

Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos

Health, democracy, and organization of work in the context of the Family Health Program: strategic challenges

Túlio da Silva Junqueira^I
Rosângela Minardi Mitre Cotta^I
Ricardo Corrêa Gomes^I
Suely de Fátima Ramos Silveira^I
Rodrigo Siqueira-Batista^{II}
Tarcísio M. Magalhães Pinheiro^{III}
Elza Machado de Melo^{III}

PALAVRAS-CHAVE

- Democracia.
- Recursos humanos em saúde.
- Sistemas de saúde.
- Sistema Único de Saúde.
- Programa Saúde da Família.

KEY WORDS

- Democracy.
- Health manpower.
- Health systems.
- Single Health System.
- Family Health Program.

RESUMO

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

ABSTRACT

Democracy should work towards satisfying diverse interests (for the common good), which is indispensable for establishing consensuses between the various stakeholders whenever possible. Since the mid-1970s, Brazil has undergone important political and democratic changes, making this a period of fundamental transformation in the country's health paradigms. With the 1988 Constitution and the creation of the Unified National Health System (SUS), health system administrators, workers, and patients are dealing with a new way of conceiving, organizing, developing, and producing healthcare services, namely the social healthcare production model. However, to promote a real break with the previous Flexnerian health model, labor relations must overcome the flexibilization (casualization) of health work through such measures as consistent investments in human resources management, with the creation of means for discussing democratic administration. The current article aims to rethink the relations between democracy and health, reflecting analytically on the work management practices in the Family Health Program (FHP) in the context of policy reforms. Consolidation of the FHP as the key element for reorganizing primary healthcare in Brazil will allow shaping new institutional arrangements, capable of impacting the country's sociopolitical culture, thereby contributing to fairer and more effective policies with solidarity, as proposed under the National Health System.

Recebido em: 08/10/2007

Reencaminhado em: 14/02/2008

Aprovado em: 04/03/2008

^I Universidade de Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

^{II} Centro Federal de Educação Tecnológica de Química de Nilópolis, Rio de Janeiro, Brasil; Centro Universitário Serra dos Orgãos, Rio de Janeiro, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

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

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

A cidade-estado, ao incentivar os homens a tomarem o destino em suas próprias mãos, dessacraliza. Nada do que pertence ao domínio público há de ser regulado por um único indivíduo. Assuntos comuns são tratados no debate, guerra de palavras, origem do bem comum. O discurso sustenta, congrega, une crítica, vigia, reina.” [...] “A palavra é nossa cidade⁴.

Tal desenvolvimento sustentado pela *palavra* é a base para a *democratização*, conjunto de processos de produção ou reprodução de comportamentos democráticos, na esfera do governo e da sociedade. Neste sentido, o pensamento grego antigo é absolutamente atual⁵⁻⁸, especialmente ao se reconhecer que tal movimento se constituiu sempre que comportamentos político-democráticos são internalizados pelos atores políticos no processo de socialização ou quando existe consenso entre os atores políticos para substituir a satisfação de interesses particulares por interesses coletivos. A democracia deve promover a satisfação de interesses diversos – o bem comum –, o que é imprescindível para a construção dos consensos, quando possível, entre os distintos atores⁹.

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

Desta forma,

a alternativa parece supor que os agentes produzem bens coletivos não devido à capacidade racional de maximizar a utilidade e evitar puni-

ções, mas em virtude de sua disposição normativa para fazê-lo, ou da relação de confiança, reciprocidade, simpatia e justiça que sentiram existir entre si próprios e as demais pessoas que contribuem¹⁰.

No âmago dos debates democráticos está a questão dos direitos sociais, uma vez que, para a reprodução da democracia – entendida, sob inspiração grega, no cerne de um discurso que “sustenta, congrega, une, critica, vigia, reina”⁴ –, é indispensável a constituição de sujeitos democráticos, o que remete a uma concepção específica da sociedade, referenciada no reconhecimento de si mesmo e do outro e que se expressa na existência de direitos a serem usufruídos pelo conjunto dos cidadãos¹². Merece destaque, no bojo dos debates sobre os direitos sociais, o direito à saúde, especialmente se este for considerado não apenas um direito social, mas, sim, um conjunto formado por praticamente todos os direitos sociais¹³. De fato, o direito à saúde, além de envolver ações específicas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde – prestadas por um sistema especializado –, alberga, também, determinantes da situação de vida e de trabalho, e do ambiente, entre outros, ou seja, as condições necessárias ao prosseguimento da vida com um mínimo de qualidade¹⁴.

