COORDENADOR  
MUNICIPAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como critério para obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Planejamento, organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Maria de Mattos Penna

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Menezes Brito

**Belo Horizonte  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem  
2009**

S677p Sobrinho Silva, George.  
O processo de trabalho do coordenador municipal da estratégia de saúde da família [manuscrito]. / George Sobrinho Silva. - - Belo Horizonte: 2009.  
96f.  
Orientadora: Cláudia Maria de Mattos Penna.  
Co-orientadora: Maria José Menezes Brito.  
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Saúde da Família. 2. Planejamento em Saúde. 3. Estratégias. 4. Gestor de Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Penna, Claudia Maria de Mattos. II Brito, Maria José Menezes. III Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM: WA 308

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadeu Penna

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Cláudia Maria de Mattos Penna

Sub-Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca

Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada: O PROCESSO DE TRABALHO DO COORDENADOR MUNICIPAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, de autoria do mestrando George Sobrinho Silva, aprovada pela banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Maria de Matos Penna EE / UFMG Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Alves EE / UFMG

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marlene Catarina de Oliveira Lopes Melo Faculdade Novos Horizontes

**Belo Horizonte, 09 de julho de 2009**

Dedico este trabalho a todas aquelas pessoas que são honestas, acreditam em Deus e que trabalham muito, sonhando e acreditando que, assim, podem contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e um Sistema Público de Saúde condizente com seus princípios.

A todos aqueles que me ajudaram e sempre acreditaram em mim.

## AGRADECIMENTOS

### **A Deus, acima de tudo.**

Agradeço mais uma vez pela minha família, meus amigos, por ter iluminado meu caminho todos estes dias nestas minhas idas e vindas, e pela saúde e força.

### **Aos mestres,**

Agradeço à professora Sônia Maria pelo incentivo e apoio que me ajudaram a iniciar esta caminhada, além dos ensinamentos que terei sempre como referência na minha vida profissional. Agradeço à professora Maria José Brito que, apesar da pouca convivência, foi importante não só pelas orientações, mas pelas palavras de apoio e incentivo, além do exemplo. Agradeço, em especial, à professora Cláudia Penna por ter acreditado em mim e ter contribuído para minha formação com sua sabedoria, ensinamentos e compreensão.

### **À família,**

A meus pais, sobretudo a minha mãe, a quem devo tudo, pela criação e valores. A meus irmãos, tios, primos e avós, pelo apoio e por entenderem minha ausência.

### **À Nívea,**

Pelo companheirismo e amor, sempre ao meu lado nestes dias mais difíceis.

### **Aos amigos,**

A todos que me acolheram em Nova Serrana, Bom Despacho e Divinópolis: Eduardo, Marcelo, Fernanda Resende, Karla, Flávia, Fernanda Brito, Raquel, Caio e Anderson pelo incentivo e apoio. Dentre estes, agradeço as muitas pessoas que nestes anos foram para mim muito mais que amigos, foram também família, além de profissionais que admiro e que tenho como referência na minha trajetória profissional, obrigado Tarcísio, Daniel e Marilda e suas respectivas famílias por quem tenho grande carinho.

Aos colegas do mestrado Ana Paula, Alexandre, Fernanda, Maristela, Maria do Carmo, Ângela, Selma, Regiane e Marina, agradeço o coleguismo e as experiências compartilhadas.

Aos meus amigos de Águas Vermelhas que torceram por mim.

**Aos colegas de trabalho**

Todos os amigos e colegas de trabalho da Secretaria de Saúde e das equipes de Saúde da Família de Nova Serrana; aos colegas de trabalho e alunos da UNIPAC Bom Despacho, em especial a Elaine e Eduardo pelo apoio e compreensão. Colegas e amigos do INESP Divinópolis, em especial a Fernanda Brito, agradeço pelos momentos vividos, experiências e aprendizados.

Agradeço a todos os profissionais das cidades de Bom Despacho, Formiga, Itaúna, Pará de Minas, Campo Belo e Santo Antônio do Monte que participaram e contribuíram para a coleta dos dados da pesquisa.

## RESUMO

SILVA, G.S. O processo de trabalho do coordenador municipal da estratégia de saúde da família. Belo Horizonte. 2009. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

O aumento da responsabilização municipal na atenção à saúde da população e a expansão da estratégia de saúde da família (ESF) no Brasil implicaram a necessidade dos municípios desenvolverem sua capacidade de gerenciamento dos serviços de saúde. Neste contexto, surge o coordenador municipal com a proposta de assumir essas demandas gerenciais, principalmente em relação ao planejamento do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (SF). Entretanto, não há, até o momento, diretrizes gerais de como deve ser estabelecido o trabalho desse coordenador, suas funções, atividades, características que são geralmente definidas por cada um que ocupa o cargo. O presente trabalho, fundamentado na estratégia do estudo de caso qualitativo, teve por objetivo compreender o trabalho cotidiano do coordenador municipal sob a perspectiva deste, dos Secretários de Saúde, de médicos e enfermeiros da equipe de saúde. Os cenários de estudo foram seis cidades, onde estão as sedes das Microrregiões Sanitárias que compõem a Macrorregião de Divinópolis do Estado de Minas Gerais. Os sujeitos da pesquisa foram seis coordenadores, cinco secretários de saúde, seis enfermeiras e quatro médicos de equipes de SF, em um total de vinte e um informantes. A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas, gravadas, a partir de roteiros semi-estruturados, analisados pelo método de análise de conteúdo e foram organizadas nas seguintes categorias empíricas: a trajetória profissional dos coordenadores e sua inserção no âmbito municipal; as características do trabalho de coordenação municipal; a postura do coordenador frente às situações de dificuldade no trabalho; o trabalho do coordenador na perspectiva dos gestores, médicos e enfermeiros das equipes de SF. A análise mostrou que os coordenadores possuem formação em saúde, sendo a maioria composta de enfermeiros, que já trabalharam em equipes de SF ou já conheciam o serviço de saúde do município, e assumiram esta função gerencial em virtude da expansão do número de equipes de SF. Construíram suas estratégias de trabalho no desenvolvimento das atividades diárias, frente às exigências das demandas de acordo como elas apareciam, sem terem nenhuma atribuição legal ou planejamento prévio. Entre elas, descrevem reuniões periódicas com as equipes e gestores, ações de supervisão do trabalho das equipes, nem sempre programadas, mas em respostas às livres demandas. Apresentam-se como “elo de ligação” entre os profissionais das equipes de SF e os gestores, responsáveis em viabilizar a política de saúde municipal e também dos outros níveis de governo, pois são eles quem a implementam e capacitam as equipes. Se de um lado, relatam inúmeras dificuldades, tais como a sobrecarga de trabalho, as interferências políticas, ausência de autonomia, a postura vertical de implementação das políticas, de outro, essas mesmas dificuldades são meios para a valorização e crescimento profissional. Para os Secretários de Saúde, são considerados parceiros de trabalho, o “braço direito”, que não só contribuem para a gestão do município como também são vistos como capazes de dar sustentação política para o trabalho dos gestores. Enquanto para os médicos e enfermeiros são profissionais com bom conhecimento sobre saúde pública e a estratégia saúde da família municipal, com quem têm um bom relacionamento e cujo trabalho é importante por dar suporte para as ações desenvolvidas pelas equipes. Percebe-se que coordenadores

desenvolvem funções gerenciais de relevante importância no contexto municipal tanto para as equipes, quanto para a gestão, porém necessita-se de uma delimitação e planejamento de suas atribuições e responsabilidades frente ao trabalho cotidiano que exercem, para garantir uma otimização do seu trabalho e, possivelmente, melhoria do atendimento à saúde com vistas à qualidade de vida da população assistida.

**Palavras-chave:** Estratégia de Saúde da Família; Trabalho gerencial.

**ABSTRAT:**

SILVA, G.S. O processo de trabalho do coordenador municipal da estratégia de saúde da família. Belo Horizonte. 2009. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

The increase of township responsibility to the care of the population's health and the expansion of the strategy for family health (ESF) in Brazil showed the need for the townships to develop their ability to run health services. In this context, the township coordinator is brought up with the proposition of reducing the management demand, especially what concerns the planning of the work process of the teams for Family Health (SF). However, there are not, up until now, general directives of how the work of said coordinator should be carried out, its functions, activities, characteristics which are usually defined by whoever occupies a position. The following paper, based on the strategy of studies of qualitative cases, tries to understand the day-to-day work of the township coordinator under his perspective and that of the secretariat of health and doctors and nurses of the medical staff. The sets of the study were six cities, where the headquarters of the Sanitary Micro regions that constitute the Macro region of Divinópolis in Minas Gerais state are located. The subjects of such research were six coordinators, five health secretaries, six nurses and four doctors of SF teams, adding up to twenty-one informers. The collection of data took place through recorded interviews, following semi-structured scripts, analyzed through the content analysis method and were organized into the following empirical categories: the professional path of the coordinators and their insertions into the township area; the characteristics of the work as a township coordinator; the coordinator's posture towards difficult situations at work; the coordinator's work seen by the managers, doctors and nurses of SF teams. The analysis showed that the coordinators have education in Health, with the majority of them in Nursing, that already worked in SF teams or already knew the health service provided at the township and took this manager job due to the expansion of the number of SF teams. They built their work strategies on the development of daily activities, facing the demands as they presented themselves, with no legal attribution or previous planning. Amongst these, they describe periodical meetings with the teams and managers, supervising the team's work, not always scheduled, but attending to the demands. They appear as a "link" between the professionals of the SF teams and the managers, responsible of carrying on the township's health policy and also with the other levels of government, because they implement and capacitate the teams. If, on the one hand, they face innumerable hardships, such as work overload, political interference, lack of autonomy, the vertical posture of implementing politics, on the other hand these hardships are means to professional growth and value. As far as the secretaries of health are concerned, the coordinators are considered co-workers, the "right arm", not only contributing with the management of the township but also seen as capable of providing political balance to the work of the managers. The doctors and nurses consider them professionals with a good amount of knowledge about public health and the township's family health strategy, with whom they have a good relationship and whose job is important for supporting the actions developed by the teams. It is clear, therefore, that the coordinators develop extremely important management functions township wise, for the teams and for the managers. However, limiting and planning their attributions and responsibilities on what concerns daily work is needed

to ensure the optimization of their work and a possible improvement on the health care to the population at hand.

**Key-words:** Family Health Strategy; Management Work.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

FIGURA 1 – Mapa das 13 Macrorregiões Sanitárias de Minas Gerais	16
FIGURA 2 – Mapa das Microrregiões Sanitárias de Divinópolis.	17
QUADRO 1 – Coordenadores Municipais da estratégia de Saúde da Família	24
QUADRO 2 - Secretários Municipais de Saúde	24
QUADRO 3 - Enfermeiros e Médicos das Equipes de Saúde da Família	24

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial

CAPS – AD- Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Droga

CASMUC - Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança

CEMAES - Centro Municipal de Atendimento Especializado

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CIB - MG – Comissão de Intergestores Bipartite de Minas Gerais

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

COEP-UFMG - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB- SUS - Normas Operacionais Básicas do SUS

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PDAPS – Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNIPAC - Universidade Presidente Antônio Carlos

UPA – Unidade de Pronto-Atendimento

## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	17
2 - OBJETIVO DA PESQUISA.....	24
3 - TRAJETORIA TEÓRICO – METODOLÓGICA .....	25
3.1 - CENÁRIO DA PESQUISA.....	26
3.2 - SUJEITOS DA PESQUISA.....	32
3.3 - COLETA DE DADOS.....	35
3.4 - ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4 - O TRABALHO DO COORDENADOR MUNICIPAL.....	37
4.1 - A TRAJETORIA PROFISSIONAL.....	38
4.2 - CARACTERÍSTICAS DA COORDENAÇÃO MUNICIPAL.....	43
4.3 - ENFRENTAMENTO DAS SITUAÇÕES DO TRABALHO COTIDIANO.....	53
5 - OUTROS OLHARES SOBRE O TRABALHO DO COORDENADOR.....	62
5.1- NA PERSPECTIVA DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE .....	62
5.2- NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS .....	69
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
6 - REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICE 01 .....	87
APÊNDICE 02 .....	88
APÊNDICE 03.....	89
ANEXO 01.....	92

## 1- INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, fundamentada em princípios e diretrizes norteadoras, tais como, universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade, representou um grande avanço para a organização da assistência à saúde no Brasil, com vistas a reduzir assimetrias entre os direitos conquistados em lei e a oferta efetiva de ações e serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2000)

Assim, para reordenar o modelo assistencial, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde denominado Estratégia da Saúde da Família (ESF), fundamentado em uma proposta de vigilância à saúde, com a finalidade de melhorar os indicadores de saúde do país com a transformação das práticas de saúde a partir da atenção básica, enfatizando a promoção e proteção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento e a recuperação da saúde dirigida aos indivíduos, à família e à comunidade, além de resgatar os valores profissionais, conforme os princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, 2000)

De acordo com Pedrosa e Teles (2001), a ESF incorporou novas possibilidades de adesão e mobilização das forças sociais e políticas, possibilitando a integração e a organização das ações de saúde. Essas ações vêm propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes dos profissionais e da população.

É proposta uma nova estruturação do processo de trabalho na atenção básica, constituída de: “caráter substitutivo” – indicando a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho centrado na vigilância à saúde; “integralidade e hierarquização” – sendo a Unidade de Saúde da Família (USF) o primeiro nível de ações e serviços, vinculado aos demais níveis da rede de assistência, de forma a assegurar a atenção integral aos indivíduos e à família, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados; “territorialização e adscrição da clientela” – em que o trabalho é desenvolvido a partir do cadastramento e acompanhamento de uma

população residente em um território de abrangência previamente definido; trabalho realizado por uma “equipe multiprofissional” a ser composta, minimamente, por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), podendo contar com outros profissionais de acordo com as necessidades e características locais. (BRASIL 1997 *apud* FRANCO e MERHY, 2006)

Rosa e Labate (2005) afirmam que as ações das equipes de saúde devem ter a família como objeto da atenção, a partir do ambiente em que vive e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre as situações apresentadas.

Dessa forma, a implantação da ESF estendeu-se por todo o território nacional. Estudos do Ministério de Saúde mostraram que, em 2004, 84% dos municípios brasileiros já haviam implantado equipes de Saúde da Família (SF). Tal dado representou um crescimento de cerca de 411% de cobertura, no período entre 1998 e 2004, em todas as regiões do país. Em dados mais recentes, até fevereiro de 2009, essa cobertura já chegava aos 93,4%, com 27.275 equipes de SF implantadas. Contudo, apesar do sucesso da implantação na quase totalidade dos municípios, observa-se que a cobertura populacional, ainda, é de apenas 49,6% em todo o país, o que constitui um desafio para o Ministério da Saúde. (BRASIL, 2005 e 2009)

Dentre os motivos da expansão dessa estratégia ressaltam-se: sua fundamentação nas propostas do movimento da reforma sanitária, o incremento das ações voltadas para a vigilância à saúde, pautadas no ideário da atenção básica, um discurso de inclusão de toda a população no sistema de saúde (Franco e Merhy, 2006). A isso, soma-se, também, o impacto das ações desenvolvidas sobre vários indicadores de saúde, como o aumento da cobertura vacinal em todas as faixas etárias, a expansão da assistência à saúde da criança, a prevenção do câncer de colo uterino, tratamento e controle da hipertensão arterial e do diabetes, a redução da mortalidade infantil e, proporcional por doenças infecciosas, o aumento da esperança de vida ao nascer e o maior acesso da população aos serviços de saúde. (ANDRADE, 2004 e BRASIL, 2006b)

É importante ressaltar as várias iniciativas do MS para estimular os municípios a implantarem equipes de saúde da família, dentre elas, o fácil acesso a subsídios e incentivos financeiros como a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) pelas Normas Operacionais Básicas do SUS de 1996 (NOB-SUS 96) e o seu reajuste em 1999, favorecendo os municípios com maior cobertura populacional; a criação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), em 2000, para apoiar a expansão e consolidação da ESF em grandes centros urbanos (municípios acima de 100 mil habitantes); a atual Política Nacional da Atenção Básica, que define a ESF como “estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica e efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde” Brasil (2006a). Franco e Merhy (2006) destacam a posição de Minas Gerais, cujo governo destina parte da quota de ICMS e tem o projeto estruturante “Saúde em Casa”, como estratégias para oferecem incentivos financeiros aos municípios, de acordo com o número de equipes de SF implantadas.

Contudo, estudos de Brasil (2000) e de Franco e Merhy (2006) têm mostrado que, apesar do crescimento da cobertura, do número de equipes de SF e da melhoria dos indicadores de saúde, há desafios a serem enfrentados, pois a estratégia, ainda, não tem uma abrangência que possibilite uma oferta de serviços ampla, resolutiva e de qualidade, com a permanência de práticas assistenciais individualistas voltadas para a doença, de utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis, baixa resolubilidade, centrada na produção de procedimentos a partir da clínica exercida pelo médico, enquanto herança do modelo assistencial hospitalocêntrico, vigente no país, o que implica, muitas vezes, na insatisfação de gestores, profissionais e população que utilizam os serviços de saúde.

No que tange a novas demandas organizacionais, Vanderlei (2005) cita, ainda, enquanto obstáculos, a organização do processo de trabalho das equipes, a necessidade de adequação e expansão física e funcional, adequação de trabalhadores para a prestação da assistência, a revisão dos padrões de produtividade e de qualidade, além das novas expectativas dos usuários. Para o autor, a capacidade gerencial desses serviços é fator determinante para enfrentamento desses obstáculos. Assim, segundo ele, o processo de municipalização e descentralização organizativa do SUS, nas décadas de 80 e 90, a

partir do qual os municípios tornaram-se responsáveis por gerenciar o seu setor saúde, ocasionou o fortalecimento da autonomia gerencial desses, exigindo uma maior capacidade técnico-operacional voltada para o enfrentamento dos problemas de saúde do seu território.

Campos, citado por Ermel e Fracolli (2003), considera que o processo de trabalho da gerência da produção de serviços de saúde deve ser considerado um instrumento potente para a efetivação de políticas públicas, pois este é, ao mesmo tempo, condicionante e condicionado pela forma como se organiza a produção dos serviços de saúde e, conseqüentemente, o modelo técnico-assistencial em curso. Ao evidenciar a importância desse gerenciamento, aponta que, historicamente os municípios atuaram apenas como executores de ações planejadas no âmbito federal e, portanto, não acumularam experiência em planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde, ou seja, em gerenciar a saúde no seu espaço geopolítico, o que se configura em mais um desafio perante o crescimento da demanda gerencial trazida pela expansão da ESF.

Em Minas Gerais, assim como em todo o país, a implantação da ESF, também, aconteceu no ano de 1994 por adesão do Governo Estadual, passando a fazer parte da política oficial como estratégia para a organização da Atenção Básica a partir de 1995. Em fevereiro de 2009, 96,9% dos municípios de Minas Gerais possuíam equipes de SF, em um total de 3.774 equipes implantadas, representando o maior número de equipes do país. (MINAS GERAIS 2002 e 2009, e BRASIL, 2005)

Entretanto, as normas da atual Política Nacional da Atenção Básica, ao confirmarem a responsabilização municipal na gestão em saúde, estabelecem a implantação, manutenção da Estratégia e das Equipes de Saúde da Família como atribuições dos gestores, que devem gerenciar e coordenar a rede de serviços de saúde locais (Brasil, 2006a). Apesar do crescimento das demandas gerenciais frente à implantação da estratégia, tais atribuições são delegadas ao Secretário Municipal de Saúde, dentre as outras inúmeras atividades exigidas pelo cargo que ocupa.

Desta forma, de acordo com Junqueira (1990) a gerência deve ser entendida como uma função administrativa que possui papel determinante nos serviços de saúde por ser responsável por realizar o trabalho de combinar pessoas, tecnologia e

recursos para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, coordenação, direção e controle.

Em Minas Gerais, apenas em abril de 2007, a Deliberação 340 da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB-MG) dispôs sobre a necessidade de inserção de um novo profissional para assumir essa função gerencial intermediária. De acordo com esse documento, os municípios com três ou mais equipes de SF devem ter um “coordenador municipal”, profissional de nível superior, e de preferência da área de saúde, responsável por gerenciar o processo de trabalho das equipes. (MINAS GERAIS, 2008)

Na prática, tal Deliberação veio, de certa forma, consolidar a inserção de profissionais, que já exerciam essa função, desde anos anteriores, em alguns municípios. Da mesma forma que em Belo Horizonte, a gerência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) era exercida por coordenadores, ligados ao nível central, que supervisionavam o processo de trabalho da saúde em mais de uma unidade, com ações predominantes de controle dos trabalhadores (Maia apud Sena et al, 2002). Apenas no processo de descentralização da atual política, na década de noventa, criou-se o cargo de gerente para cada UBS, com competência técnico-administrativa para desenvolver atividades referentes à coordenação do processo de trabalho da unidade em que se encontra lotado, constituindo, portanto, novo perfil de gerência nos serviços de saúde.

Tal perfil, de acordo com Willig (2004), é aquele almejado pelas mais diversas organizações, um profissional que, além do conhecimento específico em gestão, possua habilidades e competências desenvolvidas a ponto de ser capaz de detectar os problemas organizacionais e, após analisá-los, propor alternativas de solução.

