

# O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde

## *The Pact for Health in the daily practice of Primary Health Care*

Tânia Silva Gomes Carneiro<sup>1</sup>, Pedro Silveira Carneiro<sup>2</sup>, Lucieli Dias Pedreschi Chaves<sup>3</sup>,  
Janise Braga Barros Ferreira<sup>4</sup>, Ione Carvalho Pinto<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.  
jasmimgomes@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutorando em Saúde na Comunidade pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.  
pscarneiro@gmail.com

<sup>3</sup> Livre-docente pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Professora associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.  
dpchaves@eerp.usp.br

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Professora da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.  
janise@fmrp.usp.br

<sup>5</sup> Livre-docente pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Professora associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.  
ionecarv@eerp.usp.br

**RESUMO** Partindo do princípio de que o Pacto pela Saúde precisa fazer sentido para quem o efetiva nos espaços micropolíticos, este estudo buscou compreender a implementação do mesmo na prática cotidiana dos trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da rede de Atenção Primária à Saúde e à equipe saúde da família do município de Marília (SP). Utilizaram-se a abordagem qualitativa, entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo. Surgiu, nas entrevistas, o modo como as relações entre trabalho e gestão são produzidas e a maneira como as prioridades nacionais se relacionam com essa produção. Buscou-se trazer o reflexo e a contribuição da prática cotidiana à implementação do Pacto pela Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Pacto pela Saúde; Atenção Primária à Saúde; Trabalho; Gestão em saúde.

**ABSTRACT** From the principle that the “Pacto pela Saúde” must make sense for those who implement it in the micro politic spaces, the study has sought to understand its implementation in the daily practice of the health workers attached to the Primary Health Care Network coordination and to the Family Health team in the municipality of Marília-SP. The qualitative approach was used, with semi-structured interviews and content analysis. Emerged, from the interviews, the way relations between work and management are produced and the way national priorities relate to this production. It was intended to bring the reflection and the contribution of daily practice to the implementation of the “Pacto pela Saúde”.

**KEYWORDS** Pact for Health; Primary Health Care; Work; Health management.

## Introdução

Nos 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), são apontados avanços na implementação dos seus princípios e diretrizes constitucionais, em especial, a universalidade e a descentralização, com uma importante inclusão social no sistema público de saúde. Ocorrem também avanços na gestão do sistema público com a criação dos fundos de saúde, dos repasses fundo a fundo, das comissões intergestores (tripartite e bipartite), das normas operacionais básicas pactuadas e, recentemente, no Pacto pela Saúde, em suas três dimensões: Pacto pela Vida; em Defesa do SUS; e de Gestão (SANTOS, 2010).

O Pacto pela Vida compõe um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, expressos em objetivos de processos e resultados que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população (BRASIL, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores do sistema, de repolitizar a saúde com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para o sistema, valorizando o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária (BRASIL, 2006).

A partir do Pacto pela Saúde, os acordos estabelecidos entre as três esferas de governo são formalizados por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que compreende responsabilidades, objetivos e metas associados a indicadores e prioridades definidas nacionalmente.

*A adesão aos termos substitui os antigos processos de habilitação previstos nas normas operacionais do SUS como requisito para transferência de responsabilidades e recursos (MACHADO ET AL., 2010, p. 25).*

Atualmente, com o Decreto no 7.508/11, o TCG será substituído pelo Contrato

Organizativo da Ação Pública da Saúde (BRASIL, 2011), que ainda não está vigente em todo o território nacional.

O Pacto pela Saúde, em suas três dimensões, representou uma mudança na forma de atuação do nível federal, assim como uma revisão das relações federativas no SUS, com aumento da necessidade de cooperação intergovernamental. No entanto, embora haja ênfase na pactuação federativa como eixo, a elaboração dos compromissos pactuados se articula pouco com o planejamento, se baseando mais na expectativa de solidariedade entre os entes, o que acaba sendo um ponto frágil do Pacto pela Saúde. Isso se evidencia pela pouca ênfase no diagnóstico situacional prévio à pactuação, pela dificuldade de cada realidade local realizar uma adaptação das metas e prioridades, e pela não definição de instrumentos para atingir as metas pactuadas (investimentos, recursos, estruturas etc.) (MACHADO ET AL., 2010).