Neste sentido – relações entre saúde (enquanto direito) e democracia –, vale ressaltar que tal pensamento esteve presente na luta pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil na segunda metade da década de 1970 e possibilitou a formulação do projeto da reforma sanitária brasileira sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica. Procedente de um grupamento de profissionais e intelectuais da área de saúde, o movimento sanitário se propôs a incorporar em sua luta as demandas da sociedade como um todo, partindo da consideração de que as condições de exercício profissional estão submetidas às mesmas determinações que se responsabilizam pela precariedade da saúde da população. Esta expansão do grupo é parte do processo de construção de hegemonia, isto é, de uma nova relação entre classe-Estado-sociedade^{15,16}.

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

As conferências de saúde podem ser espaços públicos para a efetiva participação política da sociedade civil, contribuindo para a democratização das ações do Estado na construção do direito à saúde no Brasil contemporâneo¹⁷. A VIII Conferência Nacional da Saúde (VIII CNS), realizada em 1986, pode ser considerada o marco deste movimento, ao representar um importante

momento de discussão e definição dos princípios propostos pela reforma. Nessa ocasião, foram sedimentados os princípios básicos sobre os quais o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser institucionalizado¹⁶.

A Constituição Federal de 1988 consolidou as diretrizes do SUS, estabelecendo como princípios deste sistema a universalização da cobertura e do atendimento, a descentralização das ações e serviços e a equidade no acesso aos mesmos¹⁸. Essas diretrizes enfocam também o atendimento integral, a participação da comunidade visando ao controle social e as ações e os serviços com a direção única em cada esfera de governo¹⁹.

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

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

Desta feita, o Programa de Saúde da família (PSF) incorpora e reafirma os princípios do SUS. Sem embargo, os princípios que norteiam o PSF são originários de propostas de diferentes grupos e articulações, tais como a Medicina Comunitária, as Ações Primárias de Saúde e os Sistemas Locais de Saúde (Silos). O que parece diferenciá-lo é sua inserção no escopo das políticas públicas de saúde, fazendo com que seus princípios sejam assumidos, pelo menos no discurso, por praticamente todos os gestores do País²¹.

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

fletindo sobre suas relações de poder. Cidadania caminha ao lado da democracia, e democracia se faz em ato²².

Neste contexto, a qualidade dos serviços de saúde passa a ser o resultado de diferentes fatores que se transformam em instrumentos, tanto para a definição e análise dos problemas, como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais sanitários e gestores (prefeitos, secretários e conselheiros municipais de saúde, entre outros) com as normas técnicas, sociais e humanas²³⁻²⁶.

Observa-se alta adesão dos secretários municipais de saúde à proposta do PSF, considerando-se os mais de 5 mil municípios em todo o território nacional²⁷; todavia, identifica-se que os aspectos inovadores do programa ainda terão que ser assimilados, assim como a necessidade de uma nova maneira de administrar. Segundo Campos²⁸, a resolução de pendências, como as relacionadas à gestão de recursos humanos (RH) na saúde, ajudará a cumprir as exigências do modelo de atenção proposto pelo SUS.

Vale ressaltar que a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerada questão simplesmente técnica, já que envolve mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnopolíticas e implicam a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, na expectativa de ampliação da qualidade da gestão, aperfeiçoamento da atenção integral, domínio do conceito ampliado de saúde e fortalecimento do controle social no sistema²³, ou seja, de ampliação da democratização na saúde.

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

Segundo esta perspectiva, este artigo propõe-se a repensar as relações entre a democracia e saúde a partir da análise reflexiva das práticas de gestão do trabalho no PSF no contexto das reformas políticas. Entende-se que o efetivo exercício do PSF como re-

organizador da Atenção Básica possibilita configurar novos arranjos institucionais – capazes de repercutir na cultura sociopolítica do país – e contribui para a construção de políticas mais eficazes, justas e solidárias.

O processo de redemocratização da saúde

Na segunda metade da década de 1970, em decorrência da crise do setor de saúde (financeira, burocrático-administrativa, de cobertura e de legitimidade), o modelo assistencial, que historicamente predominou em todo o País, vivenciava uma profunda crise. No âmbito da saúde pública, emergiam algumas propostas que visavam transformar as práticas das ações de saúde, objetivando ampliar a cobertura para a população excluída pela assistência previdenciária^{24,31,32}.