Entretanto, se em municípios como Belo Horizonte, esse cargo gerencial fez parte das mudanças ocorridas pela implantação do SUS, o mesmo não ocorreu em municípios de pequeno e médio porte, o que agora torna-se necessário devido ao aumento das equipes saúde da família.

Dentro desse contexto, ao ser convidado para exercer o cargo de coordenador da ESF no município de Nova Serrana, há quatro anos, ao buscar informações sobre as atribuições e atividades a serem desenvolvidas e constatou-se

a inexistência de referências que elucidassem sobre a atuação da Coordenação Municipal de Saúde. Não havia, no momento, legislação específica sobre a função em nível nacional, estadual ou municipal, além de que a literatura encontrada, geralmente, referia-se à gerência em UBS em municípios como Belo Horizonte. O exercício de gerência nessas unidades pode se assemelhar, mas existem peculiaridades na Coordenação Municipal de Saúde que a caracterizam de forma diferente.

Diante disso, ao procurar informações junto a outros profissionais de outras cidades próximas ao município onde atuava, pertencentes à Macrorregião de Divinópolis, e deparou-se com a construção de práticas profissionais feitas, de acordo com a realidade de cada município, a partir da experiência cotidiana de cada profissional no exercício do cargo.

De forma geral, esses coordenadores são profissionais da área de saúde indicados pelo gestor municipal para gerenciar as equipes de SF, as quais, geralmente, atendem a uma área adscrita do município, algumas até mesmo rurais, e, por isso, localizam-se em Unidades de Saúde da Família geograficamente separadas uma das outras, o que estabelece a necessidade de mobilidade do coordenador para a supervisão das equipes. Alguns, além dessa supervisão e do suporte técnico indispensável na atenção à saúde, possuem, também, a função política de integrar as equipes de saúde com a gestão municipal.

Constata-se, também, que apesar da Deliberação 340 ser de 2007, estabelecendo, portanto, a obrigatoriedade desse profissional para os municípios que possuem mais de três equipes de SF, em alguns, ele já se encontrava inserido, exercendo atividades de gerência, há mais de seis anos, apesar do cargo ainda não ser reconhecido.

Nesse contexto, surgiram alguns questionamentos e o interesse de realizar o presente estudo: Como se caracteriza o processo de trabalho da Coordenação Municipal de Saúde? Como foi inserido nessa função? Quem é esse profissional na perspectiva de gestores municipais e dos profissionais das equipes de SF?

Parte-se do pressuposto de que, para o desenvolvimento de qualquer função, é necessário determinar um perfil do profissional, fundamentado em diretrizes gerais, para daí direcionar a organização do processo de trabalho em cada contexto

que ele ocorrer. Essa determinação faz-se necessária para que os objetivos estabelecidos pela atual política de saúde possam ser alcançados com vistas à melhoria na atenção à saúde e conseqüente qualidade de vida da população atendida.

Diante do exposto, o presente estudo torna-se relevante na medida em que propõe levar à compreensão do processo de trabalho desenvolvido pelos coordenadores das cidades sedes de microrregiões da macrorregião de Divinópolis, frente aos desafios atuais da atividade gerencial nos serviços públicos de saúde, em âmbito municipal, verificando sua importância para a gestão e a organização das ações propostas para a ESF.

## 2- OBJETIVOS

### GERAL

Compreender o processo de trabalho do Coordenador Municipal da Estratégia de Saúde da Família dos municípios sedes de microrregião da macrorregião sanitária de Divinópolis.

### ESPECÍFICOS

Identificar características e funções do trabalho gerencial desenvolvido na perspectiva do Coordenador Municipal dos municípios sedes de microrregião da macrorregião de Divinópolis.

Identificar características e funções do trabalho gerencial desenvolvido pelo Coordenador na perspectiva de gestores municipais, médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família dos municípios sedes de microrregião da macrorregião de Divinópolis.

Identificar quem são esses coordenadores na perspectiva de gestores municipais, médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família dos municípios sedes de microrregião da macrorregião de Divinópolis.

### 3- TRAJETÓRIA TEÓRICO – METODOLÓGICA

A presente pesquisa fundamenta-se no Estudo de Caso de abordagem qualitativa, considerando que, a compreensão do processo de trabalho do coordenador municipal de equipes de SF advém das relações que esse profissional estabelece, em seu cotidiano, na realidade social onde se encontra. Gil (2007, p.42) entende a realidade social como sendo *“todos os aspectos relativos ao homem em seus múltiplos relacionamentos com outros homens e instituições sociais”* e aponta a pesquisa qualitativa como o processo metodológico que permite a obtenção dos conhecimentos no campo dessa realidade social.

De acordo com Viegas (2005, p.30),

“esta abordagem permite ao pesquisador investigar, no contexto natural, o objeto em estudo, conhecendo as influências deste contexto sobre o mesmo e as particularidades das interpretações, buscando compreender o significado vivenciado por determinado grupo”.

Minayo (2006) ratifica a pesquisa qualitativa como sendo capaz de incorporar os significados e a intencionalidade inerentes aos atos, as relações e as estruturas sociais das construções humanas significativas, visando compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores, quanto aos valores culturais e representações sobre sua história, as relações entre os indivíduos, instituições e movimentos sociais, além de processos sociais e de implementação de políticas.

O estudo de caso é definido por Yin (2005) como um estudo empírico que possibilita a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro do contexto da vida real. Para o autor, o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que pode ser usada em muitas situações, dentre elas as relacionadas ao presente estudo, que trata de um fenômeno social, político, organizacional, individual e de grupo, além de permitir a compreensão de fenômenos complexos e possibilitar uma investigação que preserve suas características holísticas e significativas.

Laville e Dionne (2007), ainda, afirmam que a vantagem marcante dessa estratégia de pesquisa repousa na possibilidade de aprofundamento que oferece sobre o objeto de estudo, visto que seus recursos encontram-se concentrados apenas no caso visado, não estando submetidos a restrições de comparação do caso com outros.

Peres e Santos (2005) reportam sobre a inegável propriedade heurística, ou seja, a capacidade de os estudos de caso fomentarem descobertas e criações, o que ocorre porque o pesquisador encontra liberdade para desenvolver novas idéias sem se limitar pelos pressupostos estabelecidos pelo referencial teórico adotado.

### 3.1. CENÁRIO DA PESQUISA

Foi definida, como cenário da pesquisa, a Macrorregião Sanitária de Divinópolis que está localizada na região Oeste do Estado de Minas Gerais. Trata-se de um dos treze agrupamentos de municípios estabelecidos para a estruturação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Minas Gerais (Figura 1), em cumprimento às exigências da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de janeiro de 2001 e 2002. Tal agrupamento foi estabelecido utilizando-se critérios e metodologias para a organização dos serviços de saúde conforme a densidade tecnológica possível, as necessidades em cada região e a otimização dos recursos financeiros, de forma a possibilitar a descentralização da gestão, o acesso dessas populações e o controle social a todos os níveis de atenção das ações de saúde propostas pelo do Sistema Único de Saúde. (MINAS GERAIS, 2008)

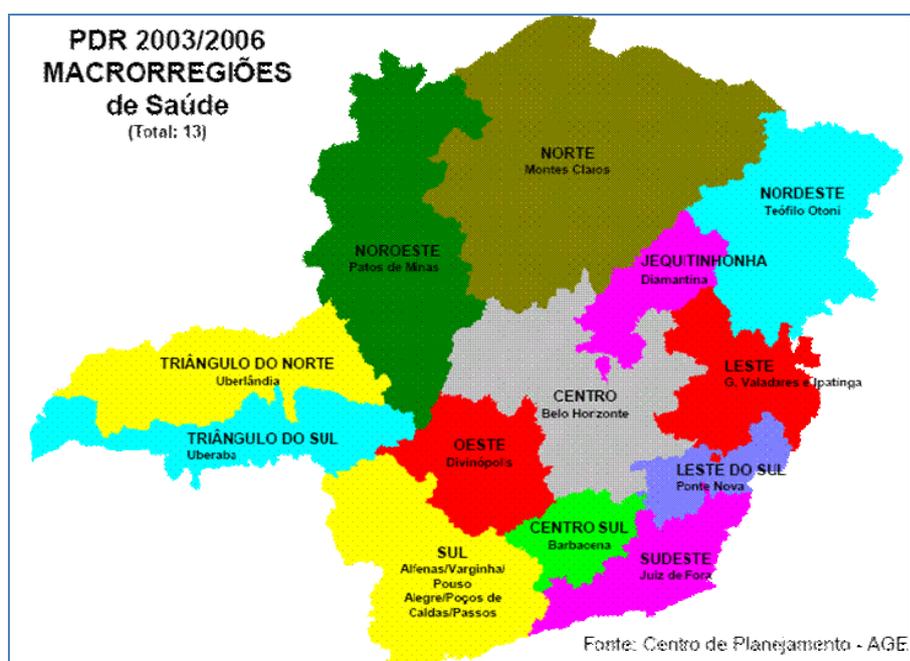


Figura 1: Mapa das 13 macrorregiões sanitárias de Minas Gerais.

Fonte: Site da SES MG, disponível em 20 de abril de 2008.

A macrorregião de Divinópolis é composta por 53 municípios e subdividida em seis Microrregiões Sanitárias contendo números variados de municípios circunvizinhos que possuem em comum características socioeconômicas, demográficas, problemas de saúde, dentre outros (Figura 2). Divinópolis é designada como Cidade Polo devido a sua capacidade instalada e potencial de equipamentos urbanos, de fixação de recursos humanos especializados e por assim possibilitar uma maior absorção de fluxos populacionais para os serviços médicos-assistenciais que requerem maior tecnologia. Da mesma forma, cada uma das seis microrregiões possui uma cidade polo microrregional, as quais são definidas pela capacidade de ofertar serviços ambulatoriais e internações hospitalares de nível secundário, decorrentes do fluxo de demanda oriunda da mesma microrregião. Como cenário específico da pesquisa foram escolhidos os seis municípios polos dessas microrregiões, sendo eles: Bom Despacho, Formiga, Itaúna, Pará de Minas, Campo Belo e Santo Antônio do Monte, apresentados a seguir.

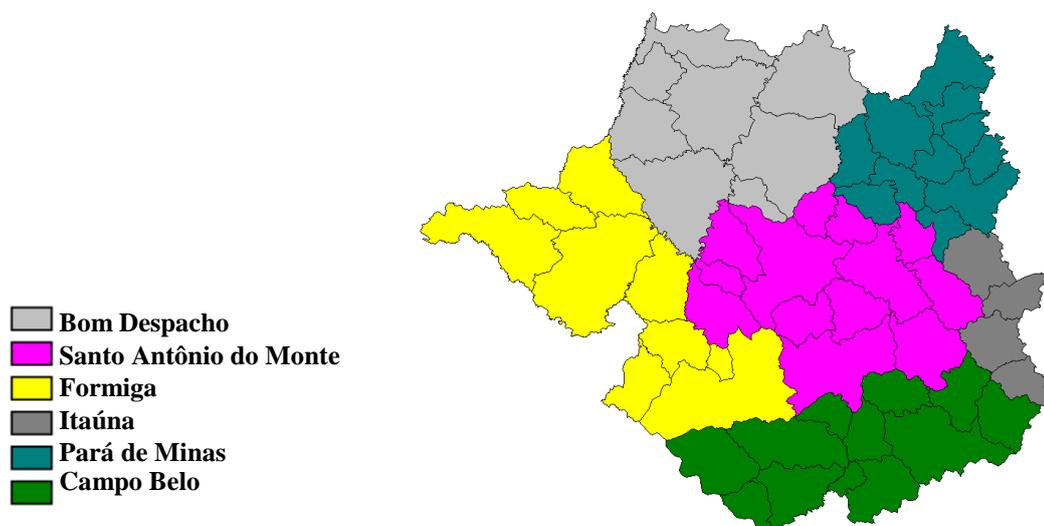


Figura 2: Mapa das Microrregiões Sanitárias de Divinópolis.  
 Fonte: Site da SES MG, disponível em 20 de abril de 2008.

A escolha da Macrorregião de Divinópolis, como cenário de estudo, justifica-se por ter sido campo de inserção e vivência do pesquisador, como profissional da ESF, em um dos municípios desta região por cerca de cinco anos, configurando-se, também, como palco da problematização desta. Outro motivo é a atual conjuntura de estruturação da ESF na região, já que todos os municípios aderiram à estratégia, com a instalação e funcionamento de 246 equipes até março de 2008 (de acordo com informações da Gerência Regional de Saúde de Divinópolis) e por conter um

número significativo de municípios que possuem o coordenador municipal de equipes de SF, perfazendo um total de dezessete profissionais em atuação há cerca de dez anos.

### **Cidade de Bom Despacho**

Bom Despacho originou-se em torno da Capela de Nossa Senhora de Bom Despacho na fazenda do Picão, na segunda metade do século XVIII, com a chegada de colonizadores portugueses. Expandiu-se no século seguinte tendo como principais atividades econômicas a criação de gado, o comércio de aguardente e de rapadura, além da agricultura local. O município foi criado apenas em 1912, quando desmembrado do município de Santo Antônio do Monte.

A cidade do ex-governador de Minas Gerais, Olegário Maciel, está situada na região do alto São Francisco, a 156 km de Belo Horizonte. Possui uma extensão territorial de 1.209,139 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 43.898 habitantes, de acordo com o IBGE (2008). Sua economia, atualmente, concentra-se na indústria, na agropecuária e na prestação de serviços. Destaca-se aí, também, a área da educação com a presença da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) que recebe alunos de toda a região.

A microrregião de Bom Despacho é composta por mais 10 municípios circunvizinhos, sendo eles: Araújos, Dolores do Indaiá, Estrela do Indaiá, Japaraíba, Lagoa da Prata, Luz, Martinho Campos, Moema, Quartel Geral e Serra da Saudade. Essa microrregião é referência para os seguintes serviços de saúde: além de clínicas médicas especializadas, destacam-se um Núcleo de Assistência Saúde da Mulher, serviços de urgência através de um pronto atendimento municipal, e internações hospitalares.

De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde, sua atual administração pública encaminha-se para o segundo mandato político. O serviço público de saúde é composto por serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Controle de Zoonoses, uma Policlínica Central, um Laboratório Público Municipal, três equipes de Saúde Bucal, um Pronto Atendimento Municipal, um Núcleo de Saúde da Mulher e sete equipes de Saúde da Família, dentre outros, com um quadro em torno de 200 funcionários. A ESF está implantada desde 1998

sendo sua última equipe implantada em 2000. Conta, hoje, com 50 profissionais, distribuídos em equipes compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários. O programa cobre, hoje, pouco mais de 50% da população, estando suas equipes instaladas principalmente nas regiões periféricas do município.

### **Cidade de Santo Antônio do Monte**

Santo Antônio do Monte é uma cidade histórica, da região Centro Oeste de Minas, com quase duzentos anos de emancipação política. A cidade natal do ex-governador José de Magalhães Pinto é conhecida nacionalmente pela produção de fogos de artifício. Possui uma população estimada em 25.694 habitantes, dados de 2008. A atual administração pública é do mesmo partido político pelo seu terceiro mandato.

Sua microrregião é composta por outros onze municípios, sendo eles: Arcos, Carmo do Cajuru, Cláudio, Divinópolis, Itapeverica, Japaraíba, Lagoa da Prata, Pedra do Indaiá, Perdígão, São Gonçalo do Pará e São Sebastião do Oeste. Santo Antônio do Monte é referência nos serviços de atenção especializada à saúde da mulher através do Centro Viva Vida que é referência para a região Centro Oeste.

O serviço público de saúde é composto por um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Médicas e de Fisioterapia, um Laboratório Municipal, serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, quatro equipes de Saúde Bucal, um Pronto Atendimento Municipal e sete equipes de Saúde da Família, dentre outros, com um quadro em torno de 200 funcionários. A primeira equipe de SF foi implantada em 1997 e a última equipe implantada em 2002. A ESF conta 123 profissionais distribuídos entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em equipes isoladas, o que corresponde a mais de 60% dos funcionários da Secretaria de Saúde do município. As equipes de SF cobrem hoje cerca de 80% da população, estando instaladas seis na área urbana e uma nas comunidades rurais.

### **Cidade de Campo Belo**

O município de Campo Belo conta com uma população estimada em 53.380 habitantes, dados de 2008. Sua administração pública é do mesmo partido político há quatro anos. O serviço público de saúde é composto por um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), um Laboratório Municipal, serviços de Vigilância Sanitária, Departamento Epidemiologia e Controle de Zoonoses, uma Policlínica Municipal, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, um Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC), 11 Equipes de Saúde Bucal, um Pronto Atendimento Municipal, 14 equipes de Saúde da Família, sendo uma unidade pertencente às comunidades rurais, dentre outros serviços. Seu quadro de funcionários é composto de 280 funcionários em média. A primeira equipe de PSF foi implantada em 1997 e a última em 2006, suas equipes contam com 14 médicos, 14 enfermeiros, 21 auxiliares de enfermagem e 96 agentes comunitários de saúde, com um total de 145 profissionais. O programa cobre mais de 90% da população.

### **Cidade de Formiga**

O município de Formiga possuía em 2008 uma população estimada de 66.834 habitantes. Sua administração pública é do mesmo partido político há quatro anos. O serviço público de saúde é composto por um Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAES), serviços de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, Serviço Social, Serviço de Órtese e Prótese, Medicina do Trabalho, serviço de Comunicação e Ouvidoria, Central de Controle de Endemias (Agentes da Dengue e Chagas), Central de Esterilização, 14 Unidades Básicas de Saúde (com 16 equipes do Programa Saúde da Família), uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 14 Consultórios Odontológicos, uma Unidade Móvel Odontológica, um Ambulatório de Pequenas Cirurgias, um Pronto Atendimento Municipal, um Laboratório de Análises Clínicas, uma Farmácia Municipal, um Centro de Diagnóstico por Imagem (Raio-X, mamografia, Ultrassonografia), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e outros. A primeira equipe de Programa de Saúde da Família foi implantada em 1996 e a última em 2007, contando com cerca de 180 funcionários, distribuídos entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes

comunitários de saúde. O programa cobre, hoje, em média, 80% da população e 100% das comunidades rurais.

### **Cidade de Pará de Minas**

Pará de Minas possuía em 2008 uma população estimada em 83.282 habitantes (IBGE, 2009). A administração pública é do mesmo partido político há quatro anos. O serviço público de saúde é composto por um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), um Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC), uma Policlínica Municipal, dois laboratórios municipais, serviços de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, um Centro de Controle de Zoonoses, 12 Equipes de Saúde Bucal, um Pronto Atendimento Municipal, um hospital público, 12 equipes de Saúde da Família, dentre outros, com um quadro de funcionários em torno de 350. A primeira equipe de Programa de Saúde da Família foi implantada em 1997 e a última em 2006. Só este PSF conta com cerca de 145 funcionários, distribuídos entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O programa cobre hoje pouco mais de 60% da população, estando suas equipes instaladas principalmente nas regiões periféricas do município.

### **Cidade de Itaúna**

Itaúna está localizada às margens da Rodovia 050, a 76 km da capital mineira. Povoada por imigrantes portugueses em meados do século XVIII, aqui vindos para a exploração mineradora, obteve sua emancipação política em 1901, desmembrada do município de Pará de Minas, sendo elevada à categoria de cidade em 1915. Cidade conhecida por suas tradições culturais e riquezas naturais, em 1975, recebeu da UNESCO o título de Cidade Educativa do Mundo, por sua qualidade no ensino municipal e envolvimento da sociedade civil para a melhoria dos índices de educação. Há quase três décadas, Itaúna promove a encantadora Feira de Orquídeas, evento que atrai turistas de diversos estados e até do exterior.

Itaúna possui uma extensão territorial de 495,875 Km<sup>2</sup> com uma população estimada em 85.070 habitantes, em 2008. Sua administração pública é do mesmo partido político há quatro anos. A microrregião de Itaúna é composta pelos municípios de Igaratinga, Carmo do Cajuru e Itatiaiuçu, além da própria Itaúna. A

mesma é referência microrregional para os serviços de especialidades médicas, serviços de urgência, maternidade e demais internações hospitalares, além de serviços de apoio diagnóstico. O serviço público de saúde é composto por um hospital público, com cerca 150 leitos; seis unidades do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); quatro postos de saúde; 15 equipes Saúde da Família; cinco unidades de Núcleos de Atenção Psicossocial e um CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Droga); uma Policlínica Municipal, 16 postos de atendimento de saúde bucal, sendo um rural; um Laboratório Municipal, serviços de Vigilância Sanitária, um Departamento de Epidemiologia e Endemias, um centro para Controle de Zoonoses, um Pronto Atendimento Municipal, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), dentre outros, com um quadro em torno de 450 funcionários. A primeira equipe de Programa de Saúde da Família foi implantada em 1999 e a última em 2007, seu quadro de profissionais tem em torno de 200 funcionários, distribuídos entre médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O programa cobre hoje cerca de 80% da população.

### 3.2. SUJEITOS DA PESQUISA

Para Minayo (2006), no estudo qualitativo, a definição da amostra deve estar voltada para a possibilidade do aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo social, em detrimento da representatividade numérica que leve à generalização dos resultados. Partindo desse princípio, a escolha dos sujeitos desta pesquisa deu-se *a priori* de forma intencional, sendo definidos os seis coordenadores de saúde de cada uma das cidades sedes de microrregiões da macrorregião de Divinópolis, os seis Secretários de Saúde, um enfermeiro e um médico de uma das equipes de saúde, perfazendo doze profissionais de saúde, em um total de vinte e quatro respondentes inicialmente.