Segundo Santos (2007, p. 434), as mudanças propostas no Pacto pela Saúde devem ser analisadas sob o ponto de vista da macropolítica e da microgestão. A microgestão está atrelada à micropolítica do trabalho em saúde, “onde está localizado o espaço para acumulação de êxitos visíveis e consecução de mudanças significativas do SUS”.

Nesse sentido, as prioridades definidas nacionalmente para o Pacto pela Vida (BRASIL, 2008) apresentam objetivos, metas e indicadores que, necessariamente, se traduzem em um conjunto de compromissos e responsabilidades para as práticas cotidianas nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), articulando-os à finalidade do trabalho. Entre estas prioridades está o fortalecimento da própria APS, organizada e qualificada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008). A Política Nacional da Atenção Básica elege a ESF como a estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde em todo o território nacional.

Desde a implantação da saúde da família, em 1994, houve grande expansão no número

de equipes, sendo que, em setembro de 2010, a cobertura, segundo o Ministério da Saúde, chegou a 99,4 milhões de pessoas, com 31.500 equipes implantadas (BRASIL, 2008). Contudo, para além da expansão, questões de qualidade permanecem no debate, ao lado de problemas ligados à própria natureza de um programa público universal que almeja a equidade.

Uma discussão premente centra-se na potencialidade para transformação da ESF, ao privilegiar outras interfaces do sistema, à medida que busca estimular a organização dos sistemas locais e aproximar os serviços à realidade da população, envolvendo os atores sociais desses cenários, para que possam desenvolver todas as competências necessárias para a produção do cuidado, em uma Atenção Básica que ambiciona resolver cerca de 80% dos problemas de saúde apresentados pelos usuários, embora nem sempre isso se concretize. Atenção Básica que deve ser necessariamente entendida como aquela que disputa seu papel, que não deve ser simplesmente reiterado sob o ponto de vista do discurso, mas consolidada gradualmente através da ampliação da sua legitimidade perante os usuários, como efetivamente resolutive e coordenadora do cuidado (CECILIO ET AL., 2012).

Assim, quanto mais estudos aproximarem os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde envolvidos no processo de trabalho dos serviços de saúde com o compromisso político institucional assumido pelo município com o Pacto pela Saúde, maiores serão as chances de que este se torne uma política pública efetiva.

O profissional de saúde produz trabalho vivo no exercício de suas funções, ou seja, o resultado de seu trabalho é consumido durante sua produção, apropriando-se dos instrumentos para produção do trabalho e sendo o produto desse trabalho (MERHY, 1997, 2002).

Este estudo apoiou-se no referencial da micropolítica do trabalho em saúde de Mehry (1997, 2002). Este autor conceitua a micropolítica do trabalho vivo em ato, que nos permite

duvidar, analisar e revelar os sentidos e a direcionalidade (intencionalidade) do processo de trabalho em saúde, e seus modos de operar cotidianamente os processos produtivos. Esse movimento é fundamental nas dobras da gestão dos estabelecimentos de saúde e de seus resultados, como o lugar onde se governam os processos institucionais, pois é o espaço da formulação e da decisão de políticas. É também o lugar onde se pode imprimir direcionalidade aos atos produtivos, ao governar processos de trabalho. Na micropolítica, o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, possibilitando ao trabalhador a criação de novos processos de trabalho, interrogando os velhos processos cristalizados.

Entende-se que a simples pactuação não garante que venham a ocorrer mudanças na maneira de se produzir o cotidiano dos serviços de saúde. Isto depende, também, da

*descentralização do processo de gestão para que os atores locais – gestores, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e usuários – tornem-se protagonistas na pactuação de novos compromissos e responsabilidades (BRÊTAS; SILVA, 2010, p. 31).*

Diante desse desafio, este estudo tem por objetivo compreender o processo de implementação do Pacto pela Saúde na prática cotidiana dos trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da Rede de Atenção Primária à Saúde e os vinculados à coordenação da equipe saúde da família.