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

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

A realização da VIII CNS constitui um marco na história da saúde do Brasil, tendo reunido, pela primeira vez, uma gama diversificada de representantes sociais de todo o País, que resultou na ampla legitimação dos princípios e da doutrina do MRS. Como consequência desse fortalecimento político, o MRS conquistou a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e dos serviços necessários à garantia desse direito, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação de saúde”³⁶, garantindo, pelo menos legalmente, um processo de produção social da saúde^{16,33}.

A Constituição de 1988 avançou em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos no capítulo da Ordem Social, inovando ao consagrar o modelo de seguridade social, como “um conjunto integrado de ações e de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e à assistência social”³⁶. A inclusão da previdência, da saúde e da assistência social como partes da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, enquanto antes eram restritos à população beneficiária da previdência ou eram benefícios assistenciais que não constituíam direitos³⁵.

Para assegurar este direito, a Constituição Federal criou o SUS, obedecendo às diretrizes de regionalização, unificação e descentralização, assim como universalização do atendimento e da cobertura, hierarquização e integralidade do sistema e controle social. A reestruturação do sistema de saúde deveria ter como critério, para alocação dos recursos, os perfis epidemiológicos e demográficos dos usuários em nível municipal⁹. O detalhamento dessas diretrizes e as modalidades operacionais previstas para este sistema foram regulamentados por leis ordinárias, no caso as Leis 8.080 e 8.142 de 1990, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde (LOS)³⁷.

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

A descentralização conferiria às unidades prestadoras de serviço de saúde, em nível local, uma importância tática na reforma, uma vez que a adesão da população ao projeto de Reforma Sanitária não se faria nem pela via do discurso político-ideológico, nem pelas prescrições jurídico-legais, mas, fundamentalmente, pela compreensão fenomênica que se expressa no estabelecimento de melhores serviços prestados e recebidos³⁸.

Necessidade de mudanças

Conquistadas as bases constitucionais e legais do SUS, observa-se, no entanto, que sua operacionalização tem encontrado alguns óbices, não rompendo, assim, com o modelo anterior^{16,24}. Pela brutal e rápida diminuição dos investimentos que seriam destinados à ampliação e melhoria das condições da oferta e com a compressão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados, o resultado inicial foi a progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos³⁹, somada a uma crise da atenção médica manifestada na desorganização dos hospi-

tais e ambulatorios, em que se mesclam ingredientes perversos: filas, atendimento desumanizado, pacientes nos corredores, mortes desnecessárias, entre outros^{21,32}. Mas a solução dessa questão não é exclusivamente de ordem econômica, requerendo uma alteração radical do pacto de poder. Será necessário mais do que um sistema de saúde conceitualmente democrático para que se chegue a transformar o trabalho em patrimônio de cidadania.

Não obstante, a construção da cidadania implica a criação de normas e consensos partilhados tanto pelas elites quanto pelos demais membros de uma sociedade acerca das condições de inclusão nessa comunidade de iguais. Esse processo cultural de democratização da esfera pública requer sua normalização por meio de valores compartilhados, bem como o estabelecimento de normas legais que garantam direitos e deveres da cidadania. Finalmente, a possibilidade de desfrutar essa condição de cidadania vai requerer a institucionalização desses consensos por meio de políticas que garantam o acesso dos cidadãos ao conjunto de bens públicos que possibilitem o nível de bem-estar socialmente aceito como inerente à cidadania³⁵. Desta forma, a cidadania não é alguma coisa que nasça acabada, sendo construída pela adição progressiva de novos direitos àqueles já existentes⁴⁰.

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

O conceito de saúde tomado em sua negatividade, como ausência de doença, estrutura uma resposta sob a forma da prática da atenção médica nos marcos da medicina científica²¹. Tendo como referência esta forma de pensar, o conceito de doença, de acordo com Czeresnia⁴¹, constitui uma “redução do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais, as quais se definem por intermédio de ciências como a anatomia e a fisiologia”. A doença é concebida como alteração concreta do corpo do doente. O corpo é, assim, desconectado de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida⁴², desconsiderando que a prática médica entra em contato com “sujeitos” e não apenas seus órgãos e suas funções⁴³. Indubitavelmente, a medicina é uma ciência humana⁴⁴.