Para a participação da pesquisa, o primeiro critério de inclusão utilizado foi ser profissional de um dos municípios polo microrregional. Para as microrregiões com mais de um município polo, foi escolhida a que possuía o coordenador com maior tempo no cargo. Mediante a recusa de participação de algum município, seria escolhido outro, entretanto isso não ocorreu. Na escolha dos profissionais médicos e

enfermeiros de cada município, foi solicitada a indicação daqueles com maior tempo de trabalho no respectivo município.

Após a definição das cidades, foi agendada uma visita em cada município com os coordenadores e os respectivos Secretários Municipais de Saúde, quando foi apresentado o projeto de pesquisa e obtida a autorização para a realização do estudo. Nesse momento, os secretários de saúde assinaram o Termo de Autorização (APÊNDICE 01). Após a obtenção da autorização, foi agendada uma nova visita com data, horário e local de melhor conveniência dos sujeitos para realização das entrevistas e definiu-se por indicação quais seriam os profissionais de saúde a serem convidados.

Atendendo às diretrizes da Resolução 196 / 96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, no momento das entrevistas, os sujeitos convidados foram informados sobre os objetivos do estudo, sendo garantido o anonimato e a utilização das informações coletadas para fins desta pesquisa, e solicitada, aos que concordaram em participar, a assinatura do termo de consentimento (APÊNDICE 02). Vale ressaltar que o Projeto de Pesquisa foi avaliado e aprovado pelo COEP – UFMG (ANEXO 01).

Os sujeitos da pesquisa estão organizados em três quadros de acordo com os segmentos a que pertencem, identificados pela inicial da profissão, ou seja, C – coordenadores, S – secretários, M – médicos, E – enfermeiros e de um número que seguiu a ordem de realização da entrevista. Dos secretários apenas um não participou, pois, no dia da entrevista, estava em uma reunião em Belo Horizonte, justificando sua ausência pelo prolongamento da mesma e, depois, não foi possível remarcá-la. Dos profissionais, em um dos municípios, no dia das entrevistas agendadas, não foi encontrado nenhum médico disponível; em outro, a médica indicada recusou-se a participar alegando falta de tempo, e não houve outra indicação. Assim, o número final de respondentes foi de vinte e um sujeitos, organizados nos quadros que se seguem:

## QUADRO 1

## Coordenadores Municipais da Estratégia de Saúde da Família

Sujeitos	C1	C2	C3	C4	C5	C6
Sexo	F	F	F	M	F	F
Idade	31	46	27	34	46	36
Profissão	Enfermeira	Dentista	Enfermeira	Enfermeiro	Enfermeira	Enfermeira
Tempo de coordenação	4 anos	7 anos	4 anos	1 ano	6 meses	7 anos
Vínculo empregatício	Concurado	Concurado	Concurado	Concurado	Concurado	Contrato
Carga horária semanal	30 horas	20 horas	40 horas	40 horas	40 horas	30 horas
Outra ocupação	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Número de equipes de SF	7	14	16	17	12	7
Tempo de formação na graduação	7 anos	25 anos	5 anos	10 anos	25 anos	11 anos
Experiência prévia em gerenciamento	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

## QUADRO 2

## Secretários Municipais de Saúde

Sujeitos	1	2	3	4	5
Sexo	M	M	M	M	M
Idade	56	52	45	54	48
Tempo no cargo	1 ano	4 anos	4 anos	4 meses	6 meses
Profissão	Farmacêutico	Dentista	Técnico em Contabilidade	Letras	Estudos Sociais
Tempo de formado	32 anos	28 anos	20 anos	32 anos	20 anos

## QUADRO 3

## Enfermeiros e Médicos das Equipes de Saúde da Família

Sujeitos	Profissão	Sexo	Idade (anos)	Tempo no cargo	Tempo de formado
1	Médico	M	36	6 anos	10 anos
2	Enfermeiro	F	46	10 anos	25 anos
3	Enfermeiro	F	34	2 anos	10 anos
4	Enfermeiro	F	27	4 anos	4 anos
5	Médico	F	30	5 anos	6 anos
6	Médico	F	34	2 anos	10 anos
7	Enfermeiro	F	28	4 anos	4 anos
8	Enfermeiro	F	48	15 anos	25 anos
9	Médico	M	32	2 anos	4 anos
10	Enfermeiro	F	35	5 anos	5 anos

### 3.3. COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizada entrevista com roteiro semi-estruturado por ser uma estratégia adequada para o processo de trabalho de campo, pois trata-se de uma conversa entre os interlocutores, por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. (MINAYO, 2006)

A entrevista semi-estruturada, segundo Triviños (1995), parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. De acordo com Minayo (2006), combinam-se perguntas abertas e fechadas, seguindo um roteiro apropriado pelo qual o entrevistador tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem perder a indagação formulada.

Esse tipo de entrevista possibilita a obtenção dos dados em profundidade, acerca do tema em estudo, buscando seus significados, captando as expressões corporais e tonalidades de voz, além de permitir que o entrevistador acrescente perguntas de esclarecimento diante das respostas obtidas. (TRIVIÑOS, 1995; LAVILLE e DIONNE, 2007; e GIL, 2005).

No presente estudo, foram aplicados três roteiros de entrevistas de acordo com os grupos de profissionais envolvidos: coordenador, gestor e profissionais de saúde. (APÊNDICE 03). Elas foram realizadas individualmente, previamente agendadas com os informantes, de acordo com suas disponibilidades e, para melhor fidedignidade aos relatos dos participantes, foi utilizado como recurso um gravador, após a autorização dos sujeitos.

### 3.4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo que Bardin (1979 p. 42) define como

“um conjunto de técnicas de análises de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo nas mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / percepção destas mensagens”.

Dentre as modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática que, segundo Bardin (1979), é organizada em três polos cronológicos. O primeiro, a pré-análise, é a fase de organização dos dados, em que se fazem leituras sistematizadas dos relatos das entrevistas e se determinam as unidades de análise; o segundo é a exploração do material, que consiste na ordenação dessas unidades nos temas com vistas a alcançar o núcleo de compreensão do texto; a terceira, e última fase, é o momento de interpretação, quando se fazem as relações com o referencial teórico. (BARDIN, 1979 e MINAYO, 2006).

No presente estudo, os dados foram organizados em duas categorias, subdivididas em três e em duas subcategorias, respectivamente:

1. Trabalho cotidiano do coordenador municipal
  - 1.1. A Trajetória Profissional
  - 1.2. Características da Coordenação Municipal
  - 1.3. Enfrentamento das situações do trabalho cotidiano
  
2. Outros olhares sobre o trabalho do coordenador
  - 2.1. Na perspectiva dos Secretários de Saúde
  - 2.2 Na perspectiva de enfermeiros e médicos

#### 4 - TRABALHO COTIDIANO DO COORDENADOR MUNICIPAL

Este capítulo apresenta os resultados deste estudo sobre o processo de trabalho do coordenador municipal de acordo com sua ótica, para, no próximo, apresentá-lo na perspectiva dos secretários de saúde, médicos e enfermeiros de equipes de SF.

Em um primeiro momento estabelece-se, de forma geral, o perfil dos coordenadores municipais da ESF. Eles são profissionais de saúde e possuem suas histórias relacionadas com a atenção primária dos municípios onde atuam e assumiram o cargo para atender à demanda gerencial surgida em decorrência da expansão da ESF. Se de um lado, quando o assumiram, não possuíam um método de trabalho prévio e estruturaram sua prática no decorrer do surgimento de demandas organizacionais no dia-a-dia, de outro, atualmente, assumem uma posição de referência no contexto municipal, atuando como um elo entre as equipes, gestores e comunidade, além de se transformarem em importante agente com capacidade de viabilizar as políticas públicas, entretanto, ainda, enfrentam várias dificuldades em seu cotidiano de trabalho.

Esses coordenadores foram indicados, pelos respectivos secretários de saúde de cada município, para desenvolver funções administrativas à frente da ESF. Os mesmos se encontram no cargo há um período entre seis meses a sete anos, a maioria inserida a partir do início dos mandatos da administração pública municipal. Todos já tinham experiência na atenção primária, sobretudo no próprio município, além de experiências de coordenação, especialmente de enfermagem à frente de equipes de SF.

Trata-se de profissionais com faixa etária entre os 28 e 46 anos, dentre os quais quatro têm idades inferiores a 36 anos, preponderantemente femininos, com graduação em enfermagem e experiência profissional entre cinco e 25 anos. Além disso, possuem títulos de pós-graduação *latu senso*, sendo cinco dos seis com, pelo menos, dois títulos, o mais prevalente em Saúde da Família, o que ratifica a configuração de profissionais que têm investido na formação profissional focalizada na área técnica em que trabalham, porém não há formação na área administrativa. Nenhum dos entrevistados tem pós-graduação *stricto senso*.

Entre eles, apenas um tem vínculo contratual para prestação de serviços e os demais são concursados para exercer a função técnica – profissional, porém designados para a coordenação municipal, sem que recebam adicional para exercício desse cargo, nem mesmo após a Deliberação 340 / 2007. Ou seja, o salário recebido é o mesmo de qualquer profissional que atua em uma equipe de saúde da família.

Sobre a jornada de trabalho, apenas metade cumpre as 40 horas semanais que são recomendadas pelo MS para profissionais da ESF, os outros cumprem entre 20 e 30 horas semanais. A Deliberação 340 da CIB-MG não trata sobre a carga horária do coordenador, que é de responsabilidade dos municípios, como, também, só determina o número mínimo de equipes enquanto exigência para o cargo, o que acarreta certa discrepância entre a jornada de trabalho e o número de equipes para cada coordenador, como apresentado no Quadro 1 acima. Isso e mais o fato de que apenas em um município encontram-se dois coordenadores, delinea a existência de diferenças entre os processos de trabalho dos coordenadores nesses municípios.

Dessa forma, com vistas a compreender este processo de trabalho, os dados referentes às entrevistas dos coordenadores foram organizados em três subcategorias. Na primeira, descrevem-se as trajetórias profissionais dos coordenadores, desde a forma de ascensão aos cargos à constituição de suas práticas; na segunda, as características do trabalho do coordenador, as principais atividades desenvolvidas e suas estratégias; e na terceira, as situações de dificuldade enfrentadas pelo coordenador no seu cotidiano de trabalho.

#### 4.1- A TRAJETORIA PROFISSIONAL

A maioria dos coordenadores construiu sua trajetória profissional na atenção primária no próprio município, e sua indicação ao cargo considerou características profissionais e seu desempenho técnico prévio:

*Vim trabalhar no PSF daqui, onde tive uma experiência que foi de dois anos, né! Aí eu procurei pautar meu serviço pelo planejamento, eu procurei fazer, sabendo o que eu tava fazendo, não meramente fazer porque precisava de um dado quantitativo, de um número de consultas de enfermagem, pra se colocar no SIAB, eu me pautei muito no principio da organização, no processo de trabalho baseado*

*na organização, no planejamento, no levantamento de necessidades. Então, eu acho que eles observaram na hora de me chamar pra ser coordenador, o que foi um avanço pra mim a minha indicação como coordenadora. C1*

*A primeira vez que eu trabalhei aqui eu peguei uma unidade complicada de trabalhar, então eu fiquei lá dois anos, lá é um lugar que tem um excesso de população, e acabou que tive uma passagem tranquila por lá. Depois de dois anos eu fui pra (outro município. Depois passei no concurso daqui e eles me chamaram de volta, aí eu passei por varias unidades pra cobrir férias, onde tive um bom relacionamento com o pessoal e isso gerou comentários. Aí quando eu fui convidado para vir no cargo o secretário até falou, a questão da onde a gente passava pra está trabalhando, não tinha reclamação, tinha um bom relacionamento com a equipe, a questão da liderança, então eu acho que teve a questão do tempo de trabalho também. C4*

*Pelo fato de eu já estar no município há um ano e meio e trabalhando no PSF, na equipe propriamente dita. Então o gestor municipal da época, conhecia meu trabalho na equipe, sabia das minhas responsabilidades e tudo, e resolveu me convidar por já ter este período de trabalho com ele e por ele conhecer minhas ações lá no campo. C6*

As falas mostram que a capacidade de planejar, organizar o trabalho, além de liderar e de manter um bom relacionamento com outros profissionais das unidades onde trabalharam antes de assumir a função de coordenador, foram determinantes para que os secretários os indicassem para o cargo. Esses atributos são considerados competências necessárias para se assumir o cargo de coordenador da ESF. Paiva e Melo (2008 p. 349) entendem essa como a

*mobilização de forma particular pelo profissional na sua ação produtiva de um conjunto de saberes de naturezas diferenciadas (que formam as competências intelectual, técnico-funcionais, comportamentais, éticas e políticas) de maneira a gerar resultados reconhecidos individual (pessoal), coletiva (profissional), econômica (organização) e socialmente (sociedade).*

Ou seja, para a função gerencial, são saberes que os possibilitaram alcançar os objetivos e resultados que são propostos para o seu trabalho. Dentre esses, o planejamento, que é entendido por Willig (2004) como uma típica função gerencial que determina o que deve e como deve ser feito. Aponta metas, objetivos, políticas, procedimentos e normas, prazos e custos. Ele predetermina o caminho das ações para alcançar os objetivos esperados. Deve ser utilizado na determinação do tempo disponível para a realização das atividades, sabendo usá-lo de forma eficiente, priorizando o que precisa ser realizado e eliminando as atividades desnecessárias. Para o mesmo autor, a capacidade de organização vem de se conseguir estabelecer estruturas para a execução dos planos, o trabalho dentro da estrutura da organização e o uso adequado do poder e da autoridade.

Lazzarotto (2001) define que as competências relacionais estão pautadas pela capacidade de administrar recursos humanos, pela organização e a implementação de estratégias para maximizar o potencial destes, provendo padrões éticos para o alcance da missão e dos propósitos da organização. O mesmo ainda dispõe sobre a liderança, entendendo-a como a competência que reúne habilidades pessoais e conhecimentos de técnicas de influenciar e conduzir pessoas para diversos fins ou objetivos na vida profissional ou social.

Entretanto, apesar das competências descritas pelos respondentes, e que coadunam com a literatura, para a indicação ao cargo e que são necessárias para a função gerencial, nota-se que tal indicação era algo inesperado:

*Sempre procurei melhorar meu conhecimento em gerência pro PSF e não trabalhar na secretaria (na função de coordenador), não imaginava isso. E quando pintou a oportunidade, ninguém queria. Era muita responsabilidade e isso aqui era uma bagunça. Aí o secretário me convenceu. C1*

*Eu nunca pensei em ser coordenador, foi por acaso, uma questão de oportunidade. C3*

*Eu nem pensava nisso não, foi uma surpresa, aí eu vim e está dando certo por enquanto. Eu acho que foi um espaço conquistado através da experiência e do trabalho executado ao longo destes anos. Fui enfermeira de PSF por cinco anos. C5*

*Eu nem sabia o que era ser coordenadora, foi algo que apareceu. C6*

Os relatos indicam que os coordenadores não almejavam chegar a ocupar essa função, ou por desconhecimento ou pela complexidade imposta pela mesma. Constata-se, portanto, certa surpresa pela indicação, algo que ninguém queria e até mesmo a necessidade de convencimento por parte do gestor, mas reconhecida também como oportunidade a partir de um espaço conquistado no trabalho técnico realizado.

Outro ponto que evidencia o surgimento desta função nesta época relaciona-se com as dificuldades encontradas inicialmente,

*Ai eu vim pra trabalhar do lado dele (do gestor), resolvendo os problemas do PSF, das equipes e as coisas que a regional mandava o tempo todo pra gente fazer. C1*

*... sempre fiquei por conta de resolver os problemas e representar o secretário nas reuniões que sobre a atenção primária. C2*

*Eu nem sabia o que era ser coordenadora, foi algo que apareceu. Então fiquei por conta de resolver as coisas burocráticas, montar os projetos das equipes novas, ajudando uma equipe aqui outra ali com as reclamações dos usuários, correndo atrás de material que faltava, e muita coisa eu passei a fazer por minha conta, o*

*secretário não ia fazer mesmo, eu via que dava pra eu resolver e resolvia como dava. Não tinha nada pra gente seguir. Ninguém me disse nada de como ir fazendo, fui me virando. C6*

Os relatos demonstram que as práticas dos coordenadores foram inicialmente centradas na resolução de problemas das equipes e no desempenho de funções que cabiam aos secretários, estando pautadas pelo sentimento de insegurança nesse momento. O trabalho começou a ser estruturado por meio das necessidades do dia-a-dia como a abertura de novas equipes, preenchimento de sistemas de informações, falta de matérias nas equipes, reclamação de usuários, enfim, um conjunto de atividades identificadas no cotidiano do trabalho. Nota-se que o conhecimento prévio do sistema público de saúde, além das formações acadêmicas dos profissionais na área de saúde foram significativos para o desempenho dessas funções.

Entretanto, mesmo no desempenho da coordenação, a identificação dos entrevistados relaciona-se a sua formação profissional:

*Sou uma enfermeira que tem uma função de coordenador, não pela formação, mais pela experiência. C1*

*Eu sou dentista de formação e fiz um curso em 1998, com a então gestora do município, sobre serviços microrregionais de saúde pública, a partir daí me identifiquei com a saúde pública e com o SUS. Ah! Eu não sou enfermeira... (sorrindo). Quem não me conhece acha, por eu ser coordenadora. C2*

Dentre as formações acadêmicas dos coordenadores, vale ressaltar o predomínio de enfermeiros pois, além da prevalência numérica, existe uma associação de sua imagem à do coordenador, como evidente no relato de C2, que apesar de ser odontólogo, relata ser confundido por vezes com o enfermeiro. Pode-se inferir que essa situação justifica-se pela formação e trabalho desenvolvido por este profissional em qualquer setor da saúde, que geralmente tem um caráter administrativo, corroborado pelas atividades gerenciais / administrativas descritas dentre as atribuições do enfermeiro de Saúde da Família na Política Nacional da Atenção Primária:

- III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, 2006 p. 44)

Outros estudos também mostram essa prevalência de enfermeiros em funções gerenciais de serviços públicos em detrimento a outros profissionais, como os de Brito e Melo (2001), Sena et al (2002) e Alves, Penna e Brito (2007) em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e Vanderlei (2005) sobre gestores municipais e “coordenadores de PSF” no Maranhão.

Os relatos dos coordenadores – enfermeiros reforçam a influência de sua formação durante a graduação para a ocupação do cargo:

*Na minha formação acadêmica, eu acho que a enfermeira já é formada na faculdade, já é inserido pra ele que ele vai ser um organizador. É tanto que a gente estuda muito a questão organizacional de equipes, da parte de hospitalar, de administração hospitalar, administração de serviços públicos, então eu acho que a formação acadêmica influencia muito nisso. C3*

*Porque querendo ou não a gente (enfermeiro) já tem uma certa formação na área administrativa. C6*

Comprova-se, portanto, que os enfermeiros adquirem conhecimentos relacionados à administração de serviços públicos e privados, planejamento e organização do trabalho de equipes desde sua formação o que lhes dá respaldo para assumirem a coordenação.

Para Spagnol (2005), o ensino da administração na enfermagem existe desde a sua concepção enquanto profissão, influenciado inicialmente pelos princípios organizativos da assistência, propostos por Florence Nightingale e, posteriormente, pelos estilos de gerência do trabalho das escolas Clássica e Científica da Administração, que se encontram presentes ainda nos dias atuais. Porém, atualmente, em função da importância que a gerência de enfermagem vem assumindo frente à articulação do trabalho de vários profissionais da equipe de saúde e a necessidade de uma atenção à saúde pautada em novos princípios, crescem as discussões em torno da busca de novos aportes teóricos que venham subsidiar o ensino de administração na enfermagem.

Nascimento e Nascimento (2005) apontam que a partir da década de 1990, a inserção do enfermeiro na equipe de SF foi responsável pela introdução e maior participação desse profissional no mercado de trabalho nas áreas de gestão, assistência, docência e pesquisa, além de refletir na sua formação que, atualmente, visa atender às demandas originadas pela expansão da ESF no país.

Como também Ermel e Fracolli (2003), entre outros estudos, reconhecem a gerência de serviços de saúde desempenhada por enfermeiros como uma prática histórica devido a sua capacidade de saber organizar e sistematizar rotinas, legitimando a hierarquia e a disciplina presentes nas instituições públicas.

Da mesma forma que C6 em sua fala ratifica características dos enfermeiros que os favorecem a assumir o cargo de coordenador

*E também eu acho que o que influencia muito é a questão do profissional enfermeiro, ele nesta questão da gerência frente a equipes de PSF influencia muito. Porque se a gente já coordena uma equipe de PSF, então a chance de você dá certo coordenando varias equipes é maior do que outro profissional que não tenha esta mesma responsabilidade. Existe também a questão da identificação da profissão com o PSF. Pois é o que eu estou te falando, se lá o enfermeiro já tem que desenvolver esta parte gerencial da sua equipe em si, ele vindo para o município para gerenciar várias equipes as chances de dá certo é muito maior. C6*

O fato do mesmo já estar preparado para coordenar ou gerenciar uma equipe de SF e já conhecer esta funcionalidade são consideradas características que favorecem este profissional a assumir e se identificar com a coordenação no âmbito municipal.