## Material e método

Este estudo é um recorte de uma pesquisa do programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP/USP), realizada em dez Unidades de Saúde da

Família (USF), no município de Marília (SP).

No momento do estudo, Marília (SP) contava com uma cobertura de 36,71% de ESF, com 29 USF (MARÍLIA, 2008). As USF participantes foram selecionadas tomando-se como critérios ter mais de um ano de implantação e adscrição do território em área de risco social, segundo o mapeamento realizado pelo município (MARÍLIA, 2008).

Este estudo elegeu a abordagem qualitativa por pretender caracterizar ou conhecer o universo dos símbolos, significados, subjetividade e intencionalidade dos sujeitos participantes, buscando acessar o cotidiano, as vivências e as explicações do senso comum das pessoas que vivenciam determinada situação (MINAYO, 2007).

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas durante o mês de dezembro de 2009, pelos próprios pesquisadores. Segundo Minayo (2007), no ato da entrevista, a interrelação contempla os planos afetivo e existencial e o contexto do dia a dia das experiências e linguagens, que podem ser reveladoras de condições estruturais, sistemas de valores, normas, símbolos, concepções e percepções acerca do que se quer conhecer nas pesquisas.

Foram convidados a participar todos os trabalhadores de saúde vinculados à gestão colegiada da coordenação das equipes de saúde da família: médico, dentista, enfermeiro das dez USF selecionadas e os vinculados à coordenação da rede de Atenção Primária à Saúde municipal. Foram critérios de exclusão: atuar há menos de dois anos na rede de Atenção Primária municipal; atuar há menos de um ano na coordenação ocupada no momento do estudo; não aceitar participar do estudo e, dessa forma, não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); e a impossibilidade de participar da entrevista durante o período em que estas foram realizadas.

Esclarecemos que, no momento do estudo em Marília (SP), a coordenação das unidades de saúde era realizada de forma colegiada

pelos profissionais de nível superior mencionados. As coordenações das unidades estavam subordinadas à coordenação da rede de Atenção Primária à Saúde do município, que se situa no nível central da Secretaria Municipal de Saúde.

Assim, participaram do estudo: 20 trabalhadores de saúde, 17 da coordenação da equipe saúde da família e três da coordenação da rede de Atenção Primária à Saúde municipal.

O roteiro utilizado para as entrevistas, construído previamente, abordou aspectos da percepção, apropriação e compromisso dos trabalhadores de saúde com o Pacto pela Saúde em suas práticas cotidianas no serviço de saúde. Após a anuência dos sujeitos participantes, as entrevistas foram gravadas, permitindo que as informações coletadas fossem transcritas literalmente, preservando-se a fidedignidade das informações.

Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (BARDIN, 1995), que abrangeu três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; e inferência e interpretação. Para garantir o anonimato dos participantes, suas falas foram codificadas com o uso de letras seguidas de uma numeração – Coordenação da equipe saúde da família (denominados CE, de 1 a 17) e Coordenação da rede de Atenção Primária à Saúde (denominados CR, de 1 a 3).

Em cumprimento aos requisitos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP e pelo Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) da Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SP).

## Resultados e discussão

### A implementação do Pacto pela Saúde na prática cotidiana

Dos 20 trabalhadores de saúde entrevistados, 5 (25%) eram médicos; 6 (30%), odontólogos;

e 9 (45%), enfermeiros. Deste total, 17 (85%) eram do sexo feminino. O tempo de formação variou entre 5 e 27 anos, com média de 11,35 anos, e a idade variou entre 28 e 52 anos, com uma média de 35,5 anos.