A lógica falaciosa desta prática de atenção médica é a de que mais doenças e mais doentes devem ser encarados com mais serviços, e, se há mais serviços de atenção disponíveis, a saúde deve

melhorar, e, sendo esses serviços universais, as disparidades de saúde devem atenuar-se³².

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

Assim, o entendimento de que o processo saúde-doença não tem uma dimensão apenas biológica, mas também psíquica, social, histórica e ecológica, torna necessário desenvolver ações intersectoriais e interdisciplinares na Atenção Básica e nos demais níveis. O desenvolvimento do aprendizado e da prática transdisciplinar é um elemento estratégico para a construção de novos paradigmas na educação e na prática de saúde⁴⁵.

É por esta razão que se impõe a construção social de uma nova prática sanitária, a qual deve sistematizar, de modo detalhado, a proposta de reorganização do SUS, tendo por base o modelo de vigilância à saúde. Para Teixeira e colaboradores⁴⁶, esta é concebida ainda numa perspectiva do movimento sanitário, ou seja, não redução de suas ações a uma proposta simplesmente de maior racionalização das ações de saúde pública. A proposta de vigilância à saúde supera os modelos assistenciais vigentes, implicando uma redefinição do sujeito, do objeto e das formas de organização e gestão dos processos de trabalho.

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

A atenção primária foi inicialmente catalogada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – realizada em Alma Ata –, em 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, apesar de, desde 1920, existir um espaço de primeiro contato na atenção à saúde, especialmente na Grã-Bretanha^{47, 48}.

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

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o en-

foque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde⁴⁷.

A Conferência de Alma Ata especificou ainda os componentes fundamentais da atenção primária à saúde como: educação em saúde; saneamento ambiental (especialmente de águas e alimentos); programa de saúde materno-infantil (inclusive imunizações e planejamento familiar); prevenção de moléstias endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional⁴⁷, respaldando e fundamentando os conceitos numa visão positiva da saúde, do processo de produção social da saúde e da prática de vigilância à saúde.

A ênfase do conceito de atenção sobre a “proximidade com as pessoas” e relacionada com as “necessidades” foi um aspecto utilizado na reorganização dos serviços de alguns países, como Cuba, que tem como exemplo os médicos de família. Estes residem onde trabalham, são membros da comunidade a que servem e é em benefício das mesmas que atuam como agentes de mudança quando existem circunstâncias ambientais ou sociais que demandem melhorias⁴⁸.

A atenção primária é o “primeiro nível de contato,” a *porta de entrada* dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade no Sistema para todas as novas necessidades e problemas. É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Está atenta aos problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, promoção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar⁴⁸.

No Brasil, tem-se adotado a denominação Atenção Básica para a atenção primária, especialmente no âmbito do SUS. Esta elaboração conceitual no País está relacionada à necessidade de construir uma identidade institucional própria³⁹. Assim, no Brasil, entende-se por Atenção Básica:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de

territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde⁴⁹.

O processo de trabalho deve ser desenvolvido de modo a promover a integração de práticas de promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação, incorporando ações de assistência, promoção e vigilância à saúde³⁹. Atenção Básica, considerada em todo o mundo como atenção primária, será a denominação escolhida neste trabalho.

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

A Organização Panamericana de Saúde (Opas) menciona o PSF como o primeiro item do capítulo de promoção da saúde⁵⁰. Sendo o PSF uma tentativa de reforma do modelo assistencial, as atividades ligadas à promoção da saúde são essenciais à caracterização desta proposta. Numa lógica de responsabilização pelo *status* de saúde de determinada população, o serviço deve necessariamente ultrapassar a atenção à demanda e às preocupações unicamente curativas do modelo tradicional, para ir à comunidade e promover a saúde de seus usuários⁵¹.

O PSF propõe a reorganização da Atenção Básica em ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e de doenças, assistência e recuperação com qualidade, o que favorece maior aproximação entre os serviços e a população⁵².

De acordo com Ferreira⁵³, o termo *prevenir* tem o significado de “preparar, chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças e agravos específicos, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno. Seu objetivo é o controle das doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos⁴¹.

Já o termo *promover* tem o significado de dar impulso; fomentar; originar; gerar⁵². As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial⁴¹.

Desta forma, se destaca a importância da superação do modelo médico assistencial privatista e a construção de um modelo integral que privilegie a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, ao mesmo tempo em que resgata as dimensões éticas, culturais e sociais essenciais ao cuidado com a saúde da população⁵⁴.