Desse modo, pela análise da trajetória profissional dos coordenadores municipais entende-se que são profissionais que possuem uma identificação histórica com a atenção primária e a estratégia de saúde da família, influenciadas tanto por sua formação profissional como pelas experiências de trabalho junto às organizações de saúde de seus municípios. De acordo com Alves, Penna e Brito (2007), a identificação do gerente com a instituição onde trabalha é um importante alicerce de lealdade organizativa, que faz com que suas decisões sejam coerentes com os objetivos da instituição, implicando em uma relação fundamentada tanto pela identidade como pela cultura organizacional, reforçada pelo sentimento de pertença do coordenador como um aspecto decisivo em suas práticas cotidianas.

#### 4.2- CARACTERÍSTICAS DA COORDENAÇÃO MUNICIPAL

As características que descrevem o trabalho dos coordenadores envolvem as atividades desenvolvidas e suas implicações junto às equipes de SF e da gestão municipal:

*Eu sou um elo de ligação entre os profissionais, o gestor municipal e o prefeito, acreditando e mostrando os resultados através dos indicadores. C2*

*Eu me identifico como sendo uma pessoa, uma profissional que vai realmente intermediar as ações, as reivindicações e os anseios de todos os profissionais do PSF frente ao gestor municipal de saúde e ao prefeito. Não só ta trazendo estas reivindicações e anseios para o gestor, como de está levando pro PSF também, está colocando pras equipes, cobrando das equipes para que elas possam estar cumprindo as metas e todos os programas que o Ministério nos impõe a está realizando no município. Então, eu me vejo como uma coordenadora, como a pessoa que vai intermediar as ações que o Ministério cobra frente às equipes, e ao mesmo tempo, trazendo das equipes para o secretário, os anseios deles, e tudo aquilo que a gente possa melhorar não só em termos profissionais, financeiros, estrutura física e tudo mais. É um elo entre o gestor, a administração e eles. Eu me sinto como uma referência pra eles, pra qualquer problema, qualquer dúvida, administrativa, tecnicamente, todos os aspectos, até pra resolver problemas pessoais. Então a gente acaba sendo um intermediador em várias ações e vários aspectos. C6*

Os coordenadores são o “elo”, ou seja, interligam e mediam relações e possibilitam a vinculação de todos os atores e/ ou setores envolvidos na funcionalidade da ESF no município, desde os profissionais de saúde, executores das atividades assistenciais, ao Secretário de Saúde e o prefeito, dirigentes das políticas municipais. Neste papel, por um lado o coordenador representa, junto às equipes, a política de saúde do município através do repasse de serviços, supervisão da execução destes, mostrando os seus resultados. Por outro lado, este se põe como representante dos trabalhadores ao repassar aos dirigentes, sobretudo, cobranças a respeito das condições de trabalho.

Contudo, vale destacar a fala acima na qual o coordenador reconhece seu papel como interlocutor das ações que são propostas ou “impostas” pelas esferas de governo estadual e federal, como o profissional que tem a função de viabilizá-las no município, possivelmente planejando o que vai ser implantado, como, também, avaliando junto às equipes os resultados dessas ações. Se por um lado ressalta-se nesse relato a persistência do que Franco e Merhy (2006) consideram “o tradicional centralismo das políticas de saúde no Brasil” do qual o Ministério da Saúde, ainda, é o regulador dos modos de se fazer a ESF, por outro, ressalta também o papel gerencial do coordenador, que vem ao encontro da posição de Merhy (1997), ao considerar o processo de trabalho da gerência de serviços de saúde como um instrumento capaz de efetivar políticas públicas. Além de que, mostra, também, a capacidade para resolução de problemas, até mesmo de ordem pessoal, daqueles

que estão sob sua coordenação, ressaltando que suas atividades ultrapassam as questões técnicas exigidas para o desenvolvimento de seu trabalho.

Ao assumirem esta posição entre os trabalhadores e a gestão municipal, os coordenadores desenvolvem uma série de funções que possibilitam a articulação do trabalho das equipes.

*Eu me vejo no papel de facilitador, na função de planejar, organizar e orientar, reorientar as práticas de trabalho, juntamente com as equipes de PSF, não na função de cobrar, mas sim na função de supervisionar, tendo autonomia na tomada de decisões, o que eu acho importante. C1*

*Para as equipes eu vejo o coordenador como um alicerce, é uma pessoa que as equipes podem se apoiar. Seria uma referência realmente para as equipes. Mesmo porque se você assume este papel e é uma referência para eles, eu acho que eles se sentem mais seguros, tanto nas ações quanto nas atitudes e tudo mais. Eu acho que o meu papel aqui é de realmente colocar estas ações para caminhar e sem isso, eu acho que não desenvolveria. C6*

As falas destacam os coordenadores como referência técnica e política para as equipes tanto para a organização das atividades de assistência, como para o enfrentamento de dificuldades inerentes a esta. Eles planejam e organizam as ações e supervisionam as equipes, enquanto facilitadores das ações em saúde à população assistida, o que implica no provimento de apoio e segurança para as equipes trabalharem.

De acordo com o observado junto aos coordenadores, estes, no desempenho destas atividades, fazem uso de um conjunto de estratégias de trabalho comuns nos municípios estudados, porém com diferentes abordagens, como a supervisão das equipes, reuniões, escuta de reclamações dos usuários, dentre outras. Em meio a essas, a mais frequente é a supervisão das equipes nas unidades de saúde. Os relatos mostram como esta supervisão é desenvolvida.

Destaca-se a forma como a supervisão da equipes é realizada:

*Meu contato com eles é o seguinte, eles sabem o meu horário de trabalho e está sempre aberto pra eles me acessarem, e quando questionada eu vou até eles. Vou até as equipes quando tem algum problema e quanto tem algum serviço pra passar. C2*

*Mas acontece assim, aparece algum problema com eles lá, aí a enfermeira liga e passa, ai se necessário, a gente ta indo lá. Sempre quando tem um problema, quando a gente é solicitado a gente está indo. A gente não faz aquela supervisão direta, e isso acontece mais mesmo por causa da sobrecarga de trabalho. C5*

*Com as equipes eu procuro fazer este contato sempre semanal também. Aí é mais uma supervisão, a gente vai ver como está sendo desenvolvido realmente o trabalho deles, orientar ali no local de trabalho. C6*

Assim, a supervisão ocorre por meio de visitas rotineiras, previamente programadas, nas quais se acompanha o andamento da assistência, identificam-se necessidades, realizam-se orientações em serviço, repassam-se novas programações ou atividades, dentre outras. Em outras situações, a visita é realizada quando há solicitação das equipes mediante alguma necessidade ou problema eminentes que necessitem da intervenção do coordenador.

De acordo com Reis (2001), são de longa data as discussões sobre como se deve realizar a supervisão do trabalho em saúde. Para o autor, a forma que vem atender às necessidades organizacionais dos serviços de saúde é a denominada supervisão moderna, que é associada a ações de controle e educação em serviço, com o objetivo de se buscar junto ao supervisionado soluções para os problemas. Deve ser sistemática, planejada e aceita como necessária pelos supervisionados, assim, sendo exercida com características de cooperação no trabalho coletivo, promovendo o desenvolvimento individual e profissional.

Para Reis e Hortale (2004), a necessidade de um redirecionamento do processo de trabalho dos profissionais das equipes de SF, frente às novas competências que lhes são exigidas para a reafirmação dos princípios do SUS, põe em discussão a formação e a gestão desses trabalhadores. Há necessidade de se redirecionar a formação desses profissionais de saúde diante das práticas de saúde atuais. Para tal, os autores apontam que este é um papel que cabe ao gerente assumir, tendo como instrumento a supervisão do trabalho. Supervisão, na sua concepção moderna, enquanto instrumento gerencial e técnico-pedagógico que atue como instrumento de reflexão, mudanças e transformação, que se constitua em um instrumento catalisador dessas transformações realizando-se a prática da ação-reflexão.

Nessa perspectiva, observa-se, pelos relatos que há, aqueles que supervisionam à distância, impossibilitando de certa maneira o caráter técnico-pedagógico proposto acima com vistas a mudanças necessárias. Porém, esse distanciamento não deve ser visto apenas como uma limitação inerente ao coordenador, é importante que se considere a posição de Nunes (1986) que relata

que nenhum modelo de supervisão pode ser concebido sem que se considere como ideologicamente as instituições administram seus processos de trabalho, que, por sua vez, refletem a forma como a instituição e seus trabalhadores relacionam-se com sua clientela na prestação de serviços.

Outra atividade mencionada são as reuniões de trabalho com o Secretário de Saúde e outros setores da secretaria:

*Meu contato com o gestor acontece direto (frequente), porém é tudo informal. Vai acontecendo. C2*

*A gente está tendo reuniões todas às segundas feiras com todas as diretorias da secretaria de saúde pra está discutindo assuntos internos. A gente repassa a situação dos PSFs, discute projetos e escuta o secretário, ele gosta de controlar tudo que acontece. C4*

*Eu tenho um contato semanal com o secretário, é pra planejamento das ações. Alias não é pra planejar propriamente dito é pré resolver algumas questões, problemas. Não é periódico, é sempre quando aparece o problema, mas praticamente toda semana a gente tem contato. C6*

Pelos relatos, vê-se que as reuniões não obedecem a uma programação prévia, geralmente não são sistemáticas, e têm a finalidade de informar a situação das equipes ao gestor, discutir e deliberar sobre as situações que se apresentam, que geralmente buscam a resolução de problemas, apesar da afirmação anterior de que o coordenador teria “autonomia na tomada de decisão” (C1). Infere-se que esse pode ser um mecanismo para o secretário exercer controle sobre o trabalho do coordenador e das equipes de SF. Assim, vale destacar que a finalidade mais frequente dessas reuniões é a de resolução de problemas que surgem no cotidiano da ESF em detrimento àquelas de planejamentos das ações em saúde.

Observa-se que a postura de se trabalhar frente ao surgimento de problemas imediatistas, tão rotineiros na esfera da assistência, também é comum no setor administrativo, o que evidencia a ausência do planejamento de suas ações. Sobre a ausência de planejamento no gerenciamento de serviços de saúde Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) até consideram que seja possível fazê-lo, porém tal prática implica o uso ineficiente dos recursos e insumos disponíveis no sistema, ausência de uma visão que conduza o sistema ao desenvolvimento e fornecimento de uma assistência de qualidade. “É como dirigir sem saber para onde se quer ir. Isto é, simplesmente administrar o *status quo*.” Esta situação é que favorece deparar-se, no

cotidiano de trabalho, com expressões como: "apagar incêndios", "atender a demanda" e "gerar consultas".

Essa forma de trabalho tem como consequência o distanciamento da realidade do trabalho e produção de ações gerenciais e gestoras descontextualizadas e verticalizadas. Tais situações acontecem também em virtude de que os profissionais de saúde ressentem-se da ausência de conhecimentos administrativos, uma vez que sua formação é voltada para o cumprimento de tarefas específicas. Esses autores acrescentam que, mesmo que bons profissionais de saúde sejam designados para a função gerencial, a prática tem demonstrado que a falta de formação própria para a gerência tem implicado na ausência de atividades características dessa função, o que constitui um empecilho ao bom desempenho como dirigente.

As reuniões de trabalho também são realizadas entre os coordenadores e as equipes de SF.

*Temos reuniões de equipes mensais com as enfermeiras, se for necessário com todos os membros das equipes. Tenho reuniões com os ACSs todos os meses para treinamento e com todos os setores juntos se for necessário. Temos momentos específicos para planejamento, é sempre que necessário, não tem frequência pré- estabelecida. C1*

*A gente optou por não reunir com a equipe toda porque a gente tem a enfermeira da unidade como referência, né. Então eu repasso pra ela na segunda-feira e ela tem reunião na terça com a equipe, assim a gente acha que é mais tranquilo. C3*

*Os médicos normalmente não participam não, mais porque eles não se envolvem tanto com as questões da organização do PSF, isso é o enfermeiro que faz mesmo. Se fosse assim cada mês ia um diferente na reunião e acaba que ficava perdido. E tem também a questão do atendimento, o prefeito e a própria população não entendem que ele tem que sair treinar, pra ajudar a organizar o serviço, é complicado. C6*

As reuniões acontecem, usualmente, uma vez ao mês, com a finalidade de tratar de questões organizativas do trabalho na unidade, entretanto, no lugar de reunirem com a equipe, elas acontecem com as enfermeiras reconhecidas como a gerente da unidade de saúde, e, assim, referência da UBS e para o repasse das informações. Da mesma forma que se constata certa facilidade nessa reunião isolada, também é considerada improdutiva a reunião com a equipe propriamente dita, principalmente com a presença dos médicos que, "não se envolvem tanto com a organização do PSF", pois esses profissionais, de acordo com a população e

gestores municipais, devem preocupar-se com a clínica, ou seja, com atendimento direto aos usuários e não com a organização do serviço.

Capazzolo (2003) relata, em seu estudo sobre a atuação do médico na ESF, que o não envolvimento desse profissional com outras atividades da equipe de SF deve-se à não aderência ao tipo de assistência proposta pela estratégia, à sobrecarga quanto ao atendimento da demanda espontânea, perpetuando a assistência curativa - individualista.

Reforça-se, portanto, uma aproximação dos coordenadores, que no presente estudo são, em sua maioria, enfermeiros, com profissionais que têm a mesma formação, ou seja, outros profissionais enfermeiros. Pelos relatos, constata-se um maior comprometimento desses profissionais com as questões organizativas da equipe de saúde e por uma maior facilidade de diálogo e de interação. Dessa forma, observa-se a ausência da participação dos demais trabalhadores na organização e planejamento das ações em saúde. Faria (2003) chama a atenção para a necessidade da gestão colegiada do trabalho, na qual todos os trabalhadores são envolvidos nas atividades organizacionais, aumentando-se o grau de responsabilidade desses trabalhadores em relação a seu próprio trabalho, pois todas as dificuldades, problemas e sucessos serão compartilhados com todos, o que no presente caso não se configura como estratégia gerencial.

Outras atividades, citadas pelos coordenadores, são “a construção de projetos para novas equipes, mobilização de materiais e insumos (C4, C5 e C6), controle de projetos e programas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, dentre esses a implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) (C1, C5 e C6), o controle de produção do Sistema de Informação da Atenção Primária (SIAB), (C1)” e articulação com outros setores da administração pública:

*Meu trabalho é o recrutamento de recursos humanos, requisição de materiais, previsão de materiais, e outras funções administrativas que cabem ao coordenador. C1*

*E tem também o controle destes profissionais, pois a gente não tem aqui um setor pessoal aqui dentro da secretaria e quem coordena e controla tudo isso aqui sou eu. Então é funcionário que está afastado, é funcionário que tá de férias, então todo o remanejamento e toda a estruturação em termos de pessoal sou eu que faço. C6*

Percebe-se que os coordenadores desempenham funções relativas ao recrutamento, seleção e contratação de pessoal, controle disciplinar e de férias, reposição e remanejamento de pessoal. Essas são atividades que os coordenadores assumem pela inexistência de um departamento que seja responsável por essas questões de pessoal na Secretaria de Saúde.

Junqueira (1990) e Lacombe e Tonelli (2001) consideram que a gestão de pessoas é uma atividade de responsabilidade da instituição empregadora e nesta, cabe ao gerente, ser responsável por coordenar os processos relacionados à contratação, treinamento, avaliação, entre outras que influenciem na eficácia dos funcionários e das organizações.

É fato que, com o processo de municipalização das ações de saúde, cresce a necessidade de se aprofundarem os debates sobre as questões relativas à gestão de pessoas, sobretudo àquelas relacionadas com a organização do trabalho. A modernização dos instrumentos de gerência de pessoal passa a ocupar lugar de destaque na agenda de necessidades dos gestores do setor saúde, indo além da execução de medidas que visem ao controle dos trabalhadores e sim, que promovam seu desenvolvimento e compromisso com os objetivos do trabalho (Castro, 1999), e, pode-se inferir que tal responsabilidade deve ser mesmo do gerente que está mais próximo do serviço, que é quem conhece as necessidades para melhor desenvolvimento da ESF, no caso o coordenador.

Para Dutra (2006), um modelo de gestão de pessoas deve ser composto de quatro premissas: a primeira, com foco no desenvolvimento de pessoas, estimulando as sugestões e opiniões, buscando a melhoria nos processos de trabalho; a segunda deve pensar o processo, buscando flexibilidade, construção de visão comum da realidade e não apenas os instrumentos; a terceira objetiva o interesse em comum das pessoas e da organização, em que as atividades são dinâmicas e produtivas, indo além de interesses unilaterais somente da organização; por fim, a quarta busca estratégias de integração entre todos os processos, propondo metas objetivas e compartilhadas visando, no caso, à saúde da população.

Sendo assim, constata-se nos discursos a necessidade da melhoria da qualificação dos profissionais das equipes:

*... função de promover a educação permanente para os profissionais, tanto de nível superior como de nível médio e entra o agente comunitário, que é um agente que até então não tem uma profissionalização, como um agente que possa fortalecer a atenção primária do município com propósito de melhorar os indicadores de saúde do município. C1*

*... com a questão do Plano Diretor, ele está começando nortear muito pra isso também, a gente tendo a padronização das ações, tendo os protocolos, a gente tendo uma linha mais definida pra seguir fica mais fácil pra gente trabalhar. A questão da melhor qualificação, da educação continuada, a questão plano de cargo, carreira e salário, não só para o enfermeiro, mas para a equipe toda, uma avaliação também da assistência prestada. Então você tem que ter alguém pra estar agilizando e pontuando isso. C4*

Ressalta-se a importância de se buscar, continuamente, a melhoria da qualificação e capacitação dos trabalhadores de qualquer nível que integram as equipes de SF, e é reconhecida a necessidade da educação permanente como meio para viabilizar isso. Essa proposta parece estar assegurada pelo Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), que está sendo implantado em vários municípios. Porém, vale a pena mencionar que o PDAPS é uma estratégia do governo do Estado de Minas Gerais de implantação de um projeto estruturante da ESF, que visa, em parceria com o Ministério e Secretarias Municipais de Saúde, reestruturar a Atenção Primária no Estado. Embora sua operacionalização envolva um conjunto de ações integradas, por meio de oficinas educativas e práticas realizadas junto aos profissionais e aos gestores de saúde, esta não substitui a educação permanente necessária para as equipes de profissionais de saúde. (MINAS GERAIS, 2008)

Para Franco (2007), os processos de mudança que se fazem necessários ao SUS, especialmente nas formas de produção do cuidado, com base na reorganização do processo de trabalho, devem ter a educação permanente dos trabalhadores da saúde como uma metodologia eficaz para agregar novos conhecimentos às equipes e torná-las protagonistas dos processos produtivos na saúde.

Merhy (2005) afirma que as melhorias que se fazem necessárias na produção de saúde não são possíveis apenas mediante cursos compensatórios, por mais que treinamentos pontuais sejam necessários. Há a necessidade de se repensar em uma nova pedagogia, que integre a educação continuada e o trabalho em saúde, que um possa produzir o outro, com efeitos fundamentais tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito

ético-político produtor de cuidado, que impacte no modo de viver de um outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo). Tem que tornar o trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, capaz de produzir transformações da sua prática que impliquem na capacidade de problematizar a si mesmo no seu agir, ou seja, trabalhadores capazes de produzirem sua auto-interrogação no agir enquanto produtores do cuidado.

Destaca-se, também, uma relação com a população:

*Eu trabalho muito escutando reclamação de usuário. O usuário busca muito a coordenação de PSF pra resolver o problema dele. C3*

*Recebo reclamação da população também. Eles sempre me procuram pra isso. C5*

Os coordenadores são referências para reclamações da população sobre a assistência recebida pelas equipes. Trata-se de um serviço que favorece a existência do controle social nos serviços de saúde, que é um dos princípios organizativos do SUS. De acordo com Campos (2003), quando o usuário tem um profissional ou uma equipe de referência para se dirigir frente a suas demandas, facilita a criação de vínculo e estimula a responsabilização desses profissionais. Acrescenta, ainda, que é muito mais difícil tratar burocraticamente alguém que se conhece do que alguém que nunca vimos. O que significa a criação de novos padrões de contratualidade entre o usuário e o serviço de saúde.

Pelas inúmeras atividades descritas pelos entrevistados, é necessário refletir sobre possíveis mudanças nas características da coordenação de saúde municipal relacionadas ao suprimento daquilo que autores como Silva (2001), Trad e Silva (2005), Ermel e Fracolli (2003), entre outros, chamam de carência de demanda gerencial dos municípios, conseqüente à municipalização dos serviços de saúde. Além disso, dada a complexidade do trabalho cotidiano dos coordenadores, torna-se necessário refletir sobre as reais condições que este vem sendo desempenhado e suas implicações.

#### 4.3. ENFRENTAMENTO DAS SITUAÇÕES DO TRABALHO COTIDIANO

Dentre a variabilidade e a complexidade das atividades desenvolvidas pelos coordenadores, fica evidente a importância desse profissional no cenário municipal,

porém, a realização das mesmas não são isentas de fatores que influenciam o seu desenvolvimento, tais como a sobrecarga de responsabilidades que lhe são atribuídas, tanto por demandas originadas do contexto interno dos próprios municípios, como as do contexto externo, advindas das políticas de saúde dos governos estadual e federal.