O tempo de trabalho na rede de Atenção Primária à Saúde de Marília (SP) variou entre 2 e 11 anos, com média de 6,2, que foi semelhante ao tempo daqueles que trabalhavam nas Unidades de Saúde da Família no momento do estudo. Assim, os participantes deste estudo já trabalhavam no município desde antes de sua adesão ao Pacto pela Saúde, em 2007.

Em relação à especialização lato sensu, 15 (75%) dos trabalhadores apresentavam alguma forma de pós-graduação, sendo 12 (60%) específicas em saúde da família.

Nos relatos dos trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da equipe saúde da família, quando abordados de forma direta sobre o Pacto pela Saúde, as três categorias profissionais referiram uma aproximação geral, mostrando um conhecimento superficial, como segue:

*Sobre o pacto da saúde? Então, eu não tenho muita informação sobre isso, né? Eu ouvi falar muito vagamente, eu não consigo falar sobre isso (CE15). (...) eu acho que estou um pouco distante disso e ainda não tenho informação suficiente. (...) talvez pela rotina mesmo, pela rotina de trabalho e por falta de informação mesmo (CE1). (...) eu tenho uma noção muito sucinta, às vezes, eu não tenho nada que me aprofunde dentro disso. Se me perguntar os tipos de pactos e como que é, eu não sei dizer claramente (CE6).*

Tal aproximação é trazida a partir de reuniões, em uma pactuação longínqua do cotidiano dos serviços e da comunidade onde se realiza o cuidado, em suas conexões sociais, econômicas, culturais, éticas e políticas, na conformação do viver, de perceber e de se implicar com a produção social da saúde:

*(...) a gente já participou de algumas reuniões com a secretaria, foi mencionado isso (...) as metas que o município entra em acordo (...) as metas que o município precisava atingir, mas eu não sei te dizer exatamente o que é esse pacto pela saúde, (...) foi pinceladas, assim, em algumas reuniões (CE14).*

Isso se reafirma nas falas dos coordenadores da Rede de Atenção Primária à Saúde sobre a realidade da operacionalização do Pacto pela Saúde no município:

*(...) talvez, eles saibam dizer, porque eles ouviram falar, mas não porque a gestão conseguiu fazer um movimento de envolvê-los no processo (CR1).*

*(...) eu acho que hoje a gente não trabalha com a ponta, a gente ainda tá assim... a gente avalia o que a ponta faz, mas não existe a participação da ponta na pactuação desses indicadores, dessas metas. Então, eu ainda acredito que fica um pouco fora da realidade e acredito que isso só vai ser possível quando a gente conseguir agregar os trabalhadores a essas reuniões onde a gente tenta pactuar as metas (CR3).*

Percebe-se um maior conhecimento sobre o Pacto pela Saúde na fala da coordenação da rede de Atenção Primária, o que traz a ideia de que o conhecimento do pacto como instrumento de gestão se acumula na coordenação da rede, evidenciando um distanciamento da equipe saúde da família em relação ao real objeto desse pacto: o cotidiano dos serviços de atenção primária.

Como visto nessa fala:

*Então, o pacto, eu acho que foi um grande avanço no SUS, né? (...) a gente conseguiu trazer vários nortes que a gente tinha, tentava através das NOBs (Norma Operacional Básica) das NOAS (Normas Operacionais da Assistência à Saúde), e aí se consolidou tudo e se criou o pacto (...) uma das diretrizes do Pacto pela*

*Vida é a questão do fortalecimento da Atenção Básica. Então, eu acho assim, que o pacto veio fortalecer os gestores enquanto plenos da... do seu sistema, né? (...) com o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto de Gestão trazendo as diretrizes para você pensar a gestão no seu município (...) você colocando, através de indicadores, métodos, o que você faz e o que você não faz; se você não faz, em quanto tempo você vai fazer. Então, ele traz um norte para a gestão municipal (CR2).*

A percepção da responsabilidade e da importância do papel do coordenador da rede de Atenção Primária na aproximação dos trabalhadores das equipes saúde da família para a construção do sentido do Pacto pela Saúde no processo de trabalho esteve presente, como evidencia o depoimento que segue:

*A coordenação da Atenção Básica, ela é fundamental para entender o Pacto pela Saúde, e nós somos o canal, acredito, pra tá levando essas aproximações para as equipes (...) porque, por várias aproximações, a pessoa vai entender o papel dela como profissional de saúde, dentro do Pacto pela Saúde (CR1).*

A pouca aproximação e o distanciamento estão relacionados à maneira como o Pacto pela Saúde foi construído e apresentado no espaço micropolítico. Neste sentido, Machado *et al.* (2009) discutem que o Pacto pela Saúde ainda se apresenta como normativas e portarias expedidas pelo Ministério da Saúde ou pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). E essas informações, embora disponíveis em sites oficiais, demoram a chegar aos profissionais que atuam diretamente na assistência à saúde.

Assim, não basta, para a efetivação do Pacto pela Saúde, a relação entre os gestores nas comissões interfederativas, sendo necessária a participação dos trabalhadores, pois são eles que, a princípio, convivem com a realidade

local e podem adequar a qualidade da resposta do sistema às necessidades da população. São os resultados construídos a partir do cotidiano concreto, pelas ações de quem produz a saúde em ato, que reorganizam e sustentam as novas pactuações. Nesse sentido, a fala da coordenação da rede de Atenção Primária traz a percepção da necessidade de construção de uma lógica ascendente:

*(...) [o Pacto pela Saúde] traz as prioridades em nível nacional, né?, mas dando essa possibilidade de você agregar a sua realidade, quer dizer, se você tem uma outra necessidade que não está contemplada ali, você deve colocar, você deve pensar. E aí, por isso que seria interessante você fazer essa proposta ascendente, porque você, fazendo a fragmentada, você acaba ficando só no modelinho do que está ali e você, trazendo as pessoas para a discussão, você vai ampliar o olhar, e aí você consegue qualificar e trabalhar realmente com a realidade e as necessidades (CR2).*

### É importante que os trabalhadores

possam ser e estar envolvidos na adesão crítica e consciente ao projeto, e que repensem o seu papel, assumindo a dimensão de parceiros construtores desse projeto e não somente de seus executores (ACIOLE, 2012, p. 689).

Para Cubas (2011), é no nível local – que teria mais conhecimento da realidade e das necessidades de saúde de seu território a serem enfrentadas (pelo menos, a princípio) – e de sua capacidade instalada, que deveriam ser pactuadas as metas

para, de fato, organizar suas práticas de forma democrática e participativa, construindo assim a pactuação das metas em conformidade com o conceito de Atenção Básica. Entretanto o que se verifica na realidade é que este movimento de pactuação ainda está distante de ser democrático e participativo. A equipe, por não possuir espaços de escuta e discussão, por vezes, é

considerada como uma simples executora do plano, não tendo consciência do real impacto de suas ações (CUBAS, 2011, p. 1761).

O envolvimento com a 'obra' é relativo ao conhecimento e à participação na elaboração das metas municipais pactuadas. Em algumas falas, aparece a falta de comunicação a respeito das metas e, em contrapartida, o reconhecimento de que, no dia a dia do trabalho nos serviços de saúde, pode-se chegar a atingi-las, porém, sem que se saiba que elas faziam parte de uma das metas pactuadas:

*(...) talvez, se eu conhecesse melhor, eu acho que, talvez, eu pudesse desempenhar minha função de uma forma melhor e, aí, eu acho que poderia até ter uma contribuição maior para que o pacto funcionasse, porque, a partir do momento que eu desconheço, eu nem sei se eu estou contribuindo (...)* (CE4).

Aciole (2012, p. 684) corrobora com a importância da participação ao reconhecer

a necessidade de um pacto ético/político entre gestores e trabalhadores. Neste pacto, a gestão do sistema deve assumir a perspectiva cotidiana de produção da saúde e nela reconhecer o protagonismo do ator essencial, que são os trabalhadores de saúde.