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

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

Neste sentido, o PSF destaca-se enquanto estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, ao transpor a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, ou seja, o resgate da prática generalista, em que o processo saúde-doença, ao qual estão expostos os indivíduos, passa a ser pensado de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar⁵².

Na reorganização das práticas de trabalho, têm-se como preceitos e atividades fundamentais: o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento/programação locais, a complementaridade (integração entre os diversos níveis de atenção à saúde

e socio sanitárias), a abordagem interprofissional, a referência e contrarreferência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social⁵⁵.

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

Em 1998, com a implantação da NOB/SUS 01/96 e do Piso de Atenção Básica, institui-se a lógica de financiamento *per capita* para o PACS e o PSF, por meio do PAB variável. Esses programas têm suas normas e diretrizes definidas pela portaria GM/MS nº 1.886, que os reconhece como importante estratégia para o aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. A publicação do *Manual para Organização da Atenção Básica*, em 1998, foi outro passo na demarcação da importância da Atenção Básica para a organização dos sistemas de saúde. Além do arcabouço jurídico-legal, avançou-se na definição de responsabilidades e na estratégia organizativa. Nesse documento, a Atenção Básica é destacada por sua importância no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, sendo definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltada para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação⁵⁵.

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

De acordo com Mendes e Donato⁵⁶, o PSF deve assumir uma concepção de território que transcenda a simples concepção espacial e quantitativa, considerando o território geográfico onde estão coletivos humanos com modos de vida, relações sociais, culturais, políticas, ecossistêmicas e históricas, que são próprias de cada cidade e, dentro desta, de cada bairro, vila ou povoado.

Neste sentido, por sua capacidade de conhecer a realidade epidemiológica, utilizar as ferramentas informatizadas disponíveis e traduzir temas para uma linguagem acessível à sua comunidade, é possível construir metas e pactos tendo em vista uma vida mais saudável para os seus membros, com avaliação dos impactos produzidos a tempos determinados. Por outro lado, por sua possibilidade de garantia de acesso, se mostra estrategicamente importante como porta de entrada da Atenção Básica no sistema de saúde, sendo capaz de acompanhar e garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema, na medida em que cada caso requerer, sem perder o vínculo original e a individualidade necessária⁵⁷.

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

Desde a institucionalização do SUS e conseqüentemente do PSF, quatro questões sobre a gestão têm sido frequentemente reconhecidas como fundamentais à sua implementação: (1) a descentralização, (2) o financiamento, (3) o controle social e (4) a política de recursos humanos (RH). De todas elas, a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no País é a dos RH^{25,58}. E, de forma paradoxal, é justamente com a implementação e o incremento do PSF que esse problema tem se agravado.

No cotidiano do trabalho no âmbito do PSF, é comum encontrar problemas relacionados às formas de contrato, à infraestrutura material (heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde da família, estando algumas inadequadas e em situação precária), à dinâmica da assistência (sobrecarga de atendimento que gera dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho) e condições sociopolíticas para desenvolvimento do trabalho (diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família, configurando relações ora aproximativas, ora conflituosas; expectativas contraditórias e conflitos das equipes de saúde da família com os poderes locais; conflitos na relação entre o PSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda, por exemplo)^{25,59,60,61}.

Se por um lado, os direitos sociais dos trabalhadores ocupantes de cargos públicos estão assegurados pelo artigo 39º da Constituição Federal (modificado pela emenda constitucional nº 19)^{18,62,63}, por outro lado, é justamente o próprio governo que descumpra a lei¹⁶. No setor saúde, especialmente no que se refere à contratação dos profissionais do PSF, observa-se uma grande precarização das relações de trabalho, aspecto que parece ser afim aos hodiernos movimentos do capitalismo tardio^{64,65}.

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

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

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

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos RH afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários^{26,30}. Entretanto, tem sido constatado que o perfil dos profissionais em formação não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação^{67,68}.