Sobre as demandas originadas no município, é importante atentar para o número de equipes que ficam sobre sua responsabilidade.

*Agora a dificuldade mesmo é por ser muito serviço, é muita gente pra trabalhar e a gente acaba não dando conta. Agora te dizer que eu estou cem por cento satisfeita com a coordenação, com que eu faço, eu não to. Porque eu sempre acho que tem algo a fazer, sempre tem mais o que fazer. Nunca a gente consegue atingir todo mundo. Ainda mais que eu trabalho com quase duzentos profissionais, uns interpretam de uma forma outros de outra, então acaba que a gente fica um pouco frustrada com a coordenação por ter muito atrito, muito conflito de idéias dentro da equipe (dentre as equipes de PSF). Um acha que é assim, outro que é de outra forma, acaba que tem muito conflito. Eu tenho 16 equipes, então é bem conflitante. Mas eu acho que é assim, a gente tenta fazer o melhor possível, agora se é feito, sinceramente eu acho que não. Eu acho que fica a desejar, fica uma partezinha sem fazer. O próprio secretário sabe disso. O que acontece é isso, e a gente faz bem apenas o que a gente dá conta. C3*

*A gente percebe que a gente está com uma sobrecarga de serviço e de responsabilidade muito grande e a cada dia que passa ela está aumentando muito mais também, né. C4*

As falas mostram um excesso de serviço do coordenador advindo do grande número de equipes sob sua supervisão, o que causa sentimentos de insatisfação e frustração, pois se tem a impressão de não estar conseguindo desenvolver de forma eficiente sua gestão frente às equipes, o que é motivo de atrito e conflitos entre os trabalhadores, pelas inúmeras interpretações sobre a forma de implementação da proposta da estratégia, o que é coadunado pelo Secretário de Saúde.

Tal situação parece ser realidade nos outros municípios estudados, tendo em vista o número de equipes e de profissionais sob o comando do coordenador, que, com exceção de dois, gerenciam cinco e sete equipes, respectivamente, os outros variam de doze a dezessete equipes e apenas um município conta com dois coordenadores, como pode ser observado no Quadro 1, apresentado anteriormente. Fato é que a Deliberação 340 da CIB-MG estabelece apenas o número mínimo de três equipes para cada coordenador, assim, à medida que cresce o número de equipes nos municípios, aumentam também as demandas dos coordenadores.

Entretanto, o trabalho de gerência em saúde não está isento de conflitos, de acordo com Merhy (1999), a busca de novos paradigmas gerenciais, de forma a transformar os modos de se produzirem políticas públicas de saúde no país, enfrenta inúmeros desafios, dentre eles a possibilidade de se atuar em um terreno de políticas e organizações fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas, bem estruturadas histórica e socialmente, como nos modelos médicos e sanitários de intervenção em saúde. A isso se acrescentam os desafios relacionados às devidas condições de trabalho associadas à carência de recursos, relações interpessoais tensas e conflituosas, sobrecarga de tarefas, indefinição clara de papéis, objetivos institucionais não condizentes com as políticas de saúde e outras. Esse contexto faz com que as organizações de saúde tornem-se lugares de instabilidades e incertezas permanentes, onde as situações de conflito tornam-se presentes.

Para Cecílio (2005), o conflito no contexto dos serviços de saúde é entendido como

o que escapa, o que se apresenta, o que denuncia, o que invade a agenda de quem faz a gestão, o que incomoda. São os comportamentos observáveis que exigem tomadas de providências. (Cecílio, 2005 p.510)

Ou seja, faz-se necessário que a gestão do serviço de saúde se estruture de forma a atuar à frente não só dos conflitos, mas como das situações que estão relacionadas a seu surgimento. (MERHY, 1999; CECÍLIO, 2005; CIAPONE e KUCGANT, 2005).

Porém, a forma como a organização e, sobretudo, o gerente entendem o conflito é determinante no modo como o mesmo pode ser administrado. As concepções das teorias Clássica, Científica e Burocrática da administração sempre conceberam os conflitos como atributos negativos e patológicos do trabalho, devendo ser suprimidos, evitados e, até, encobertos, o que está presente até hoje nas organizações. Já, a concepção contemporânea, influenciada pelas novas formas de organização do trabalho, entende o conflito como algo inerente às organizações que deve ser explicitado e discutido de modo transparente, principalmente através da negociação. Essa forma possibilitará não só otimizar o processo de trabalho como reduzir os efeitos negativos dos conflitos. (CIAPONE e KUCGANT, 2005)

Assim, os mesmos autores ainda apontam não só para a necessidade de os gerentes serem dotados de habilidades e competências para lidar com as situações de conflito, como também a necessidade de mudança das concepções do conflito no âmbito gerencial e da organização. Além disso, preconiza-se a organização do trabalho centrada na concepção estratégica do planejamento com o comprometimento dos diversos atores envolvidos no trabalho propiciando a construção da interdisciplinaridade na abordagem dos problemas.

Já Cecílio (2005) afirma que usar o conflito como matéria-prima para a gestão vai depender da capacidade dos coletivos viabilizarem novos arranjos e contratualidades, sempre precários e contingentes, disparadores de novos conflitos, ou tornar esses observáveis, visíveis, abertos, pois, os conflitos que ficam encobertos, rechaçados das pautas de decisão, perpetuam relações de injustiça e iniquidade, que são parte do mal-estar da organização.

A realidade local também se apresenta como causadora de dificuldades:

*As dificuldades são relacionadas ao próprio município, as questões políticas, a gente ter que resolver problemas de outros setores, além do nosso. É difícil! Às vezes também o que é certo nem sempre é o que o município quer fazer, pois tem as questões políticas, né. C5.*

*Ah! Tem as dificuldades locais, aqui é um lugar longe dos grandes centros, então é difícil contratar profissionais, no caso, médicos. Tem as questões políticas, pois às vezes a gente tem que favorecer algum aliado do prefeito e do secretário. E tem também a questão do atendimento do médico, que o prefeito e a própria população não entendem que ele (o médico) tem que sair treinar, pra ajudar a organizar o serviço, é complicado. C6*

Assim, alguns elementos externos ao processo de trabalho são indicados como dificultadores pelos coordenadores, relacionados com problemas de outros setores, a distância de grandes centros, questões políticas que perpassam pela prática histórica de favorecimentos de aliados de gestores, além de serem acontecimentos que parece ocorrerem com frequência no seu dia-a-dia, sugerem causar certo incômodo e eles sentem-se impotentes frente aos mesmos.

A questão da distância prejudica a contratação de profissionais, principalmente em relação aos médicos, pois, geralmente, cidades de pequeno porte não apresentam atrativos para os mesmos, e, além disso, quando contratados têm no atendimento clínico sua principal função, sendo incompreensível, por parte tanto

dos gestores, quanto da população, a necessidade de treinamento em atividades de organização e planejamento das ações em saúde.

Aliadas a isso, há outras dificuldades relacionadas a esse profissional:

*Eu me esbarro na formação do profissional médico, pois na parte preventiva, de promoção a saúde, eu posso falar que eu não vejo no nosso PSF, nós deixamos muito a desejar. Uma parte pelo profissional médico e outra pela cultura da população que só quer a parte curativa. Ela quer a presença do médico. E é complicado está implantando e implementando estas mudanças por causa da cultura e da formação do profissional médico. E a valorização do profissional também (falando do médico). Pois aqui na cidade ele não é valorizado e ele ganha pouco e fica pouco tempo lá (na equipe de SF). (o médico tem um salário muito inferior ao pago nas demais cidades da região). Aí a gente fica muito amarrada em estar cobrando horário do profissional médico, pois se eu vou a uma unidade e ele não está! Porque ele assina um contrato de oito horas, fica difícil eu está tomando uma atitude, eu não tenho forças, mesmo porque se for pra ter uma atitude radical eu não vou encontrar outro profissional na área, fica difícil substituí-lo. Então a gente fica muito aquém por conta disso. C2*

*Os médicos normalmente não participam não, mais porque eles não se envolvem tanto com as questões da organização do PSF, e aqui a gente até tem alguns que são bons, que são do município, mas eles só querem atender e sair, fora que eles mudam muito. Às vezes também é assim, médico é complicado, uma vez a gente teve um aqui que não queria cumprir o horário, nenhum deles cumprem, ne. Mas este faltava, era muito mal educado com população e eu já tinha falado com ele muitas vezes, cheguei até a mandar embora, mas depois veio o prefeito e pediu pra rever e tal, acabou que eu que fiquei mal, ainda bem que depois ele foi embora. Eles não tem compromisso. Tem também a questão do vínculo de trabalho aqui, que é através de firma que ninguém quer vir trabalhar, então acaba que a gente tem que aceitar os que vêm. C6*

Pelos relatos, além das dificuldades relacionadas à contratação e interferência política no trabalho dos médicos, somam-se questões relativas a sua formação e à capacidade de se envolverem com as ações de prevenção e promoção no contexto do ESF.

Este discurso apresentado, referente à formação médica, vai ao encontro de estudos que chamam a atenção para as disparidades entre o perfil de formação apresentado pelos médicos e o necessário para atender não só as necessidades de saúde da população, como, também, para a efetivação dos princípios do SUS. Os estudos apontam que sua formação, ainda, é centrada na visão biologicista, que pouco considera a relação médico-paciente, centra a assistência no uso de meios terapêuticos de alto custo e não investe na autonomia do usuário. (ROMANO, 2007), (CIUFFO e RIBEIRO, 2008)

Brasil (2007 p.6) estabelece que, na assistência a ser oferecida no contexto da estratégia de saúde da família, o médico deve

estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade. (BRASIL, 2007 p.6)

Outros estudos mostram que, além da formação médica, outros fatores contribuem para seu baixo desempenho e sua alta rotatividade na atenção primária, como a organização dos serviços de saúde. Nessa, os mesmos apontam para as condições precárias de trabalho relacionadas ao ambiente físico, carência de recursos de apoio diagnóstico, instrumentos materiais, insumos, segurança, a desorganização das demandas, a ausência ou não garantia de referência e contra-referência nos serviços, vínculos empregatícios frágeis, insatisfação no trabalho e a distância de grandes centros que dificultam a necessidade de cursar a residência médica. (CAPAZZOLO, 2003; MARCIEL FILHO E PIERANTONI, 2004; CAMPOS, 2005; ROMANO, 2008.)

Desta forma, constata-se que as questões políticas do município mencionadas, externas à própria coordenação e à inserção do médico na ESF apresentam-se como dificuldades que limitam a autonomia dos coordenadores. Tais situações obrigam-lhes tomarem atitudes alheias à forma como gostariam de agir, sob o risco de ficarem sem o profissional nas unidades, o que parece ser pior.

Embora essas questões apontem para a limitação da autonomia dos coordenadores, em outras situações esta se torna importante instrumento de atuação no município:

*Eu acho que o coordenador municipal, ele tem uma ferramenta muito importante que é a autonomia que ele tem junto ao município, junto ao gestor, né, ele funciona como facilitador das políticas públicas do município, atuando tanto dentro da equipe, como na comunidade, participando a nível de conselho municipal de saúde e junto as políticas estaduais e federais. Eu me vejo no papel de facilitador, na função de planejar organizar e orientar, reorientar as práticas de trabalho, juntamente com as equipes de PSF, não na função de cobrar, mas sim na função de supervisionar, tendo autonomia na tomada de decisões, o que eu acho importante. Meu trabalho é pautado no respeito, tanto a nível de gestor, como a nível de prefeito, onde é esta autonomia é dada para a tomada de decisão fazer as funções administrativas que cabem ao coordenador. C1*

*Acho que a facilidade tem muito a ver com a autonomia que o secretário dá, sem ela não funciona e também acaba que com o tempo a gente vai aprendendo mais. O secretário daqui gosta de trabalhar com tudo de forma técnica e ele dá total autonomia para os profissionais que ele designou pra fazer aquela determinada função, pra ta resolvendo tudo e ta comunicando pra ele. Então na hora que a*

*gente chega pra ele e fala que vai ser assim, assim, assim. Ele fala: esta é a forma técnica, esta é a forma correta, então, ele confia muito na gente. Então acaba que todo o gerenciamento da atenção básica é minha responsabilidade e não faço não é o que eu quero, mais o que é propício naquela hora. Então tenho autonomia pra ta resolvendo tudo. C3*

*Aqui no município, o secretario realmente dá autonomia para o coordenador e isso é muito bom porque a gente pode está realmente desenvolvendo as ações que se fazem necessárias frente às equipes. C6*

A autonomia conquistada junto ao Secretário de Saúde é fator determinante para o desempenho das atividades e responsabilidades que lhes são conferidas. Os coordenadores entendem essa autonomia como a liberdade para a tomada de decisões frente às circunstâncias diárias do trabalho que envolve a determinação de ações que favoreçam o alcance de seus objetivos em manter e ou organizar o trabalho nas equipes de SF. Esse entendimento vai ao encontro da posição de Mishima, citado por Vanderlei (2005), que pressupõe a autonomia como o desenvolvimento da capacidade do gerente de identificar adversidades em sua área de atuação e ter o poder de decisão para intervir de forma a atender as situações que se apresentam, sendo necessário, para desempenhá-la, saber decidir, poder decidir e querer decidir.

Tal autonomia, segundo os discursos do presente trabalho, está relacionada à relação de confiança existente entre o Secretário de Saúde e o coordenador, pautada muitas vezes no conhecimento técnico em saúde deste, demonstrada no desenvolvimento do trabalho diário, fato que se torna mais evidente, principalmente, naqueles municípios onde o Secretário de Saúde não tem a formação acadêmica na área de saúde.

Porém, essa mesma autonomia reconhecida por uns como facilitadora frente a algumas situações, em outros momentos, e para outros, é, contrariamente, indicada como fator limitante:

*Não considero que eu tenha autonomia aqui, tudo tem que passar pelo secretário, eu apenas mobilizo e é ele que decide. Na verdade é coordenar sem ter poder, é complicado. A minha autoconfiança é que às vezes eu posso convencer o secretário, agora liberdade para decidir não. A gente assume uma função de frente sem poder decidir, isso é o pior. Fica a desejar. A gente tem o título de coordenadora, mas não faz a coordenação, eu só intermedeio tudo aquilo o que o gestor não faz, é complicado! Os profissionais me respeitam porque eles sabem do meu poder de convencimento sobre o secretário, o que eu falar!? C2*

*A gente não pode decidir nada sem falar com o secretário, a gente fica parecendo garoto de recado. C5*

*Eu tenho um contato semanal com o secretário, é pra planejamento das ações. Alias não é pra planejar propriamente dito é pré resolver algumas questões, problemas, porque às vezes, é ele enquanto gestor que tem que dar a palavra final. C6*

Assim, no processo decisório, a palavra final é do Secretário de Saúde, cabendo ao coordenador a função de mobilizar as demandas e encaminhá-las. Tais situações causam certa insatisfação pois, assumem o cargo, mas, apesar do poder de convencimento, não detêm o poder de decisão. Reconhecem, portanto, o cargo que assumiram, mas sentem-se, enquanto intermediários, em situação desprivilegiada, como “garoto de recado”, algo muito aquém da função pela qual foram contratados.

Nesse sentido Cecílio (1999) aponta a existência de dois pontos que tornam problemática a utilização da autonomia nos serviços de saúde

a) a autogestão nasceu como uma concepção de gestão social ou da visão da sociedade auto-gestionária – inicialmente nas teorias anarquistas e depois em várias teorias socialistas. A sua utilização na teoria gerencial é um necessário deslocamento do macro para o micro, que pode resultar no comprometimento da radicalidade das formulações originais à medida que reconhece-se que não há autonomia isolada em uma empresa se não for articulada com feixes de autonomias, que atravessam toda a sociedade. Basta pensar na atual tendência de heteronomia na nossa sociedade para pensar o quanto fica contra-hegemônica a idéia de se trabalhar a autonomia no espaço mais micro. O quanto ela pode ser de difícil compreensão, mesmo enquanto proposta, para os trabalhadores; b) a autonomia, na sua significação precisa, não poderia ser praticada tanto nas empresas privadas como nas organizações governamentais, apenas nas organizações sociais exatamente pela presença do governo, com tudo o que isso significa na tradição pública no Brasil: ingerência política, clientelismo, interesses político-partidários externos à vida organizacional, etc. É inevitável, por definição, a heteronomia nas organizações governamentais. (CECÍLIO, 1999 p. 323)

Ainda se referindo às situações de dificuldade enfrentadas pelos coordenadores, os mesmos apontam aquelas advindas das tarefas atribuídas pelos governos estadual e federal:

*Nos é imposto uma tecnologia para o processo de trabalho organizacional, então, a tecnologia tem o lado positivo, o Plano Diretor e outros processos que a gente tem a nível Estadual e Federal, eles vem pra nortear o trabalho da atenção básica, mas as vezes eles pecam ao deixar de ver a realidade de cada município. Muitas das coisas são impostas e existe a realidade local que dificulta muito. C1*

*Tem também o Plano Diretor (PDAPS), a gente está fazendo esta mudança agora e a gente acaba tendo uma sobrecarga de serviço, a gente faz o máximo possível pra não está atropelando etapas, pra não está fazendo as coisas, a gente está preferindo fazer as coisas bem feitas, até porque são 17 equipes de PSF, então a gente tem que fazer bem pontuado, bem tranquilo, bem objetivo pra no futuro não gerar tanto problemas. Mas que causa certo transtorno causa, ainda mais agora neste final de mandato. C4*

Apesar de um discurso de descentralização do poder, municipalização, propostas do atual Sistema de Saúde, em que os municípios são responsáveis pelo planejamento das ações em saúde, diante do quadro demográfico – epidemiológico local, os níveis centrais – federal e estadual – parece, segundo os relatos, não atuarem pautados em uma estratégia de co-gestão. Os depoentes apontam que estas instâncias de governo desconsideram a realidade municipal ao imporem a todo o momento novos serviços, os quais o município se vê obrigado a cumprir, sob a pena da perda de recursos, como exemplo dessa situação, citam a implantação do PDAPS.

A complexidade institucional da conformação do SUS, composta pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, que são, ao mesmo tempo, autônomas e interdependentes, é apontada por trazer restrições que limitam a incorporação do planejamento na formulação de políticas de saúde, sobretudo no âmbito municipal, pela verticalização das políticas de saúde. (VILASBÔAS e PAIM, 2008)

O entendimento desta posição verticalizada dos governos estadual e federal se dá pela distribuição intergovernamental de funções. Nesta, o Ministério da Saúde está encarregado de financiar, formular e coordenar as políticas nacionais de saúde. Nesse caso, todas as políticas dos governos locais são fortemente dependentes de regras e recursos do Ministério, ou seja, este dispõe de recursos institucionais para influenciar as escolhas dos governos locais, afetando assim suas agendas de governo. Portanto, de forma a conseguir a adesão de estados e municípios, o Ministério condiciona suas transferências de recursos. O que acontece da mesma forma do Estado para os municípios. Essa é a condição que reduz as incertezas quanto ao fluxo das transferências, tornando possível que estas sejam efetivamente realizadas. (ARRETCHE, 2004)

Vilasbôas e Paim (2008) assinalam que, mesmo com o aumento da capacidade gerencial dos municípios, essa conformação das políticas de saúde somada à incapacidade dos municípios de institucionalizarem práticas estruturadas de planejamento de seu trabalho, são as responsáveis por fragilizarem suas capacidades de governo, na medida em que não sustentam ações sistemáticas de programação, monitoramento e avaliação das atividades realizadas.

Pode-se admitir que as práticas de planejamento agiriam sobre a organização das práticas de saúde de modo a torná-las coerentes com os princípios orientadores da ação institucional, contribuindo para a implementação das políticas de saúde nesse âmbito. (Vilasbôas e Paim, 2008 p.1240)

Apesar de ser unânime entre os coordenadores a percepção de sobrecarga de trabalho, pela imposição de trabalhos pelo Ministério e pela Secretaria Estadual, ressalta-se que eles também veem o lado positivo desta situação:

*Isso influi positivamente, pois é sinal que isso está crescendo que encontramos um caminho, serve de motivação, a gente saber que tudo não está parado e saber que tudo o que a gente faz vale a pena. São tarefas que sobrecarregam, sobrecarregam sim, mas tem coisas que não dá pra parar e pensar, você tem que fazer. Tem que ter alguém que toma frente e divida com os colegas. Serve também pra direcionar o nosso serviço. (referindo ao Plano Diretor) C5*

*A cada dia é mais responsabilidades que a gente tem enquanto coordenadora, devido aos vários programas e projetos que o Ministério e o Estado colocam e impõem propriamente dito aos municípios. E eu assim, não vejo que estes trabalhos que são colocados no dia-a-dia pra nós, que isso dificulta o trabalho do coordenador, mas ele faz com que o trabalho deste coordenador cresça a cada dia mais, porque com a criação destes projetos cada dia mais ele está tendo que ter uma interação melhor com as equipes, pois se não ele não consegue desenvolver estes projetos. C6*

A maioria, também, reconhece a importância do próprio PDAPS como instrumento que vem transformar positivamente as realidades municipais, isso por reconhecerem a necessidade de transformações e inserção de novas tecnologias que venham promover mudanças nos serviços de saúde municipais.