As relações de contratualidade e os acordos entre os atores envolvidos nem sempre são conhecidas e faladas, sendo necessário, para analisá-las, compreender que são construídas politicamente, apesar de se apresentarem como técnicas. Entende-se que este processo de contratualização não é único, depende das situações e das maneiras como os atores expressam as intenções, lugares e desejos; dos momentos de força que ocupam; dos modos como jogam no cenário; das suas acumulações ou não (MERHY ET AL., 2007).

A corresponsabilidade do trabalhador favorece o entendimento sobre o significado

de seu trabalho, produzindo um caminho a ser trilhado, norteado por objetivos e metas que confirmam direcionalidade para o fazer (MERHY ET AL., 2007), algo que nem sempre está presente no cenário estudado, como vemos na seguinte fala:

*(...) às vezes, a gente trabalha, trabalha, trabalha e não vê pra onde a gente tá indo, o que a gente tá fazendo, (...) a importância da avaliação desses objetivos, dessas metas, é pra ver, justamente, se você está indo no caminho certo (...)* (CE14).

Até mesmo para contribuir com o que foi pactuado pelo município, é importante conhecer e lidar com indicadores como parâmetros para a prática cotidiana.

Mesmo nesse contexto, em que não são envolvidos no processo de pactuação, os trabalhadores vinculados à coordenação da equipe saúde da família consideraram que o desenvolvimento de seu trabalho cotidiano pode contribuir para o cumprimento das metas pactuadas:

*(...) se a gente for ver todo o contexto, então, a equipe contribui muito [para o cumprimento das metas]. Se nós não tivermos atentos, não fazer acontecer, não adianta ter a gestão lá em cima"* (CE6).

Este aspecto evidencia a potencialidade do trabalhador para o comprometimento com a efetivação do Pacto pela Saúde. Ressalta-se que este comprometimento não se dá no âmbito de meros executores, mas de sujeitos que são portadores de suas críticas, como demonstram ao relatar a incompatibilidade de determinadas metas municipais, em relação às suas realidades locais. Por serem metas homogêneas, podem fazer confronto com as realidades das Unidades de Saúde da Família que não são iguais.

*(...) a gente tinha um número muito grande de gestantes adolescentes. Isso sempre foi uma pedra no nosso sapato, porque sempre foi*

*estabelecido que as gestantes adolescentes são gestantes de risco, que não era conveniente, (...) só que a realidade daqui não é essa, elas querem engravidar na adolescência. Então, o que fazer com esse desejo? Porque existe um desejo, e aí, nós trabalhamos junto com a coordenação de saúde da mulher, saúde da criança e a coordenação da Atenção Básica, e todos nós, juntos com a equipe, nós chegamos à conclusão de que o papel da unidade, nisso, é de apoiar essas adolescentes em um ótimo pré-natal (...). Nós chegamos à conclusão que assim, que a meta de não ter gestantes adolescentes não é para nós. A nossa realidade não é não ter gestantes adolescentes, é ter gestantes adolescentes em pré-natal, em acompanhamento regular (CE7).*

Nesse sentido (de produção de sujeitos), os objetivos, indicadores e metas precisam ser geridos, não como um modelo a priori de organização do trabalho que dispute com o que já é feito, mas como uma forma de trazer interrogações sobre o que está ocorrendo, abrindo à possibilidade dos trabalhadores das equipes de saúde construírem novas formas de realizar o trabalho que dialoguem com sua realidade, ressignificando as metas pactuadas para que façam sentido.

Segundo Merhy, Magalhães Junior e Franco (2007), o segredo, em situações reais, é olhar e analisar cada situação na sua singularidade, o que depende das relações de contratualidade entre os diversos atores sociais em cena, que, no Pacto pela Saúde, precisam estar claras por meio do diálogo.