Segundo Gerschman⁶⁹, as instâncias de governo local têm tido pouca preocupação em criar mecanismos que incorporem os profissionais de saúde aos pressupostos de responsabilidade social e compromisso político no aperfeiçoamento dos serviços. Os gestores do sistema local agem sob a pressão política do governo municipal e esquecem que não há lugar para um sistema de saúde eficaz sem que seus elementos constitutivos – recursos humanos, equipamentos, infraestrutura dos serviços e demandas sociais – estejam permanentemente no centro das preocupações e do investimento do governo local⁶⁹. Estudos têm demonstrado que os grandes vilões do absenteísmo, estresse e adoecimento dos trabalhadores de saúde são a sobrecarga de trabalho e a precarização dos recursos necessários ao adequado exercício das atividades profissionais^{25,26,68}.

O modelo de atenção e a gestão de RH são questões a serem discutidas conjuntamente. A adequada formação de RH para o SUS deve ser pauta das agendas das universidades em relação tanto às reformas curriculares quanto à situação dos profissionais já inseridos no sistema, buscando minimizar os efeitos da formação inadequada na superação dos desafios colocados para a implementação do sistema, em especial no âmbito dos municípios⁶⁷.

O crescimento e a consolidação do PSF estão intimamente ligados ao relevante papel dos municípios no processo de sua implantação. Não obstante, é necessário requalificar a Atenção Básica, criando condições de maior resolubilidade para o PSF ao integrar as ações e serviços de saúde, melhorando e investindo em ações de gestão de RH a fim de superar a precarização do trabalho na área da Saúde⁷⁰.

É consensual que ainda há certo distanciamento do setor educacional das discussões das reformas no setor saúde, o que condiciona situações de inviabilidade para o sucesso dos modelos propostos, como o PSF. Mas programas como o “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de saúde – União com a Comunidade” (UNI), localizados em mais de dez países, inclusive o Brasil, mais de 20 universidades e centenas de serviços de saúde, são exemplos de movimentos de mudança no setor educacional em saúde no Brasil e no restante da América Latina, atingindo milhões de pessoas⁷⁰.

Neste aspecto, o MS e a Opas têm desenvolvido parcerias que envolvem a qualificação de gestores de recursos humanos (Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos) e de gerentes de unidades básicas de saúde sob a modalidade de especialização *lato sensu*. Mais ainda, têm fortalecido parcerias intensivas com o objetivo de qualificar os gestores locais do sistema de saúde, buscando a adesão de instituições de ensino superior com *expertise* desenvolvida na área de administração em saúde^{71,72}. Recentemente, em 2005/2006, destaca-se a formação – promovida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, Fiocruz e Rede Unida – de especialistas em “ativação de processos de mudanças na formação de profissionais de saúde de nível superior”.

Sem embargo, segundo Teixeira⁷³, com a implantação das Normas Operacionais de Atenção Básica, os secretários e prefeitos municipais devem estar envolvidos em um movimento nacional de reorientação do modelo de Atenção Básica pelas secretarias de saúde. Neste momento, é pertinente desenvolver estratégias não só para o envolvimento dos gestores, mas também para sua formação. A capacitação dos profissionais de saúde é fundamental neste processo, mas não dispensa um bom sistema de gerência para consolidar a reorganização da Atenção Básica a partir do PSF.

De acordo com Brasil–NOB/RH-SUS⁵⁸, os trabalhadores do setor saúde, principalmente os do PSF, constituem a base para viabilizar e implementar essa reorientação das ações e serviços de saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos não substitui a atuação do trabalhador em sua função essencial de atendimento àqueles que necessitam da Atenção Básica. Sabe-se

que o investimento na gestão do trabalho irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores do PSF estejam motivados e satisfeitos com o seu processo de trabalho e com os resultados de seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação de um sistema realmente democrático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As décadas de 1980 e 1990 foram repletas de transformações no sistema de saúde, configurando “anos paradigmáticos” para a saúde pública no Brasil. A constituição do SUS representou, para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema, uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade, da autonomia das pessoas, da descentralização e o controle social tornaram-se paradigmas do SUS⁷⁴.

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

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

Assim, é necessário discutir práticas e diretrizes para uma gestão de RH que tenham como prioridade o trabalho, o trabalhador, a valorização profissional e a regulação de trabalho em saúde, tendo como base a Norma Operacional Básica (NOB/RH-SUS)⁵⁸, as diretrizes operacionais – “Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão”⁷⁵ – e o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – o “DesprecarizaSUS”⁷⁶ –, pois ainda persistem práticas clientelísticas e patrimonialistas na relação entre os organismos estatais e os setores sociais – ou seja, gestores e profissionais *versus* comunidade –, negando pressupostos de liberdade e igualdade requeridos para a constituição da cidadania.

Assim, pois, há que se repensar o processo de descentralização, explorando a identidade política que o conjunto dessa estratégia

ganhou, a partir da mediação entre as orientações do grupo central do Estado (governo federal) e a dimensão do cotidiano dos serviços nos municípios. Isto porque a evidência científica tem demonstrado ser o próprio Estado, por meio da gestão municipal descentralizada, o maior responsável pelo descumprimento das – e desrespeito às – leis de trabalho estabelecidas pela Constituição Federal do Brasil, paradoxo este que deve ser urgentemente reavaliado pelos gestores dos três níveis de governo.

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

REFERÊNCIAS

1. Aristotle. *The Politics and the Constitution of Athens*. New York: Cambridge University Press; 1996.
2. Platão. *Político*. São Paulo: Abril Cultural; 1972. (Coleção Os Pensadores).
3. Detienne M. *Os mestres da verdade na Grécia arcaica*. Rio de Janeiro: J.Zahar; 1988.
4. Schüller D. *Origens do discurso democrático*. Porto Alegre: L & PM; 2002.
5. Vernant, Jean-Pierre. *Entre mito e política*. São Paulo: Edusp; 2001
6. Canfora L. Como entrou e como finalmente saiu de cena a democracia grega. *Estud av*. 2006;20(58):167-188.
7. Derrida J. *Voyous*. Paris: Galilée ; 2003.
8. Schramm FR. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. *Ciênc saúde coletiva*. 2004;9(3):773-784.
9. Gerschman S, Vianna MLW. *A Miragem da Pósmodernidade. Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 1997.
10. Offe C. *A democracia contra o estado de bem-estar? Capitalismo Desorganizado*. São Paulo: Brasiliense;1994. p. 269-318
11. Medeiros M. *Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde*. Rio de Janeiro: IPEA; 1999. 13p. (Texto para Discussão, 687).
12. Feuerwerker LCM, Sena R. *A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social*. In: Ministério da Saúde. *Cadernos de Textos. VER-SUS/Brasil*. Brasília: MS; 2004. p.195-237.
13. Maia GJC, Siqueira-Batista R, Monnerat MA, Cotta RMM, Moléstia de Chagas: direito à saúde. In: Siqueira-Batista R, Gomes AP, Corrêa AD, Geller M. *Moléstia de Chagas*. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2007.
14. Melo EM. *Ação comunicativa, democracia e saúde*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10:167-178.
15. Buci-Glucksmann C. *Gramsci e o Estado*. São Paulo: Paz e Terra; 1980.
16. Cotta RMM, Mendes FF, Muniz JN. *Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real*. Viçosa: Ed. UFV/Cebes; 1998.
17. Pinheiro R. *Democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política*. *Physis*. 2004;14(1):11-14.
18. *Brasil 1988. Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado.
19. Carvalho JM. *A Cidadania no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.
20. Viana ALD, Dal Poz MR. *A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família*. *Physis*. 2005; 15(suppl):225-264.
21. Scherer MDA, Marino RSA, Ramos FRS. *Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhniannas*. *Interface comum saúde educ*. 2005;9(16):53-66.
22. Gomes MCPA, Pinheiro R. *Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos*. *Interface comum saúde educ*. 2005;9(17):287-301.
23. Gattinara BC, Ibacache J, Puente CT, Giaconi J, Caprara A. *Community Perception on the Quality of Public Health Services Delivery in the Norte and Ichilo Districts of Bolivia*. *Cad. Saúde Pública*. 1995;3:425-438.
24. Cotta RMM, Muniz JN, Mendes FF, Cotta Filho JS. *A Crise do Sistema Único de Saúde e a fuga para o mercado*. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1998;1:94-105.
25. Cotta RMM, JLB, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. *Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006;15(3):7-18.

26. Cotta RMM, Azeredo CM, JLB, Schott M, Franceschini SCC, Priore SE, Martins PC. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. *Rev. Medicina de Minas Gerais*. 2006; 16(1):2-8.
27. Radis: comunicação em saúde. Faltam médicos para o PSF. RADIS-Dados, Rio de Janeiro. 2006;(49): 8.
28. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*. 1998;14(4):863-870.
29. Bodstein RCA. Social sciences and public health: new issues, new approaches. *Cad. Saúde Pública*. 1992;8(2):140-149.
30. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
31. Cotta RMM et al. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre*. 2002;22(1):25-32.
32. Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Monitoramento da Implantação e desenvolvimento das equipes de Saúde da Família no Brasil. Brasília, DF. Mimeo. 2002.
34. Torres MDF. Estado, democracia e administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2007.
35. Fleury S. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. FGV; 2006.
36. Brasil. Cosntituição Federal. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
37. Conha E, Elias PE. Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços. São Paulo: Cortez; Cede; 2003.
38. Mendes EV, Pestana M. Pacto de Gestão da Municipalização Autárquica a Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte:[S.n.]; 2004.
39. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003. 248 p.
40. Marshall TH. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: J. Zahar; 1967.
41. Czeresnia D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.
42. Gonçalves RBM. Tecnologia e Organização Social das Práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Abrasco; 1994.
43. Canguilhem GO. *Normal e Patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1978.
44. Siqueira-Batista R. A medicina, uma ciência humana. In: Silva SS. *A integração do ciclo básico com o profissional no Curso de Graduação em Medicina: uma resistência exemplar*. Rio de Janeiro; Teresópolis: Papel & Virtual; FESO; 2005. p.9-13.
45. Feuerwerker LCM, Marsiglia R. Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. *Divulg. Saúde Debate*. 1996;12:24-28.
46. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. 1998;7(2):7-28.
47. Organização Mundial da Saúde. UNICEF. *Primary Health Care*. Geneva: WHO; 1979.
48. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2004.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. v.4, p.10-11. (Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.)
50. Organização Panamericana de Saúde. *Organização Mundial da Saúde. A Saúde no Brasil*. Brasília: OPAS/OMS; 1998.
51. Becker D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro; 2001. Mestrado [Dissertação] - Fundação Oswaldo Cruz. 117 p.
52. Fernandes AS, Seclen-palacin J (Org.). *Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família: caso Brasil*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2004.
53. Ferreira ABH. Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2003.
54. Teixeira C, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: Teixeira C. (Org.). *Promoção e vigilância da saúde*. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p.23-57.
55. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual para organização da atenção básica*. Brasília: MS; 1998.
56. Mendes R, Donato AF. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. *Sanare Revista de Políticas Públicas*. 203;1:39-42.
57. Campos GWS. *A reforma de reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS*

- (NOB/RH-SUS) / Ministério da saúde, Conselho Nacional de Saúde. 3 ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
59. Bertoncini JH. Da intenção ao gesto: uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau. Santa Catarina; 2000 Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal de Santa Catarina.
 60. Souza HM. Programa de saúde da família. *Rev Bras Enfermagem*. 2000;53:7-16.
 61. Costa MBS, Lima CB, Oliveira CP. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. *Rev Bras Enfermagem*. 2000;53:149-152.
 62. Nogueira RP, Beraldi S, Rodrigues VA. Limites Críticos da Noção de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 81-103.
 63. Menezes CA. Reforma Administrativa: A Emenda N.º19/98. *Rev. Dir. Administrativo*. 1998;21(3):133-139.
 64. Corsi FL. A questão do desenvolvimento à luz da globalização. *Rev. Sociol Polít*. 2002; 19:11-29.
 65. Dantas M. Informação e trabalho no capitalismo contemporâneo. *Lua Nova*. 2003;60:5-44.
 66. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS : Ed. Ministério da Saúde; 2007. 290 p.
 67. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:490-498.
 68. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(3):278-286.
 69. Gerschman S. Municipalization and management innovation: an inventory of the 1990s. *Ciênc saúde coletiva*. 2001;6(2).
 70. Almeida M, Feuerwerker LCM, Llanos CM. Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999.
 71. Pierantoni C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc saúde coletiva*. 2001;6(2):341-360.
 72. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
 73. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no US. *Cad saúde pública*. 2002;18(supl):153-162.
 74. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima NT, Edler F, Gerschman S, Suárez JM (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. v.1.
 75. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
 76. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: Perguntas e Respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ed. Ministério da Saúde; 2006. 32p. (Serie C. Projetos, Programas e Relatórios).

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram, de forma significativa, na elaboração do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rosângela Minardi Mitre Cotta
 Universidade Federal de Viçosa – Departamento de Nutrição e Saúde
 Avenida P.H. Rolfs s/nº
 Campus Universitário
 CEP. 36570-000 – Viçosa – MG
 E-mail: rmmitre@ufv.br