Nesse contexto, por serem os responsáveis por assumirem este processo, aqueles que conduzem, de certa maneira, a efetivação do trabalho das equipes de saúde da família, reconhecem esse cargo como uma oportunidade para sua valorização e crescimento profissional. No enfrentamento das adversidades, estão aprendendo e construindo, no cotidiano do trabalho em saúde, um perfil de coordenadores, com características próprias, por meio de uma trajetória individual, mas que estão delimitando, senão uma nova gerência, um cargo com características específicas e que pode, sobremaneira, ser um coadjuvante no fazer em saúde de cada município.

## **5. OUTROS OLHARES SOBRE O TRABALHO DO COORDENADOR**

Partindo do pressuposto de que a realização do trabalho em saúde é pautada nas relações interpessoais que qualquer profissional mantém em seu cotidiano, a

presente categoria apresenta o coordenador na perspectiva dos secretários de saúde em um primeiro momento, para depois apresentar na perspectiva de médicos e enfermeiros das equipes saúde da família.

## 5.1- NA PERSPECTIVA DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Pela análise dos dados advindos das entrevistas dos secretários de saúde, a indicação dos coordenadores justifica-se por vários aspectos, principalmente pela formação profissional, experiência técnica, conhecimentos e habilidades apresentadas:

*Minha coordenadora é uma enfermeira, pós-graduada, uma pessoa muito competente, que é professora na UNIPAC. Eu acho que pelo fato dela ser enfermeira, ela tem um relacionamento muito bom com os auxiliares de enfermagem e mesmo com os médicos. Eu acho que ela está no lugar certo, a coordenação deveria ser de uma enfermeira mesmo. Ela já foi enfermeira de PSF pra depois chegar na coordenação. S1*

*Ela tem já uma serie histórica na saúde pública, além disso, tem a sua formação acadêmica, é uma enfermeira que eu acho que é a formação propicia pra quem deva coordenar. Então eu a identifico pela serie histórica que ela tem na coordenação de programas e também na formação acadêmica dela. Ela já tinha experiência em outras localidades de coordenação de PSF, antes de vir pra cá, a convite nosso e trouxe toda essa bagagem de experiência. Ela já está participando há muito tempo de todas estas evoluções e estas mudanças que o Ministério da Saúde tem proposto para o PSF. O fato dela já ter trabalhado no PSF foi preponderante. S3*

*A profissional é uma enfermeira, se chama [...], ela está no cargo há mais ou menos uns dez anos, é uma profissional de qualidade, de responsabilidade e que está sempre buscando crescer com seus conhecimentos na área de saúde e mais especificamente dentro do PSF. Uma pessoa que não é natural de [o município], mas que abraçou a causa de [o município], veio para trabalhar no PSF e dado o seu potencial foi designada a ser coordenadora de todas as unidades de saúde do município. Dada a desenvoltura dela e sua aptidão também pra coordenar. Porque tem gente que não tem aptidão para coordenar. Aí ela demonstrou isso e a gente percebendo essa capacidade dela, então foi designada como coordenadora. S6*

Para ocuparem o cargo levaram-se em consideração aspectos como a experiência prévia dos profissionais, tanto na ESF como no próprio município, valorizando o histórico do desempenho e o conhecimento prévio da organização do sistema de saúde, como também, a qualificação dos coordenadores pelas suas formações complementares ligadas à saúde pública e pelas formações profissionais. Vale enfatizar certa preferência pelo profissional enfermeiro que, na opinião dos gestores, possui a formação ideal para assumir essa função, justificada por terem uma visão mais ampla do serviço de saúde, melhor entendimento dos programas

que são repassados pelas instâncias Federal e Estadual, além da capacidade de manterem um bom relacionamento com as equipes de SF.

Esta posição dos gestores sobre o profissional enfermeiro em cargos gerenciais vai ao encontro de Brito (2004) em seu estudo sobre gerentes enfermeiras de hospitais privados, ao afirmar que

atualmente a função gerencial vem sendo assumida por esse profissional de forma mais consciente, havendo maior clareza das suas reais atribuições e da realidade de trabalho a ser enfrentada no exercício da função. Além disso, os dirigentes das organizações reconhecem que a participação da enfermeira em cargos de gerência decorre de seu bom nível de conhecimentos relativo à operacionalização da prestação do cuidado ao cliente, à capacitação na área administrativa, decorrente da composição do conteúdo programático dos cursos de graduação em Enfermagem e de cursos específicos e adicionais sobre gestão, e à habilidade pessoal de coordenar o trabalho dos membros da equipe multiprofissional e de relacionar-se com a clientela. (Brito, 2004 p.104)

Os secretários, também, justificam o porquê não indicariam outros profissionais para a função de coordenador, dentre eles os médicos

*... eu, se tivesse que colocar um médico na coordenação eu não colocaria. Por quê? Eu acho que a [coordenadora] enquanto enfermeira, ela entra de cabeça no que faz e eu não enxergo este tipo de perfil em outro profissional. Não tem como você funcionar sem isso. E eu vou te falar, tem que ser enfermeiro mesmo, não pode ser médico não. O médico não tem o compromisso que o enfermeiro tem de levar isso pra frente. E a própria formação dele dá essa visão grande do sistema, e tem que entender, ter que ser um pouco de psicólogo também, conhecer os vários programas, saber levar sem entrar em atrito. Quanto a isso a [coordenadora] tem meu total prestígio. S1*

*O médico, ele não tem uma visão administrativa da unidade de saúde, ele tem uma visão clínica, então já tendo a coordenadora, especificamente na área de enfermagem, o olho crítico e administrativo dela dentro da unidade é muito maior. S6*

Reafirmam, portanto, na prática, o que Gariglio e Radicchi (2008) apontam como o problema do trabalho do médico nos serviços públicos de saúde, que tem a ver como este se comporta ou se insere nesse processo de trabalho. Os mesmos afirmam que o arquétipo do médico de hoje tem sido construído em pilares de correntes filosóficas que formataram a medicina nos paradigmas da clínica, da formação acadêmica, do entendimento do mercado como determinante de demandas de consumo e de produção em saúde, do corporativismo da classe médica como força importante na determinação de políticas sociais, principalmente as de assistência à saúde. Isso implica numa prática médica em que prevalece a visão biologicista da saúde e da doença dividindo o ser humano em sistemas funcionais, fragmentando cada vez mais a assistência à saúde ou à clínica. Esta

posição é antagônica às propostas da ESF, o que pode justificar a posição de alguns secretários de saúde sobre a não indicação de médicos para ocupar o cargo gerencial.

Sobre a preferência desses secretários sobre profissionais com formação em enfermagem para a ocupação de cargos gerenciais, é importante levar em consideração o estudo de Fernandes et al (2003) sobre a conduta gerencial da enfermeira. Neste, as autoras assinalam que, historicamente, esses profissionais têm adotado os princípios das escolas Clássica e Científica da Administração em sua prática, implicando na fragmentação das atividades desenvolvidas, impessoalidade nas relações, centralização do poder e a rígida hierarquia. Porém, as intensas transformações que estão ocorrendo na sociedade têm impulsionado as enfermeiras gerentes a buscarem novas alternativas para organizar o trabalho, como os relacionados aos conceitos de flexibilidade, redução da hierarquia, trabalho em equipe e descentralização das decisões, a satisfação de usuários e trabalhadores, bem como a produtividade e a responsabilidade compartilhada.

Para o trabalho que é exigido na ESF, além dessas importantes transformações que foram apontadas, Benito *et al* (2005) identificam conhecimentos que seriam necessários para desempenho da gerência da assistência na ESF, sendo esses sobre as políticas de saúde, os princípios da ESF, a missão e os objetivos da instituição de saúde, a área de abrangência da Unidade da Saúde da Família, o perfil epidemiológico da população de seu território, os sistemas de informações em saúde, a programação da assistência, os recursos físicos, financeiros, humanos e materiais necessários para a funcionalidade da USF, dentre outros.

Sendo assim, pelo apresentado, percebe-se que tanto a prática médica como a de enfermagem, apesar das evoluções desta última, necessitam da incorporação de outros conhecimentos que possam subsidiar sua capacidade de desempenhar a função gerencial à frente da ESF de acordo com a necessidade da efetivação dos princípios do SUS.

Eles apontam que outros profissionais não se envolveriam como o enfermeiro é capaz de se envolver com o trabalho na ESF, como exemplo, os médicos, que,

além disso, não têm nenhuma formação administrativa. Já outros secretários possuem a opinião diferente

*E eu acho assim, o coordenador, independente da profissão dele (formação), primeiro tem que ser da área de saúde, pode ser médico, enfermeiro, dentista, dentro deste grupo aí você pode ter um bom coordenador, desde que ele saiba o que é SUS, entenda o que é o SUS e trabalhe para a melhoria dele, este é o ideal. Independente da formação tem que conhecer o SUS. S2*

*mas ao mesmo tempo fosse uma pessoa sensível, que conhecesse politicamente o município, que fosse um líder,... que fosse respeitado por todos, que fosse levado em consideração quando fala, e que conhecesse o SUS como um movimento, como um sistema em construção, que nem tudo é perfeito, que tem algumas coisas que a gente tem que conviver mesmo, que não tem jeito. S4*

Consideram que a função possa ser exercida por qualquer outro profissional de saúde, desde que tenha conhecimento em saúde pública e sobre a ESF, além de habilidades como liderança, sensibilidade e que fosse respeitado pela equipe. Essa opinião está de acordo com Campos (2003), que ressalta que tanto a formação técnica em gerência, quanto à formação em saúde devem fazer parte da gerência e que, na saúde, classicamente escolhem-se gerentes por sua competência técnica em procedimentos de saúde, porém atividades inerentes a questões técnicas gerenciais, como o planejamento, a gestão de pessoas, custeio, cálculos de insumos, ficam a desejar. Da mesma forma, contratarem-se gerentes apenas formados em técnicas gerenciais, sem conhecimento na área de saúde, seria inviável no atual contexto do sistema público de saúde, em virtude da necessidade de o gerente incumbir-se das discussões sobre modelos assistenciais e abordagens clínicas.

Dessa forma, os coordenadores ocupam espaço importante nos aspectos organizacionais do trabalho na atenção primária, e os secretários valorizam e reconhecem:

*Bem, se a gente tivesse um ou dois PSFs a gente nem precisava de coordenador, a gente mesmo faria o serviço, mas considerando que a gente tem 12 e pretende chega a 16 no próximo ano, pra gente chegar a uns 80% da população, é imprescindível a presença deste coordenador. Para o município o importante é que a gente tenha a certeza que tenha alguém olhando, que tenha alguém coordenando, que tenha alguém tomando conta, pois o prefeito e o secretario eles querem é ver o resultado do que está acontecendo, pois a população cobra e hoje a gente tem funções no Estado, na microrregião, na macrorregião ate atividades nacionais que a gente tem que está presente, e neste dia-a-dia do serviço tem que ter um pessoa com estas características que nós já dissemos antes. S4*

*A importância das atividades é exatamente porque o gestor, ele não consegue acompanhar tudo, dado a outros compromissos. Dados os meus outros compromissos eu não posso está nas unidades. S5*

É reconhecido que os coordenadores assumem atividades que os secretários não teriam condições de realizar, principalmente pelas outras responsabilidades internas e externas do município que possuem e, por isso, consideram esses profissionais como parceiros de gestão:

*Eu dou toda a autonomia pra ela [o coordenador]. Mas hoje à gestão dos PSFs está nas mãos dela, a gente apenas discute e aprova ou não aprova. Ela está o tempo todo me trazendo informações, ela é simplesmente meu braço direito. Ela visita os PSFs praticamente toda semana, ela fica mais no campo mesmo. Ela passa nas equipes, levanta o quê que tem de problema e traz as informações. A gente elabora as intervenções em conjunto, mas quando tem que tomar uma conduta mais contundente, aí quem toma a decisão sou eu. Mas mediante o que ela me passa, a autonomia, quem manda nos PSFs hoje é ela. Os problemas que eles tem, grande parte das vezes eles [coordenador de equipes] resolvem, nem chegam até mim. Agora os problemas mais complicados nós sentamos e resolvemos em conjunto às vezes até em três, com o próprio pessoal que trabalha lá também. S1*

*A gente tem um contato diariamente e ostensivamente, a gente não consegue passar um dia sem estar elaborando. Nós, não temos um cronograma, acontece de acordo com a demanda, mas seguramente duas três vezes por semana a gente senta pra gente deliberar. E a medida que tem um fato novo a gente senta. S3*

*É imprescindível a presença deste coordenador, por que ele que é o suporte de todas as demandas de todos os PSFs para a Secretaria, seja na área de material, na área de comunicação, medicamentos, pessoal, quer dizer ele é a pessoa que está atenta a todos e dá suporte ao pessoal de campo. Ele dá suporte total, técnico, administrativo na parte de almoxarifado, tudo que falta ele é o primeiro a saber, o primeiro a comunicar, o primeiro a exigir, e isso em bom e tem que ter mesmo, e ele tem que ser uma pessoa boa principalmente em cidades que tem o porte de [o município], que tem muitas equipes de PSF. S5*

Os relatos mostram a responsabilidade do contato direto com as equipes, quando se determinam as demandas e problemas, sendo os primeiros a darem suporte para as equipes, sejam eles “técnico, administrativo”, como na parte de almoxarifado, tudo que falta eles são os primeiros a saberem, e é por intermédio deles que os secretários tomam conhecimento de quais são as demandas.

Retorna nos relatos a questão da autonomia dada pelos secretários aos coordenadores, porém esta se limita mediante a necessidade de se tomarem decisões mais importantes, por isso justificam ser preciso manter um contato contínuo e frequente com os coordenadores. Ou seja, o secretário tem sua prática estruturada no pensamento hegemônico da gerência clássica, com suas ações centralizadas na burocracia e no controle, limitando não só a autonomia do coordenador, mas também seu trabalho, tendo em vista que este se materializa pela

tomada de decisões e a definição de ações prioritárias para a assistência à saúde no âmbito local. (ALMEIDA e VANDERLEI, 2007)

Assim, a autonomia, aqui referida, apresenta três aspectos distintos, pois em alguns municípios, o secretário e o coordenador articulam e decidem conjuntamente, em outros, os coordenadores têm autonomia apenas para resolver certas demandas, enquanto, em outros, o coordenador apenas mobiliza, porém o poder de decisão é sempre do secretário.

Para Vanderlei (2005), a gerência é uma importante ferramenta na transformação do trabalho na esfera local. A ausência de autonomia deste compromete o seu desempenho, uma vez que é necessária na definição de ações prioritárias no âmbito de atuação.

Porém, mesmo com limitações, constata-se que esses coordenadores detêm certa autonomia no trabalho, ou seja, têm capacidade de promover transformações no trabalho das equipes. Essa autonomia conferida ao coordenador, e sua atuação conjunta como secretário, é apontada na visão de Willig (2004) como um comportamento das organizações contemporâneas que se caracterizam pela eliminação da pirâmide hierárquica, e a adoção de uma estrutura mais horizontalizada, acarretando a diminuição significativa de níveis de comando. Este modelo de organização permite ao coordenador uma amplitude maior na tomada de decisões, que inclui a delegação, autonomia e o trabalho em equipe. O mesmo autor ainda afirma que, para que isso aconteça efetivamente, se faz necessário que os membros que compõem o grupo de trabalho conheçam os objetivos e propósitos da organização, ocorrendo interação através de uma comunicação efetiva.

Nessa relação de trabalho conjunta, o coordenador também é visto como quem fornece segurança aos secretários, especialmente naqueles municípios onde estes não são profissionais de saúde

*E a presença dela [a coordenadora] é fundamental para o convencimento de gestão, ela apresenta pra mim a importância daquele programa, ela sempre apresenta argumentos que são sempre válidos. Como também na mudança de pensamento do pessoal que trabalha nas equipes, porque tem que mudar a cabeça deste pessoal. Ela repassa toda a mudança, os objetivos do programa, aonde que ele vai atingir, a extensão deste programa, quando que ele vai começar, quando que vai acabar, porque que ele vai acabar e as mudanças que ele vai produzir. Ela explica tudo pra gente. S3*

*E outra coisa também é porque a gente não tem a formação que ela tem. Então, por exemplo, eu não tenho formação na área da saúde, então tendo uma pessoa formada dá muito mais segurança pra mim. [o coordenador] está sempre mantendo o secretário informado sobre as ações que o próprio Ministério e a Secretaria de Estado determinam, ela não faz nada, nada, nada sem nos consultar, conversar, trocar umas idéias. S5*

As falas evidenciam que os coordenadores são responsáveis por explicar os acontecimentos e as mudanças que acontecem nas equipes, além dos programas da Secretaria de Estado e do Ministério. Isso faz com que os secretários tenham mais segurança no seu trabalho.

Em estudo realizado sobre o perfil dos secretários municipais de saúde de Minas Gerais, Souza (2002) aponta que, apesar de a maioria destes terem formação em cursos de graduação e possuírem até especializações, eles ainda necessitam de melhores informações sobre as leis e normas do SUS. Dessa forma, considera-se que a presença do coordenador possa suprir esta ausência do conhecimento técnico.

Esta proximidade necessária com os coordenadores retrata o aspecto relacional existente entre ambos

*Minha coordenadora [...], é uma pessoa de fácil relacionamento. S1*

*A relação nossa é extremamente técnica e acaba também satisfazendo a política de saúde. S2*

*Nós temos uma relação extremamente próxima e amistosa. [a coordenadora] é uma pessoa muito aberta ao diálogo, muito aberta a sugestões. S5*

Os secretários asseguram que ter um bom relacionamento com seus coordenadores facilita o trabalho e reafirmam a importância desse bom relacionamento com as equipes:

*Acho que pelo fato dela ser enfermeira, ela tem um relacionamento muito bom com os auxiliares de enfermagem e mesmo com os médicos. E o que ela mais contribui pra mim aqui também é com o relacionamento do pessoal. E a facilidade com que ela me passa os problemas os quais a gente pode resolver em conjunto. Pelo fato dela ter um domínio grande do pessoal, fica mais fácil pra mim, pra gente chegar nisso. Pro pessoal lá na ponta ela contribui em tudo, porque ela além de ser coordenadora ela é amiga deles, os problemas que eles têm grande parte das vezes eles resolvem, nem chega até mim. S1*

A capacidade do coordenador em manter um bom relacionamento com as equipes é condição que contribui para o gerenciamento das equipes e também dá sustentação para sua posição enquanto secretário.

Percebe-se que os coordenadores, na visão dos secretários, possuem uma importância maior para a gestão municipal do que é percebida pelos próprios coordenadores. Ou seja, são profissionais que conquistaram uma posição diferenciada no contexto municipal, contribuindo e influenciando diretamente as ações das políticas municipais de saúde, o que é visto como um ponto bastante positivo, pois se tratam de profissionais que, em sua maioria, estão em contato frequente tanto com os profissionais que fazem a assistência, como com a comunidade e com os secretários. Isso vem confirmar as posições de Merhy (2005), Ermel e Fracolli (2003), Almeida e Vanderlei, (2007) e Alves, Penna e Matos (2007) sobre a relevância do processo de trabalho de gerencial da produção de serviços de saúde, considerado instrumento potente para a efetivação das políticas públicas.

## 5.2- NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS

Os médicos e enfermeiros reconhecem os coordenadores como profissionais que possuem formação e conhecimentos que os qualificam a desenvolver as funções de seu cargo:

*No nosso município o coordenador é um enfermeiro que já trabalhou na atenção básica, que conhece a realidade do município e a realidade de cada unidade básica de saúde, então a gente identifica um profissional de saúde que realmente tem uma visão pra a atenção primaria que é nossa realidade aqui hoje em nosso município. É uma enfermeira que é realmente voltada para a atenção básica, tem essa formação, tem essa visão da atenção primaria à saúde, que estuda saúde pública, então, está voltada pra área e consegue desenvolver as ações, isso é mérito pra gente. M1*

*No caso aqui em [município] é uma pessoa da área de saúde, uma pessoa que teve uma vivência na faculdade e pós a faculdade na área dela, que no caso é a enfermagem, então eu acho que pra ser coordenadora de PSF tem que ser uma pessoa que conheça bem o que está fazendo, como no caso uma enfermeira como poderia ser qualquer profissional de saúde. M2*

*Ela ajudou a montar o PSF daqui, então isso foi fundamental. Então eu acho que ela tem muita experiência da dinâmica, do crescimento e da mudança que o PSF tem aqui em [município]. Acredito sim que ela tenha bastante experiência no PSF, na coordenação, isso sem duvida. M4*

*Mas ela enquanto enfermeira e detentora de muito conhecimento, ela tem muito conhecimento na área, eu creio que este é o diferencial dela no trabalho e ela já foi inserida dentro do PSF. Eu creio que a postura dela, que é uma pessoa de caráter, de personalidade, principalmente de pulso muito firme. Eu creio que isto tenha interferido muito para a escolha dela para este cargo, para executar o cargo de coordenadora no município. E 6*

Os relatos evidenciam que os médicos e enfermeiras veem os coordenadores como profissionais que possuem bons conhecimentos em saúde pública e na ESF, advindos de sua formação e da experiência na atenção primária do município onde já trabalharam nas próprias equipes de SF e ajudaram na implantação da estratégia no município. Ou seja, além de conhecimento, possuem a experiência sobre a funcionalidade do serviço, que são apontados como requisitos importantes para assumir a função de coordenador da ESF

*Eu acho que para ser um coordenador teria que buscar mesmo uma pessoa da saúde e que tenha uma vivência com a coordenação. M3*

*Eu acho importante que a pessoa na coordenação saiba com o que está mexendo, não quer dizer que tenha que ser uma enfermeira, mas que saiba com o que está lidando. É muito difícil você está coordenando alguma coisa na qual você não tenha um conhecimento básico de como que é a dinâmica do dia-a-dia daqui, marcação de consultas, exames, exames que não fazem no município tem que mandar pra fora. Eu acho sim, essencial que o coordenador esteja dentro da rede da saúde. Eu acho porque ele vai nos ajudar também, uma pessoa de fora, mesmo que ele tenha boa vontade, ele vai gastar um tempo maior pra está aprendendo a está lidando com todas as situações. Até um administrador em geral, hospitalar, que mecha com uma parte de administração dentro da saúde, poderia está exercendo esta atividade. Mas o conhecimento em saúde, eu acho que é essencial. M4*

Nas falas, os médicos ressaltam a necessidade de ser um profissional que conheça a funcionalidade do serviço e suas questões organizacionais, independente da formação.

Andre e Ciampone (2008) apontam que, além de conhecimentos técnico e experiências para desenvolver atividade relacionada à gerência de unidades básicas, é necessário um conjunto de competências, habilidades e atitudes gerenciais, entre elas,

visão global (sistêmica e de longo prazo); comunicação eficaz; negociação e gerenciamento de conflitos; gerenciamento de mudanças; gerenciamento do tempo e do estresse; uso do processo decisório participativo; gestão de planos, ações e resultados; pensamento criativo; fomento de um ambiente produtivo de trabalho; ter responsabilidade ética e social, saber responsabilizar-se e comprometer-se. (ANDRE e CIAMPONE, 2008 p. 836)

Para os enfermeiros, o fato de possuírem a mesma formação facilita o entendimento do trabalho cotidiano realizado pela equipe de saúde:

*É anteriormente, quando eu iniciei aqui no PSF, a gente não tinha uma coordenadora enfermeira, ela era odontóloga e a gente tinha muita dificuldade de dialogo com ela, parece que não fluía, nas reuniões que a gente tinha por semana, a gente sentia falta de está falando a mesmo língua, era uma profissional que tinha uma formação há mais tempo e dentista não tem essa formação assim, voltada para a saúde pública na graduação, principalmente se é formado há mais*

*tempo. Ela entende mais os problemas que a gente vive aqui no PSF, ela ver mais a realidade. Ela hoje supre muito bem a necessidade que a gente tem. E3*

*Eu não sei se eles têm alguma outra formação, mas pelo fato deles serem enfermeiros, eu acho que o enfermeiro de PSF conhece muitos programas e ele acaba sendo o responsável por tudo, e quando não é uma pessoa que não está na área ela fica perdida e ela tem que está inserida neste contexto da enfermagem, isto se torna mais fácil. Porque se é outro profissional qualquer, mesmo da área de saúde, ficaria muito mais difícil pra esta coordenação, com certeza. Porque eles sabem o que a gente está falando e entendem do que a gente está falando. E4*

Para os entrevistados, a experiência com profissional não enfermeiro foi mal sucedida pela dificuldade de não terem o mesmo entendimento sobre a funcionalidade da ESF, fato que mudou quando um enfermeiro assumiu a função, melhorando a interação e comunicação entre os mesmos por conhecer melhor o trabalho que se realiza na equipe. Sobre essa maior facilidade de inserção do enfermeiro em cargos gerenciais na ESF em relação a outros profissionais, Cunha, Amorin e Dias (2005) apontam que o fato de o mesmo não possuir sua formação centrada na assistência de um único indivíduo, diferente de outras profissões, permite-lhe ter ampla e profunda percepção das necessidades de garantia de acesso universal e da qualidade da assistência, o que lhe assegura uma bagagem de conhecimentos gerenciais que valoriza a decisão democrática e o trabalho em equipe.

No que se refere aos aspectos organizacionais do trabalho, os coordenadores são vistos como o “braço direito” do secretário de saúde desempenhando funções consideradas importantes tanto para as equipes como para o próprio gestor.

*Hoje esta profissional é uma das mais importantes inseridas no processo de trabalho ela facilita muito o trabalho da gente. Ela facilita muito o trabalho da gente, envolvendo atenção primária e secundária; a questão da ligação da gente com a própria secretaria de saúde. O que a gente precisa e que cabe a ela está direcionando e resolvendo, ela resolve bem e com a gente aqui, todo o momento que precisa, ela está com a gente. Pra gente aqui o importante é a questão do apoio que ela dá pra gente, eu acho que é um ponto extremamente importante, se a gente não tivesse a quem recorrer, a quem buscar apoio, a quem buscar orientações, a quem buscar respaldo pra gente ia ficar complicado. E1*

*Então é o coordenador que na verdade que leva nossos problemas ao gestor, que tenta resolver, é quem tenta melhorar os nossos serviços. Muitas das coisas que são reclamadas elas são resolvidas, o que se deve ao coordenador. M1*

*Ele é muito importante pra gente porque é o caminho que você tem pra chegar até o gestor de saúde, é a maneira mais fácil que a gente tem. E é uma pessoa que está do lado da gente, por exemplo, a gente tem muita dificuldade dentro da unidade, na questão de material então, pra quem que a gente busca, pra ele, pro coordenador. Então acaba que fica sendo mesmo esta ponta da gente para a*

*secretaria. Quando a gente precisa de algum material, quando tem alguma dúvida, quando tem que fazer algum esclarecimento a população a gente recorre a ele. E4*

*Nós temos um relacionamento muito bom que funciona da seguinte forma, dúvidas, algumas preocupações que a gente tem, dificuldades que às vezes de relacionar ou de resolver certos problemas dentro da equipes ou até no município, a gente sempre passa a questão pra ela e ela traz uma resolução o mais rápido possível. O relacionamento é muito eficiente. Tanto para problemas administrativos como técnicos. E6*

Para o trabalho das equipes, são considerados importantes por desempenharem a função de “elo” entre eles e os demais profissionais envolvidos no processo de trabalho no município. Essa posição é reconhecida pelo desenvolvimento de ações que favorecem a organização do trabalho no seu dia-a-dia como o fornecimento de insumos para o trabalho, resolução de problemas decorrentes da assistência, como a necessidade de acesso a outros níveis de atenção ou, até mesmo, recursos não disponíveis na unidade primária de saúde, mediador de eventuais atritos entre equipe e usuários, dentre outros. Pela capacidade de envolvimento e resolutividade frente a essas situações, são considerados como facilitadores do trabalho, e, também, como suportes, pelo fornecimento de segurança para o enfrentamento de certas situações e apoio para a tomada de decisões dentro das unidades.

A prática gerencial apresenta-se como uma ferramenta importante de transformação do processo de trabalho que tem como instrumento a construção de relações entre as pessoas, em que a comunicação entre os profissionais passa a ser um determinante comum do trabalho, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. (ALMEIDA e VANDERLEI, 2007)

Maia, citado por Sena (2002) ao analisar as atividades administrativas do gerente na atenção primária, afirma que o mesmo deve mobilizar e comprometer os trabalhadores na organização e produção dos serviços de saúde, que atendem às necessidades de saúde da população. Além disso, acrescenta que uma das características centrais da gerência é se colocar nessa posição intermediária entre trabalhadores e proprietários servindo aos interesses das duas classes e integrando-as com ambas as realidades.

Sena (2002) ainda acrescenta que, neste contexto, o gerente coloca-se entre as normas da instituição, as necessidades sociais da população e os interesses dos trabalhadores, colocando-se como mediadores de múltiplos interesses, muitas vezes

distintos, contraditórios e, até mesmo, antagônicos, a fim de que o trabalho assistencial esteja compatível com os interesses e necessidades coletivas.

Da mesma forma que favorecem o trabalho das equipes de SF, os coordenadores são vistos pelos profissionais das equipes como sustentáculo para o trabalho dos secretários:

*A coordenadora é o braço direito dele (do secretário de saúde). E ele neste momento sem ela, seria muito difícil. O papel dela é muito importante. É uma pessoa que já conhece e que já está envolvida no processo. Então é uma pessoa que tem um olhar diferente, ela consegue conduzir melhor a situação, dando este apoio ao secretário. E1*

*O gestor nem sempre dá conta, nem sempre tem essa visão do PSF, nem sempre é um profissional engajado. O nosso, por exemplo, não é um profissional da área de saúde, apesar de ele ter um diálogo muito aberto, mas para ter essa visão mais técnica do PSF, ele precisa da coordenadora. E3*

*Pra te ser muito sincero, eu acho que, sem ela (a coordenadora), o município não andaria, eu consigo perceber ela dentro do município como uma autoridade até maior, às vezes, que o próprio secretário. Então ela é uma peça chave para todo o trabalho das equipes. Muita coisa o secretário não consegue resolver e ela tem uma autonomia muito grande então consegue gerenciar, coordenar e colocar pra frente. E6*

Os profissionais reconhecem a importância desses profissionais para o setor municipal da saúde, tanto pela maior proximidade com o trabalho das equipes, como pelo envolvimento com as atividades relacionadas à gestão, ressaltando a capacidade dos coordenadores em perceber e resolver aquelas situações que normalmente os secretários não perceberiam. Assim, conseguem apoiar e dar sustentação ao trabalho dos secretários.

Dentre as atividades que favorecem a gestão e o trabalho das equipes, estes são os mediadores das transformações e mudanças que acontecem na esfera organizacional da atenção primária no município:

*E no nosso caso, a nossa coordenadora está sempre passando estas mudanças pra gente. A gente sabe que temos um tempo pra está implantando e utilizando. E nós estamos sempre sendo cobrados para que isso possa acontecer. Então, ela tem nos repassado, tem nos cobrado e tem nos ajudado no que a gente realmente precisa. M2*

*Hoje os conteúdos são passados tudo direitinho pelo coordenador, não tanto como eu vejo em outras localidades, esta atualização, esta capacitação que tem que ter, mas desde que eu entrei, que já vai fazer dois anos, a gente já passou por duas capacitações. M3*

*Eu acho que estas informações são repassadas pra ela e estas são drenadas para as enfermeiras, as enfermeiras passam pra gente, passam para o grupo ou às vezes não, é a própria coordenação que reúne e passa estas informações. Então,*

*sejam elas educações continuadas, as propostas de mudança de rotina daí do Plano Diretor na questão do funcionamento do PSF. Pelo menos eu acredito que é passada uma informação clara, agora se isto vai se realizar é outro ponto. Mas sempre tem um planejamento da coordenação, uma estrutura da maneira de passar todas as informações para todos os membros da unidade, todos os profissionais. M4*

Assim o coordenador é reconhecido como responsável por repassar as propostas relativas às mudanças e que devem ser implantadas pelas equipes, além da capacitação para que elas ocorram.

Contudo, ainda no aspecto organizacional, os profissionais também identificam dificuldades enfrentadas pelos coordenadores.

*... é muito difícil. A gente sabe que eles estão lá e a gente cobra muito e eles têm pouco pra poder fazer, sabe?! E eles ficam no meio do caminho, aqui é um município muito político, aqui a política é soberana. Então assim, a gente cobra muito porque a gente sabe que a gente precisa, a gente precisa de muita coisa, então a gente dá encima deles, e eles, às vezes ficam meio de pé e mãos atadas, eles não podem fazer muita coisa, não depende deles, entendeu? O que está a ponto deles fazerem pra gente, eles tentam pelo menos, às vezes não conseguem. Não é fácil, pois aqui tem a questão política que influencia muito. E4*

As dificuldades relacionam-se com as interferências políticas no contexto do serviço de saúde, o que representa um limitante do seu trabalho frente às cobranças dos profissionais e até da comunidade.

Andre e Ciampone (2008) afirmam que apesar de haver a contínua descentralização da gestão, esta ainda detém a delegação de responsabilidade, porém sem a equivalente delegação de poder decisório.

Além das limitações relacionadas às dificuldades enfrentadas, os médicos também apontam para pontos negativos relacionados à organização do trabalho dos coordenadores

*... mas a gente percebe também que existe uma ausência muito grande (da coordenadora) nas unidades de saúde. O quê que eu quero falar? Ela enquanto coordenadora, ela tem varias atribuições com uma carga de trabalho muito grande, com uma carga de informações, uma carga de coisas pra ela fazer o dia inteiro que não sobra tempo pra está realmente fiscalizar, observar e estar presente nas unidades. Eu sempre falo pra [a coordenadora], ela vem aqui e eu a chamo de “beija-flor”, ela chega aqui fica 10 minutos e depois “zarpa”. Então quando que ela vem? Quando tem problema. Então, eu não vejo que isso seja coordenar, eu vejo que isso é chegar e apagar fogo. O coordenador, eu acho que ele tem que reunir com seus funcionários semanalmente, tirar duvidas, ver o que ta acontecendo, identificar os problemas. O que a gente ver que acontece mais? Ela fica na secretaria municipal de saúde e tenta coordenar, então chega um problema resolve, chega outro resolve, na verdade ela fica resolvendo problemas e às vezes as ações de planificação e de programação ficam aquém. M1*

*A gente tinha uma reunião mensal, com o antigo coordenador. Mas esta reunião acabou em vista do atendimento, por causa da demanda, pra priorizar o atendimento. Aí no caso a gente se encontra de acordo com o que precisar, se tiver que ir toda semana a gente se encontra, mas vai de acordo com o serviço. Agora, um encontro regular pra gente discutir projeto, propostas, planejamento, num tem não e isso é uma coisa que realmente ta devendo. Mas como o acesso não é difícil, como por telefone mesmo, então a gente acaba deixando isso pro lado mesmo. M3*

Diferentemente dos enfermeiros, os médicos indicam um contato relativo com os coordenadores, conseqüência talvez da ausência em reuniões de equipe, como pela maior proximidade do coordenador com os enfermeiros das equipes que os tem como interlocutores entre a coordenação e a equipe de SF. Entretanto, falam de uma ausência tanto do coordenador na unidade, como do pouco tempo em que permanece no local, além de ser um apagador de fogo ou “um beija-flor”, resumindo seu trabalho na resolução de problemas quando esses aparecem. Evidencia-se, também, a falta de planejamento, apesar do fácil acesso que se tem com ele, o que leva a perpetuação dessa forma de gerência, daquele que repassa informações. Tais constatações contrastam com a posição de que os médicos não se envolvem com as questões organizacionais da equipes, relatada por alguns dos coordenadores. Na verdade, entende-se que nenhuma das duas situações podem ser generalizadas, devem-se, portanto, considerar as diferentes realidades.

Entretanto vale destacar a posição de reconhecimento de todos os médicos sobre o trabalho dos coordenadores

*Olha, sem o coordenador é impossível o PSF funcionar. Eu vejo desta forma. Mas é um profissional importantíssimo, não vejo o PSF sem essa coordenação, agora eu vejo que um só é pouco, na minha visão. Mas de modo geral, eu acho que o trabalho é bom, eu já trabalhei em outras cidades e só fiquei aqui e estou há mais de cinco anos por que o serviço funciona. M 1*

*A figura do coordenador pra gente aqui é importante pra tentar manter uma única linha pra todas as unidades senão vira uma bagunça. Ele trabalha pra uniformizar o serviço, mesmo que se tenham todos os protocolos, tudo que tem que ser feito, então ela vai destrinchar aquilo e tentar colocar pra gente. Mas esta colocação sempre tem discussões e tal, mas sempre tentar colocar uma linha guia pra todas as unidades, todos os serviços de saúde, e não só pras unidades, tem o pronto atendimento, o laboratório, e outras. Eu acho muito importante, pois é a organização, nós temos um serviço de saúde que no papel é maravilhoso, mas na organização ele funciona ainda meio nos trancos e barrancos, então a coordenação e a orientação deste serviço são muito importantes para a gestão. Como eu disse anteriormente, eu acho importante uma pessoa da saúde está coordenando do lado do secretario de saúde, que não é uma pessoa da saúde, tem que está ajudar a clarear estas idéias, a colocar pontos positivos e negativos, então para a gestão é muito importante. M4*

Os médicos reconhecem que, apesar das dificuldades e limitações do trabalho dos coordenadores, sua atuação é vista de forma bastante positiva, isto pela sua capacidade de fornecer apoio ao trabalho das equipes, seja material, no repasse de informações, orientações, na busca da uniformização de condutas, a aproximação entre os setores da secretaria, além de apoiar também a própria gestão do município.

Para alcançarem o bom desempenho de suas atividades, aponta-se, como fator que contribui de forma significativa, a capacidade dos coordenadores de manterem uma boa relação com os trabalhadores, o que é atribuída à postura com que o coordenador conduz seu trabalho. Em meio às falas dos médicos e enfermeiras conseguem-se identificar características que evidenciam isto, como: “a interação com a equipe, a valorização dos profissionais, o dinamismo” (E1e E4), apoio à equipe mediante “situações de conflito” (E1), “o envolvimento do coordenador com o trabalho, resolutividade das demandas, segurança transmitida, acessibilidade,” (E1, E3, M1e M4) além do conhecimento técnico dos mesmos. Em muitas situações percebe-se até um sentimento de admiração.

Não obstante, em uma situação particular, observa-se a existência de conflitos entre um enfermeiro e seu coordenador, o que não condiz com o contexto dos demais casos, porém torna-se importante destacar pela relevância dos temas apresentados.

*Olha pra te dizer a verdade, este é o primeiro município que trabalho que tem coordenador de PSF, por ser uma cidade maior. E é uma coisa nova pra mim. Eu já trabalhei num município pequeno, onde era eu que fazia tudo, então, na verdade, na prática, pra mim, não tem valor nenhum. Nenhum, nenhum, nenhum mesmo. Assim como nós (enfermeiros) que somos chefes de equipes, que temos que ser um espelho para eles, o respaldo deles, seja o médico, os técnicos de enfermagem e os próprios ACSs, então a gente espera também que tenha alguém por traz da gente, pra quando a gente pedir ajuda, a gente precisar de alguma coisa, a gente tenha onde recorrer e na verdade aqui isso não acontece. Isso por quê? Hoje, nós enfermeiras dos PSFs temos até condições éticas, morais e técnicas maiores que o coordenador atual. Isso por causa da postura da pessoa e não da função de coordenador. Então eu penso que, se uma pessoa chega a ser coordenadora de certo serviço, ela tem que ter uma boa bagagem de experiência, posturas éticas e profissionais, competências pra está assumindo tal posição. Porque até então, como já havia dito até então, nós esperamos o respaldo, nós ficamos às vezes órfãos, e precisamos de ajuda de um referencial. Então de repente você não tem essa ligação com o coordenador, você não tem onde recorrer, não tem onde buscar, onde buscar informações. Olha, na verdade eu não to falando apenas por mim, eu to falando em linhas gerais, pela experiência de*

*nós enfermeiros de PSF de [o município] no momento. Nós temos uma reunião técnica uma vez por mês, na última sexta feira do mês. Mas na verdade pra ser sincera, não se discuti nada de PSF, vira um “focódromo”. Desculpa mas eu fui sincera. O que eu espero do meu coordenador? Eu espero que ele esteja realmente bem atualizado em relação às mudanças, atualizado não só no sentido está buscando novas informações, mas de está interagindo também com a dinâmica do que está acontecendo nos PSFs. E5*

Nesta situação específica, um enfermeiro relata não possuir um bom relacionamento com seu coordenador em função da postura do mesmo que apresenta características que são antagônicas às apresentadas pelos enfermeiros dos demais municípios, dentre essas destacam-se: não poder considerar o coordenador referência para os problemas das equipes, isso pela pouca capacidade de resolução dos problemas; carência de conhecimento técnico sobre a ESF; insuficiência de habilidades administrativas; iminente caráter político de inserção no cargo e na tomada de suas decisões; dificuldade de acesso às equipes; além de posturas antiéticas perante os trabalhadores, dentre outras.

Mais uma vez o tema conflito mostra-se presente no contexto de trabalho dos coordenadores, o que reafirma a posição de Cecílio (2005) de tratá-lo como uma constante no trabalho gerencial de toda e qualquer organização. Nessa última situação apresentada, observa-se que o conflito surge na medida em que as competências, que seriam necessárias ao coordenador para desempenhar sua função, são colocadas em dúvida.

Essa situação pode ser analisada sob duas óticas. Na primeira, é necessário que se compreenda que o conflito é algo que surge sob diferentes óticas que dependem da posição de cada ator envolvido no contexto da organização. Ou seja, a percepção do enfermeiro pode não ser a mesma dos demais profissionais das equipes de SF ou não pode ser a que é percebida pelo próprio coordenador. Por outro lado, os conflitos podem se apresentar nas organizações como abertos ou encobertos. Existem conflitos que nem sempre são manifestos, encontram-se latentes, o que limita as tomadas de providências. Daí surge o desafio de se instrumentalizar tanto gerentes como trabalhadores com dispositivos que tenham o conflito como tema da gestão e que contribua para se promoverem as mudanças necessárias. (CECÍLIO, 2005)

O segundo e último ponto que surge das questões levantadas na última fala diz respeito às competências e preparação dos coordenadores para desempenhar o cargo. Benito et al (2005) em estudo sobre as atitudes gerenciais necessárias para a gestão de uma UBS, que neste caso também poderia se aplicar aos coordenadores, preconizam que a competência é o fundamento para a gestão de uma organização. Esta deve estar baseada em três dimensões, a do conhecimento, habilidade e atitude do profissional que nem sempre são abordadas nos cursos de formação profissional. Assim, hoje exige-se uma reflexão constante sobre as mudanças que se fazem necessárias na prática gerencial no PSF com vista à qualidade da assistência. Há a necessidade de se criarem formas/ metodologias de processos pedagógicos que visem à transformação de práticas no cotidiano baseadas na mudança de atitudes dos profissionais que trabalham em saúde. Daí surge a educação permanente como instrumento valioso para se chegar a essa mudança de conduta. (BENITO et al, 2005)

Pela relevância das situações relatadas leva-nos a pensar sobre um ponto de vista eminentemente particular do enfermeiro, porém para o contexto deste estudo vale a pena ressaltar pela importância do trabalho e da forma de condução do mesmo pelos coordenadores da ESF que, necessitam, além de indicação política para assumir tal função, de habilidades e conhecimentos condizentes com as tarefas que lhe são atribuídas.

Assim fica evidente que as questões que giram em torno da formação profissional e preparação para o desempenho das atividades inerentes, não só para a assistência como a gerência desta, são temas atuais que fazem necessário seu debate cada vez mais constante no contexto da organização dos serviços de saúde.

## 6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar este trabalho, com vistas a compreender o processo de trabalho dos coordenadores municipais da estratégia de saúde da família, pode-se perceber que se trata de profissionais que desenvolvem um conjunto de funções gerenciais de relevante importância no contexto municipal, tanto para as equipes, quanto para a gestão municipal, importância esta que também é reconhecida pelos demais trabalhadores.

Na trajetória de condução deste estudo, o aprofundamento na compreensão deste processo de trabalho, por meio da busca de outros cenários, permitiu o seu enriquecimento pelo espectro de situações levantadas em torno do tema. A isto, vale destacar as contribuições e, até mesmo, o envolvimento que a grande maioria dos sujeitos entrevistados demonstrou ao nos receber e se dispor a participar da pesquisa. Pode-se perceber, principalmente naqueles coordenadores, que estão no cargo desde a sua criação, uma familiaridade com as questões norteadoras deste estudo, o que evidencia a atualidade e as possíveis contribuições que estudo possa dar, não que o mesmo tenha a pretensão de apontar todas as respostas para as questões, mas ao menos aguçar novos questionamentos e reflexões sobre o tema.

Ao adentrar-se nos discursos dos sujeitos, entendeu-se, também, que a inserção dos coordenadores no âmbito da gestão municipal, veio, inicialmente, atender muito mais uma necessidade dos secretários de saúde, frente suas atribuições e excesso de tarefas a ele determinadas, do que propriamente a necessidade de organização do trabalho das equipes de saúde da família e a consequente implementação dos princípios do SUS. Isso fica evidente pela própria indefinição de responsabilidades inicialmente, como mencionado por aquelas coordenadoras que estão no cargo desde sua criação, em que as mesmas foram responsáveis por criar suas estratégias de trabalho e mecanismos de envolvimento com a assistência prestada pelas equipes.

Na análise das características do processo de trabalho gerencial dos coordenadores frente às referências teóricas em torno do tema, teve-se como principal dificuldade a carência de estudos sobre este tipo de função gerencial na atenção primária, pois a vasta literatura disponível discorre, mormente, sobre a gerência de unidades básicas, gerência de serviços de enfermagem e a própria

gestão municipal. Porém foi possível constatar que as atividades gerenciais do coordenador, embora distinta de todas essas, possui características familiaridades com todas, especialmente com o gerenciamento de UBS e a gestão municipal.

Pode-se perceber, ainda, que à medida que os coordenadores foram adquirindo autonomia e segurança à frente do cargo, eles conseguiram desenvolver ações não apenas vinculadas ao assessoramento dos secretários, como também junto às equipes de saúde da família. Porém essa aproximação ainda não é universal, tendo em vista que muitos coordenadores detêm seu trabalho no âmbito da secretaria de saúde, só indo ao encontro das equipes e da realidade vivenciada por estas mediante sua convocação pela equipe ou por alguma necessidade da secretaria. Percebe-se que este distanciamento dificulta uma das suas principais funções, a de viabilizadores de políticas públicas de saúde.

As atividades gerenciais desenvolvidas são fundamentadas especialmente pelo conhecimento técnico em saúde dos profissionais e pela experiência vivenciada cotidianamente, em detrimento de habilidades administrativas. Embora se tenha identificado o interesse e envolvimento de todos os coordenadores em treinamentos e formações complementares, notou-se que as mesmas ainda são prevalentemente técnicas para a saúde e descontextualizadas pelo que a literatura preconiza frente às necessidades atuais dos profissionais e dos usuários, o que acaba por contribuir para as dificuldades de enfrentamento de algumas situações vivenciadas pelos coordenadores, como a própria administração de conflitos, o trabalho em equipe, a motivação e envolvimento dos trabalhadores.

Pela percepção captada dos diferentes profissionais sobre a abrangência do trabalho desenvolvido pelos coordenadores, afirmamos que estes conquistaram uma posição ímpar diante destes profissionais, seja pelos sentimentos de respeito, reconhecimento e até admiração, como, também, pelo reconhecimento da dependência deste coordenador, por sua posição de referência para apoio técnico e político, elo para a obtenção de melhores condições de trabalho, apoio para o enfrentamento das dificuldades cotidianas dos serviços públicos de saúde, além de até sustentação de governabilidade para os gestores menos preparados para a função. Contudo percebe-se, também, que os coordenadores dedicam mais tempo

resolvendo problemas e corrigindo falhas da organização da gestão municipal, como suprimento de materiais, do que na articulação do trabalho das equipes.

Pode-se notar que o trabalho do coordenador está muito mais voltado para a gerência dos serviços de saúde do que a gerência do cuidado. O que se configura como uma demanda ainda existente na gerência municipal dos serviços de saúde. Ao se deter às necessidades administrativas e burocráticas do serviço, diante também da própria demanda de serviços, privilegia-se pouco a gerência do cuidado na ESF, isso se configura como hiato ainda existente entre a organização das práticas assistenciais e a efetivação dos princípios dos SUS.

Por fim, vale ressaltar que, apesar dos êxitos e reconhecimentos, a prática de trabalho destes coordenadores necessita ser repensada. Principalmente no que tange a suas condições de trabalho que, apesar de muitos manifestarem o sentimento de satisfação frente ao trabalho que realizam, percebe-se que são profissionais que trabalham sobrecarregados pela quantidade de tarefas e responsabilidades que, na maioria das vezes extrapola a ESF. Se não bastasse o grande número de equipes e profissionais destes, tem-se também a supervisão de pronto atendimentos, laboratórios, SAMU, NASF, dentre outros. Faz-se necessário um reconhecimento legal e delimitações claras de suas atribuições e responsabilidades, além de exigência de experiência, habilidades e conhecimentos técnicos mínimos para que haja condições de se garantir um melhor direcionamento das atividades deste coordenador, e assim poder otimizar suas funções e potencialidades diante do seu papel frente à gestão e ao trabalho das equipes de SF.

## 7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M., PENNA, C.M.M., BRITO, M.J.M. Identificação dos gerentes com o trabalho em uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte: realidade ou utopia? **Enfermeria global**, n.11, nov. 2007.

ANDRADE, L.O.M. et al. A estratégia de saúde da família. **IN: DUNCA, B. B e colaboradores. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: artmed. v. 3, cap. 7, p. 88-100. 2004

ANDRE, M.A.; CIAMPONE, M.H.T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev. Esc. Enferm. USP.**v. 41(Esp), p.835-40, 2007.

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n.2, p. 17-26, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979. 229 .p.

BENITO, G.A.V.; BECKER, L.C. DUARTE, J. LEITE, D.S. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** v.58, n.6, p. 635-640, nov-dez/ 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informes Técnicos Institucionais. Programa de Saúde da Família. **Rev. de Saúde Pública.** v. 34 n. 3 São Paulo p 316-319 jun. 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica.** Dispõe sobre pesquisa nacional sobre a evolução da saúde da família e sua relação com os indicadores de saúde. Brasília: Ano V II, nov./ dez. de 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006.** Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa de saúde da família e o programa de agentes comunitários. Diário Oficial da União, Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica.** Efetividade do programa de saúde da família: qual o papel do PSF na redução da mortalidade infantil? Brasília: Ano V II, jan./ fev. de 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 31 jul. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento da Atenção Básica.** Atenção Básica e a Saúde da Família, 2009. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>> Acesso em: 19 abr. 2009

BRITO, M.J.M.; MELO, M.C.O.L. A identificação da enfermeira-gerente com a organização em que trabalham: o caso de um hospital filantrópico de Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem** 2001 jan/dez; 5(1/2):44-51.

BRITO, M.J.M. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados em Belo Horizonte.** 2004. 393 f. Tese

(Doutorado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CAMPOS, R.A. gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. **In: Campos GWS. Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec; 2003. p.122-149.

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) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2005, p.202

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.

CASTRO, J.L. Gerência de pessoal nos serviços de saúde. **IN: \_\_ SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L.Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde CADRHU.** Natal, 1999

CECÍLIO, L.C.O.; Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p.315-329, 1999

CECÍLIO, L.C.O.; É Possível Trabalhar o Conflito como Matéria Prima da Gestão em Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**; Rio de Janeiro. v. 21, n.2, p. 508-516; mar-abr/2005.

CIAMPONE, M.H.T.; KURCGANT, P. Gerenciamento de conflitos e negociação. **IN: \_\_ KURCGANT, P. et al. Gerenciamento em enfermagem.** Guanabara Koogan: Rio de Janeiro. p. 54-65, 2005.

CIUFFO, R.S.; RIBEIRO, V.M.B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo é possível? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.125-40, jan./mar . 2008.

DIAS, MA.E.; AMORIN, W.M.; CUNHA, F.T.S. Estratégias gerenciais na implantação do Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** v. 58, n.5, p. 513-518, set-out/ 2005.

DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas.** 1 ed. 5 reimpr. São Paulo: Atlas, 2006.

ERMEL, R.C., FRACOLLI, L.A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. **Rev Esc Enferm USP** v. 37 n.2 São Paulo p.89-96, 2003.

FARIA, HP *et al.* **Gestão Colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional.** Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde/Escola Medicina UFMG, Belo Horizonte/MG, 2003.

FERENANDES, M.S., SPAGNOL, C.A., TREVIZAN, M.A., HAYASHIDA, M. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Rev Latino-am Enfermagem.** V. 11, n.2, p. 161-167, mar-abr/ 2003.

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.11, n.23, Niterio- RJ p.427-38, set/dez 2007.

FRANCO, T.B e MERHY, E.E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança de modelo assistencial. **IN:\_\_\_ O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3. ed. São Paulo: Hucitec. cap. 3, 55-124.p, 2006.

GARIGLIO, M.T.; RADICCHI, A.L.A. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, p.153-63, 2008.

GIL, A.C. Entrevista. **IN: \_\_\_ Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, cap. 11, p. 117-127, 2007.

JUNQUEIRA, L.A.P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Cadernos de saúde pública.** v.6, n. 3, p. 247-259, jul/set, 1990

LACOMBE, B.M.B. e TONELLI, M.J. O discurso e a prática: o que nos dizem os especialistas e o que nos mostram as práticas das empresas sobre e os modelos de gestão de recursos humanos. **RAC**, v. 5, n. 2, Maio/Ago. 2001: 157-174

LAVILLE, C. e DIONNE A, J. Das informações à conclusão. **IN:\_ A construção do saber. Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Belo Horizonte: Artmed, cap. 8, p. 197-231, 2007.

LAZZAROTTO, E.M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento das unidades básicas de saúde.** Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia da Produção, UFSC, 2001. 128 p.

MACIEL FILHO, R.; PIERANTONI, C.R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In:\_\_\_ Ministério da Saúde. Organização Pan-americana de saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004, vol. 2, p. 139-162.

MERHY E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. **In: Merhy EE, Onocko R. Agir em Saúde: um desafio para o público.** Editora Hucitec; São Paulo: 1997. p. 71-112.

MERHY, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface –Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.172-4, 2005.

MINAS GERAIS. Saúde em casa. **Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais.** Marli Nacif de Sousa. Belo Horizonte. 2002 Disponível em: <[www.almg.gov.br/not/bancodenoticias/Not\\_648382.asp](http://www.almg.gov.br/not/bancodenoticias/Not_648382.asp)> Acesso em: 16 jul. 2007

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 340, de 19 de abril de 2007. Altera o art. 3º da Deliberação CIB-SUS/MG nº 287 de 17 de agosto de 2006. Disponível em:

< [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/deliberacoes/2007/](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2007/)> Acesso: 23 jan 2008.

MINAS GERAIS. Políticas de Saúde. Saúde em Casa. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/programa-saude-em-casa](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa) Acesso em 14 abr. 2009

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10 n.2, 333-345, 2005.

NUNES, T.C.M. A Supervisão: Uma Proposta Pedagógica para o Setor Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 4, Rio de Janeiro. p.466-476, out- nov, 1986.

PAIVA, K.C.M., MELO, M.C.O.L. Competências, gestão de competências e profissões: perspectivas de pesquisas. **RAC**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 339-368, Abr./Jun. 2008

PEDROSA, J. I. S; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** v.35 n.3 São Paulo jun. 2001

PERES, R.S., SANTOS, M.A. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. **Interações**. v 10, n. 20 Ribeirão Preto/ SP, p. 109-126, jul/ dez, 2005 .

REIS, C.C.L. **A Supervisão no Programa de Saúde da Família: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, 2001. 122 p.

REIS, C.C.L. HORTALE, V.A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, Rio de Janeiro. P.492-501, mar- abr, 2004.

ROMANO, V.F. A Busca de uma Identidade para o Médico de Família. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 18 n. 1 Rio de Janeiro p. 13-25, 2008

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enf.** v.13 n.6 Ribeirão Preto nov./dez. 2005

SENA, R. R. *et al.* A gerência em unidade básica de saúde: um desafio para a qualidade da assistência. **Rev. Min. Enf.** 6(1/2): 40-47, jan./ dez., 2002

SILVA, F.S. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas**. Hucitec, São Paulo, 2001, 292pp

SILVA, I.Z.Q; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)** v.9 n.16 Botucatu set./fev. 2005.

SOUZA, A.A.C.L. O perfil dos secretários municipais de saúde de Minas Gerais e a organização de programas e projetos municipais. **Rev. Min. de Saúde Pública**. v.1, n.1, jan-jun/ 2002.

SPAGNOL, C.A. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10 n.1 119-127, 2005.

TANCREDI, FB; BARRIOS, SRL; FERREIRA, JHG. Planejamento em saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998. (Série Saúde & Cidadania, 2).

TRIVIÑOS, A.N.S. **A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

VANDERLEI, M.I.G. **O gerenciamento na estratégia de saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão**. Ribeirão Preto, 2005. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, USP, 2005. 246 p.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

VIEGAS, S.M.F. **O cuidado na estratégia de saúde da família: a vivência do enfermeiro com o cliente**. Belo Horizonte, 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, UFMG, 2005. 159 p.

VILASBÔAS, A.L.Q.; PAIM, J.S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.6, p.1239-1250, jun, 2008.

YIN, R K. **Estudo de caso. Planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman. ed. 3, 2005, 212 p.

WILLIG, M.H. **Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo das enfermeiras**. Curitiba, 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2004. 131 p.

## APÊNDICE 01



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA  
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Bairro Santa Efigênia  
 CEP.: 30.130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil  
 Tel.: 3248-9860 FAX.: 3248-9859 E-mail: emi@enf.ufmg.br

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Exmo. Sr. \_\_\_\_\_ Secretário Municipal de  
 Saúde do Município de \_\_\_\_\_ MG

Venho por meio deste solicitar sua autorização para realização da pesquisa intitulada “O Processo de Trabalho do Coordenador Municipal da Estratégia de Saúde da Família”, de responsabilidade de George Sobrinho Silva, orientado pela professora Doutora Cláudia Maria de Mattos Penna e co-orientado pela professora Doutora Maria José Meneses Brito.

O estudo tem por objetivo compreender o processo de trabalho do coordenador municipal da estratégia de saúde da família, identificando as características e funções deste trabalho gerencial desenvolvido no município. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com o (a) coordenador (a) da ESF, o (a) secretário (a) de saúde e um (a) médico (a) e um (a) enfermeiro (a) da equipe de SF.

Esclareço que a identificação do município será mantida em sigilo e as respostas fornecidas pelos entrevistados serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa.

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada.

Cidade: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

Pesquisador: George Sobrinho Silva

Assinatura: \_\_\_\_\_

Documento de identificação:

Telefones para contato:

COEP/ UFMG: (31) 3499 4592 – FAX: 3499 4027

## APÊNDICE 02

### TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIDO

Eu, .....,

DECLARO para os devidos fins que fui informado (a) e orientado (a), de forma clara e detalhada, a respeito dos objetivos, da justificativa e metodologia da pesquisa intitulada provisoriamente “*O processo de trabalho do coordenador municipal da estratégia da família*”, de responsabilidade de George Sobrinho Silva orientado pela Prof<sup>a</sup> Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna e co-orientado pela Prof<sup>a</sup> Dra. Maria José Menezes Brito.

CONCORDO em colaborar com o referido trabalho na condição de informante, deixando registrado que terei liberdade para retirar esse consentimento e autorização, a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo ou constrangimento.

DECLARO que estou ciente de que o pesquisador irá realizar a entrevista, que será gravada, ouvida, transcrita e servirá de base para o estudo em questão e, após sua utilização, a fita será inutilizada.

AUTORIZO, portanto, o pesquisador a utilizar as minhas declarações, a discutir o material com sua equipe de pesquisa, bem como a utilizar partes, ou da íntegra, de minhas declarações no relatório final do trabalho.

CONCORDO que as mesmas declarações possam ser utilizadas em qualquer veículo de divulgação científica desde que respeitado meu anonimato.

CONCORDO com todas as condições propostas pelo pesquisador para a participação e utilização de minhas informações no presente estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Doc.identidade: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

George Sobrinho Silva

Identificação:

Telefone: E-mail: georgesobrinho@yahoo.com.br

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna. Telefone:

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Maria José Menezes Brito. Telefone:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (COEP) DA UFMG Endereço: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Prédio da Reitoria, 7º andar, sala 7018, Bairro Pampulha, Belo Horizonte / Minas Gerais. CEP: 31270-901. Telefone: (31) 3499-4592

### APÊNDICE 03

#### Roteiro da entrevista A.

Coordenadores da ESF

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Nome do Município:

Microrregião:

Nome do entrevistado:

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Tempo de formado:

Pós - graduação: ( ) sim ( ) não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Cargo:

Tempo no cargo:

Vínculo:

Carga horária semanal:

Outra ocupação: Se sim, qual carga horária? \_\_\_\_\_

Experiência prévia:

Experiência em gerência:

Número de profissionais sobre sua coordenação:

Número de equipes de PSF:

Frequência de contato com o gestor:

Frequência de contato com as equipes de PSF:

Aos coordenadores de PSF.

- 1- Coordenador, descreva como você se identifica? Como você se apresenta?
- 2- Como você chegou a ser coordenador de PSF? Descreva como você considera que sua formação profissional e/ ou experiência de trabalho influenciam e / ou influenciaram a sua indicação para o cargo e exercício de suas funções?
- 3- Fale sobre o seu dia-a-dia, o seu cotidiano? Faça um breve relato da vivência enquanto gerente e a execução de suas atividades.
- 4- Quais as pessoas que estão sob sua subordinação? E a quais você está subordinado?
- 5- Como é o seu relacionamento com sua equipe de trabalho? (Equipes de PSF e gestor municipal)
- 6- Descreva como você considera que as mudanças tecnológicas, organizacionais e de gestão do trabalho influem nas atividades por você desempenhadas?

7- Qual a importância que você atribui às atividades por você executadas para a organização do processo de trabalho do PSF e da gestão municipal?

8- O que você considera como a missão do coordenador de PSF?

### **Roteiro de entrevista B.**

Aos gestores Municipais.

Nome do entrevistado:

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Tempo de formado:

Pós- graduação: ( ) sim ( ) Não      Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Cargo:

Tempo no cargo:

1- Coordenador, descreva como você identifica o coordenado de PSF de seu município.

2- Descreva o que você considera ter influenciado a indicação dele para o cargo.

3- Faça um breve relato de sua vivência com o coordenador.

4- Como é o seu relacionamento com o coordenador?

5- Qual a importância que você atribui às atividades executadas pelo coordenador para a organização do processo das equipes de SF e para a gestão municipal?

### **Roteiro de entrevista C.**

#### **Aos Profissionais da equipe de Saúde da Família**

Nome do entrevistado:

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Tempo de formado:

Pós- graduação: ( ) sim ( ) Não      Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Cargo:

Tempo no cargo:

- 1- Coordenador, descreva como você identifica o coordenador da ESF de seu município.
- 2- Descreva o que você considera ter influenciado a indicação dele para o cargo.
- 3- Faça um breve relato de sua vivência com o coordenador.
- 4- Como é o seu relacionamento com o coordenador?
- 5- Qual a importância que você atribui às atividades executadas pelo coordenador para a organização do processo das equipes de SF e para a gestão municipal?

**ANEXO 01**

Ata de aprovação do projeto no Comitê de ética e pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 440/08

Interessado(a): Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna  
Departamento de Enfermagem Materno Infantil  
Escola de Enfermagem- UFMG

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 1º. de outubro de 2008, o projeto de pesquisa intitulado **"A configuração identitária do coordenador municipal do Programa da Saúde da Família"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
Coordenadora do COEP-UFMG