Nas relações de contratualidade do município em estudo, além da coordenação da equipe saúde da família e da rede de Atenção Primária, foi mencionado, nas falas dos participantes, outros atores: os entrevistados se remetem aos grupos técnicos dos programas assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde, constituídos no nível central desta mesma secretaria pelos técnicos de cada programa (saúde da mulher, da criança etc.) como

participantes desse processo de definição de metas, processos de trabalho, necessidades de saúde. No entanto, verificou-se que essas contratualidades assumem roupagem técnica na forma de planilhas, reuniões, alimentação de base de dados etc.:

*(...) a nível central, a gente tem os grupos técnicos, tem saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde mental (...), então, a gente preenche planilhas em determinada época do mês. Mais ou menos até o dia 20, eu preencho a planilha referente ao mês anterior, o que aconteceu (...)* (CE11).

Essa prática fragmentada e desarticulada com os diversos atores na realidade do município estudado é apontada na fala a seguir, equipe saúde da família:

*(...) a gente ainda tem uma dificuldade na secretaria, de se trabalhar muito fragmentado, que é uma crítica que eu faço ao nosso organograma. A gente, o organograma tradicional, com as caixinhas, ele divide muito, né? (...) as pessoas acabam não se integrando e formando uma roda para se discutir as prioridades conjuntamente, né? (...) a gente acaba focando mais nas prioridades de cada quadradinho, de cada setor. Então, por exemplo, a construção [do Pacto] se deu em cada setor. Então, os indicadores são da criança, (...) do adulto, (...) saúde da mulher (...)* (CR2).

Apesar das dificuldades na relação entre gestão e trabalhadores apontadas pelos participantes do estudo, também houve momentos em que a gestão municipal considerou as experiências das realidades locais, em iniciativas nas quais os trabalhadores foram convidados a participar:

*(...) da dengue foi feita uma reunião com o representante de cada unidade de saúde do município, não só do nível superior como também agente comunitário, por exemplo. Eu*

*estou te citando, foi a última e onde foram todos ouvidos dentro da suas experiências, das suas realidades. E aí, a coordenação da Atenção Básica fez um balanço final, propondo novas metas que fossem condizentes com aquilo que o pessoal da ponta indicava (CE13).*

A participação facilita a satisfação de necessidades de realização pessoal e profissional, à medida que possibilita a expressão e o uso das potencialidades de contribuição de cada pessoa. E, ainda, mobiliza esforços e acrescenta habilidades individuais, que separadamente seriam inúteis ou impossíveis de se utilizar (MOTTA, 2002). A participação na fala do trabalhador é considerada importante, por refletir a oportunidade de dimensionar o todo como uma forma de reconhecer sua realidade local inserida no contexto do município:

*Muito importante [a participação], porque aí você consegue também ter uma avaliação não só da sua microrregião ali, mas, também, do como que está esse município, (...) Não fica só ali em nível central: a gente decide, a gente discute, a gente cobra de vocês. Tem que conhecer um pouco qual é a nossa realidade (CE11).*

Assim, está presente nas falas dos entrevistados a percepção da necessidade de dialogar com a coordenação da rede de Atenção Primária, a fim de poder qualificar o processo de planejamento e desfazer a forma verticalizada da articulação entre as coordenações, ideia essa que está presente também na fala da coordenação da rede de Atenção Primária:

*(...) a hora que a gente conseguir fazer essa questão da democracia, envolvendo as pessoas, fazendo coisas ascendentes, entendeu?, e se a gente conseguir avançar nessa coisa do conjunto, do coletivo, eu acho que o pacto vai fazer muito mais parte da nossa rotina do que faz hoje (CR2).*

Entende-se como essencial realizar um movimento democratizante nos espaços em que é tecida a micropolítica do processo de trabalho, que pode fortalecer a construção do Pacto pela Saúde na prática cotidiana dos serviços de saúde.

## Conclusões

Discutir a implementação do Pacto pela Saúde a partir da prática cotidiana dos serviços de saúde da Atenção Primária permitiu compreender o modo como as relações entre trabalho e gestão são produzidas e a maneira como as prioridades em nível nacional se relacionam com essa produção.

Constatou-se haver pouca aproximação dos trabalhadores vinculados à coordenação da equipe saúde da família com o Pacto pela Saúde no espaço micropolítico do trabalho, revelando inicialmente um conhecimento superficial e uma percepção de distanciamento na elaboração desse pacto frente às realidades do cotidiano dos serviços. Esse distanciamento se justifica pelo processo de construção das metas municipais ainda se darem em uma lógica setorizada, por programas verticais, sem a participação dos atores que desenvolvem as ações previstas.

Apesar desse contexto, entendemos que o Pacto pela Saúde gera direcionalidade nos processos de trabalho, ao vermos que, nos relatos das cenas do dia a dia trazidos pelos entrevistados, surgem as formas de concretização das metas pactuadas pelo município nas atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho na Atenção Primária.

Os trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da equipe saúde da família consideraram que o desenvolvimento de seu trabalho no cotidiano contribui para o cumprimento das metas pactuadas no município, inclusive, com momentos onde a equipe saúde da família ressignifica a meta pactuada, para fazer sentido a partir das realidades singulares de cada equipe.

Essa realidade não exclui que o comprometimento com o Pacto pela Saúde tenha relação com o conhecimento e a participação na elaboração das metas municipais pactuadas, tendo em vista que os elementos desse mesmo pacto chegam de forma filtrada, com metas homogêneas para o município, que fazem confronto ou nem sempre fazem sentido para a realidade local da atenção primária. Tal comprometimento depende da articulação dos diversos atores sociais em cena e da possibilidade de explicação das várias formas de ver o cotidiano e os problemas percebidos, passando necessariamente pelo diálogo.

No entanto, houve momentos pontuais de uma participação dialogada, na tentativa de ouvir e considerar as realidades locais dos trabalhadores de saúde, a exemplo do combate da dengue no município, que seria um modo de trazer os trabalhadores para o centro do processo decisório.

Assim, considera-se que é possível o trabalhador de saúde, no processo de trabalho, assumir a autoria de sua 'obra', e

de seu empenho com a 'obra' em contínua construção que é o SUS, ao interrogar o mundo de seu trabalho, possibilitando o entendimento da intencionalidade do trabalho nos planos ético e político. É necessário muito diálogo entre gestão e trabalho, a fim de aproximar os trabalhadores de saúde da construção de sua obra para com SUS, e constituí-lo a partir daquilo que acontece na realidade local, nos espaços da micropolítica do trabalho em saúde.

Neste estudo, identificou-se que as mudanças propostas pelo Pacto pela Saúde dependem, na prática, também das contratualidades dos trabalhadores de saúde envolvidos com o processo de produção da saúde. Dessa forma, o trabalhador de saúde precisa ser incorporado nas contratualidades do Pacto pela Saúde. Entende-se que o Pacto pela Saúde não pode ser um 'fazer por fazer', é necessário que faça sentido para quem o efetiva nos espaços micropolíticos, pois o fazer dos trabalhadores de saúde tem reflexos e resultados na realidade. ■

---

## Referências

ACIOLE, G. G. Falta um pacto na Saúde: elementos para a construção de um Pacto Ético-Político entre gestores e trabalhadores do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 684-694, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. *Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 fev. 2008. Seção I, p. 37.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19

de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995.

BRÊTAS, J. N., SILVA, S. F. Avaliando o Pacto pela Saúde: uma oportunidade estratégica para promover avanços no SUS? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 46, p. 27-31, maio 2010.

CECILIO, L. C. O. et al. A atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

CUBAS, M. R. Desafios para a enfermagem no alcance das metas da Atenção Primária. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 45, n. especial 2, p. 1758-1762, 2011.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet], v. 11, n. 1, p. 181-187, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2367-2382, ago. 2010.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão 2008*. Marília: Prefeitura Municipal, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

\_\_\_\_\_. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. M.; FRANCO, T. B. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SANTOS, N. R. O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para visualização dos rumos: a necessidade de acompanhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007.

SANTOS, N. R. *Sistema Único de Saúde - 2010: espaço para uma virada*. Mundo saúde, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010.

---

Recebido para publicação em fevereiro de 2014

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve