

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS  
PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO - PROPEP  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE E TECNOLOGIA

LIDIANE MEDEIROS MELO

**DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO  
BÁSICA: RETRATO DO CASO DE MUNICÍPIOS ALAGOANOS**

Maceió

2023

LIDIANE MEDEIROS MELO

**DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO  
BÁSICA: RETRATO DO CASO DE MUNICÍPIOS ALAGOANOS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), para obtenção do título de Mestra em Ensino em Saúde e Tecnologia.

Orientador: Prof. Dr. David dos Santos Calheiros.

Maceió

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da  
Biblioteca Central Prof. Hélio José de Farias Auto.

M528d Melo, Lidiane Medeiros  
Desafios e potencialidades da gestão em saúde na  
Atenção Básica: retrato do caso de municípios  
alagoanos / Lidiane Medeiros Melo. - 2023.  
170 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação na  
Saúde e Tecnologia) - Centro de Ciências da Saúde -  
Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas,  
Maceió, AL, 2023.

Orientador: David dos Santos Calheiros.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção Primária à  
Saúde. 3. Gestão em Saúde. I. Calheiros, David dos  
Santos, orientador. II. Título.



ESTADO DE ALAGOAS  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL  
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia  
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió

### PARECER CONDICIONAL PARA EMISSÃO DO DIPLOMA

Banca de Defesa da Dissertação da Mestranda  
**Lidiane Medeiros Melo**, intitulada: “**DESAFIOS E POTENCIALIDADES DA GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: RETRATO DO CASO DE MUNICÍPIOS ALAGOANOS**”, realizada em 27 de janeiro de 2023.

### PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA

- ( x ) APROVADO(A) com nota 10,0, devendo o(a) Mestrando(a) entregar a versão final no prazo máximo de 60(sessenta) dias;  
( ) APROVAÇÃO CONDICIONAL;  
( ) REPROVADO(A).

Obs.: No caso de reprovação por um ou mais examinadores, o mestrando tem um período máximo de 6 (seis) meses, a contar da data de defesa, para submeter ao Colegiado a nova versão do trabalho de conclusão para julgamento, respeitado o prazo máximo de 24 meses para a conclusão do programa.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** DAVID DOS SANTOS CALHEIROS  
Data: 27/01/2023 15:44:43-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

PRESIDENTE – UNCISAL

*Katleinyara J de Souza*

---

MEMBRO INTERNO – UNCISAL



ESTADO DE ALAGOAS  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL  
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia  
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió

Documento assinado digitalmente  
por: MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE E TECNOLOGIA  
Data: 27/12/2023 14:03:25:396  
URL: https://www.uncisal.br.br

---

MEMBRO INTERNO – UNCISAL

---

MEMBRO EXTERNO – UFAL

Recebido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do(a) Mestrando(a)



UNCISAL  
Universidade Estadual de  
Ciências da Saúde de Alagoas



Mestrado Profissional  
Ensino em Saúde e  
Tecnologia

Dedico este trabalho a quem irei engrandecer por toda a minha vida: DEUS.

## AGRADECIMENTOS

Começo esta seção de agradecimentos agradecendo a Deus pelo milagre da vida, pela saúde, por ouvir minhas preces, por sua infinita misericórdia, por abençoar minha família diariamente, iluminar minhas trajetórias e me conceder a graça de realizar meus sonhos. À Nossa Senhora das Graças, por sua poderosa intercessão, consolo e amparo.

À minha amável mãe, Lêda Maria, primeira e maior inspiração da minha vida. A que me apresentou as virtudes humanas, que cuida dos filhos com tanto amor, que me ensinou a ter fé, me mostra que sou capaz de realizar meus sonhos e me encoraja a estudar até conseguir cada um deles. Ao meu querido pai, José Hermes, que sempre está presente em meu coração e que muito me ensinou sobre a esperança e a alegria de viver. Aos meus irmãos Ruanito e Thalita, os melhores que alguém poderia ter, que estão sempre ao meu lado, me ensinam a ser melhor e me inspiram a vencer as batalhas da vida.

Ao meu esposo Altair Maciel, meu companheiro de vida, meu grande amor, que vivenciou bem de perto cada etapa deste sonho, que me acolheu em tantos dias difíceis, que enxugou minhas lágrimas, me fez companhia durante tantas madrugadas de estudo e escrita, que reza comigo, torce, me incentiva e sempre me fez sorrir para que eu pudesse seguir com mais leveza nesta trajetória.

Aos meus familiares, de modo especial, ao meu avô Manuel, o maior exemplo de determinação, que sempre me ensina sobre a simplicidade do amor.

Aos meus amigos, em especial ao meu cunhado Nayron e às minhas amigas, Cássia, Ruth, Nádia, Isabella, Luisa e Dany, que fazem parte da minha rede de apoio e que durante toda a trajetória deste sonho me motivaram a chegar até aqui.

Aos gestores dos municípios nos quais trabalhei, em especial ao senhor Josivaldo Pereira, por todo seu apoio em meu processo de formação e atuação profissional.

Aos professores que tive e tenho, sem exceção. De modo especial à Emanuella Pinheiro, Bárbara Lima, Viviane Biana, Sandra Menta e Maria Helena Rosa, que plantaram a primeira sementinha do SUS em meu coração.

Ao meu orientador David dos Santos, que acreditou no meu potencial, que se debruçou junto comigo em cada etapa da pesquisa, soube lidar com as minhas frustrações, me apoiou e se dispôs a me acompanhar de perto durante todo meu

processo de formação. Como cresci tendo um orientador como David. Minha admiração e respeito irão perdurar.

Ao programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde e Tecnologia da UNCISAL, que me proporcionou um espaço de formação qualificada, com profissionais e professores brilhantes. Aos meus colegas de turma, que possibilitaram a construção conjunta de conhecimentos ao longo do curso e foram apoio um dos outros.

À minha banca examinadora, pelas contribuições, disponibilidade e atenção à minha dissertação.

A todos que apoiaram o desenvolvimento deste estudo, minha gratidão.

“Alegrem-se na esperança, sejam pacientes na tribulação, perseverem na oração”  
(Romanos, 12,12).

## RESUMO

Uma reforma na saúde foi iniciada a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que buscou promover a ampliação do acesso e a proposição de ações de prevenção e promoção da saúde à população. Com a municipalização da saúde, que faz parte da reforma administrativa brasileira, uma gestão capaz de atender uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e eficiente, tornou-se essencial. Gerir se tornou um fator inquietante para a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo. Esta pesquisa teve o objetivo analisar o trabalho de coordenadores que atuam no campo da gestão em saúde na Atenção Básica de municípios do estado de Alagoas. Foi adotado uma abordagem qualitativa de pesquisa, exploratória, do tipo colaborativa. O estudo foi realizado em municípios que compõe a 9ª Região de Saúde de Alagoas. Os participantes do estudo foram coordenadores da Atenção Básica que atuavam nesses municípios. Para coletar os dados, foram utilizados como instrumentos: roteiro de entrevista semiestruturada, roteiro da entrevista em grupo e registros de observações *in loco*. Para o tratamento dos dados, a análise temática foi empregada. Foi possível conhecer o fazer do coordenador da Atenção Básica em seu dia a dia de trabalho, com relatos de suas atuações envolvendo o papel gerencial que é desenvolvido, a pontuação de ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações. Além do uso de ferramentas, tecnologia e o apoio institucional efetivo que são incorporados à rotina de trabalho dos coordenadores da Atenção Básica. Foi identificado um percurso formativo inicial dos coordenadores da Atenção Básica fragilizado, acesso limitado aos serviços de saúde, financiamento insuficiente para o Sistema Único de Saúde, além de dificuldades frente ao cenário de pandemia provocado pelo vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19. As potencialidades do trabalho na gestão da Atenção Básica foram a Educação Permanente em Saúde, a articulação intersetorial, a comunicação e informação, bem como a qualificação dos profissionais que fazem parte da Atenção Básica. As contribuições deste estudo sugerem a construção de estratégias pedagógicas que possam ser utilizadas em espaços de formação para profissionais que desejam atuar na gestão da Atenção Básica, visando garantir a qualificação da atuação profissional para gerir a Atenção Básica e assegurar efetividade no desempenho de suas ações.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde.

## ABSTRACT

A health reform was initiated from the 1988 Constitution of the Federative Republic of Brazil, which sought to promote the expansion of access and the proposition of prevention and health promotion actions for the population. With the municipalization of health, which is part of the Brazilian administrative reform, management capable of meeting a democratic, participatory, technically competent and efficient perspective has become essential. Managing has become a worrying factor for the implementation of a regionalized, hierarchical and participatory system. With a view to broadening the debate about the management of Primary Care in Alagoas, it is urgent to ask: how does the work of Primary Care coordinators in Alagoas municipalities work? What are the situations that challenge and enhance the work of management in Primary Care in municipalities in Alagoas? The proposed research aimed to describe and analyze the work of coordinators who work in the field of health management in Primary Care in municipalities in the state of Alagoas. A qualitative, exploratory research approach was adopted. The study was carried out in municipalities that make up the 9th Health Region of Alagoas. Study participants were Primary Care coordinators who worked in these municipalities. To collect the data, the following instruments were used: semi-structured interview, focus group and observations in loco. For data treatment, thematic analysis was used. The coordinators presented what the Primary Care coordinator does in their day-to-day work, with reports of their actions involving the managerial role that is developed, the score of planning actions, monitoring and evaluation of actions. In addition to the use of tools, technology and effective institutional support that are incorporated into the work routine of Primary Care coordinators. A weakened initial training path for Primary Care coordinators was identified, limited access to health services, insufficient funding for the SUS, in addition to difficulties in the face of the COVID-19 pandemic scenario. The potentialities of the work in the management of Primary Care were Permanent Education in Health, intersectoral articulation, communication and information, as well as the qualification of professionals who are part of Primary Care. The contributions of this study suggest the construction of pedagogical strategies that can be used in training spaces for professionals who wish to work in the management of Primary Care, aiming to guarantee the qualification of professional performance to manage Primary Care and ensure effectiveness in the performance of your actions.

**Keywords:** Unified Health System. Primary Health Care. Health Management.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Configuração das Redes de Atenção à Saúde no Estado de Alagoas.....	54
<b>Figura 2:</b> Proposta de slides para aula .....	85
<b>Figura 3:</b> Slide 1 - Interrogante .....	86
<b>Figura 4:</b> Slide 2 – Resposta para interrogante .....	87
<b>Figura 5:</b> Slide 3 – A atuação do coordenador da Atenção Básica.....	88
<b>Figura 6:</b> Slide 4 – Gestão do trabalho .....	89
<b>Figura 7:</b> Slide 5 – Gestão do processo de trabalho.....	90
<b>Figura 8:</b> Slide 6 – Gestão da informação .....	91
<b>Figura 9:</b> Slide 7 – Gestão da Educação Permanente em Saúde .....	92
<b>Figura 10:</b> Slide 8 – Gestão dos resultados.....	93
<b>Figura 11:</b> Slide 9 – Referências de fundamentação da aula .....	94
<b>Figura 12:</b> Representação do acesso a Atividade Avaliativa na plataforma Kahoot.	96
<b>Figura 13:</b> Representação das etapas da Atividade Avaliativa na plataforma Kahoot .....	97
<b>Figura 14:</b> Sugestão de perguntas para serem utilizadas na plataforma Poll Everywhere .....	101
<b>Figura 15:</b> Sugestão de perguntas para serem utilizadas na plataforma Poll Everywhere .....	107
<b>Figura 16:</b> Sugestão de perguntas para serem utilizadas na plataforma Poll Everywhere .....	113

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Orietações para entrevista em grupo.....	31
<b>Quadro 2</b> – Temas e subtemas do estudo .....	34
<b>Quadro 3</b> – Cursos desempenhados pelos coordenadores da Atenção Básica participantes do estudo .....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- SUS – Sistema Único de Saúde
- PSF – Programa de Saúde da Família
- RAS – Rede de Atenção à Saúde
- NOB-MS – Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- CIB – Comissões Intergestores Bipartite
- CIT – Comissões Intergestores Tripartite
- NOAS-SUS – Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde
- COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- COSEMS/AL – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas
- SESAU/AL – Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
- PMS – Plano Municipal de Saúde
- PAS – Programação Anual da Saúde
- RAG – Relatório Anual de Gestão
- RDQA – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
- SIS – Sistemas de Informação em Saúde
- SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
- SISCAN – Sistema de Informação do Câncer
- SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM no SUS.
- PEC – Prontuário eletrônico
- e-SUS – Sistema de Informações da Atenção Primária à Saúde
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
- CIR – Comissões Intergestoras Regionais
- RCL – Receita Corrente Líquida
- PIB – Produto Interno Bruto
- eSF – equipe de Saúde da Família
- PAB – Piso da Atenção Básica

eAP – equipe de Atenção Primária

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

PSE – Programa Saúde na Escola

OMS – Organização Mundial da Saúde

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

CIES – Comissão de Integração Ensino-Serviço

UBS – Unidade Básica de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

AMA – Associação dos Municípios de Alagoas

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	16
2 OBJETIVOS .....	18
2.1 Objetivo geral .....	18
2.2 Objetivos específicos .....	18
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
4 MÉTODO .....	27
4.1 Tipo de Estudo .....	27
4.2 Aspectos éticos .....	27
4.3 Local da pesquisa .....	27
4.4 População .....	28
4.4.1 Caracterização dos participantes.....	28
4.5 Procedimentos e instrumentos de coleta/produção de dados .....	29
4.5.1 Etapa 1 – Apresentação da pesquisa e dos aspectos éticos.....	29
4.5.2 Etapa 2 – Conhecendo o cenário da gestão na Atenção Básica .....	29
4.5.3 Etapa 3 – Aprofundando aspectos sobre o trabalho da gestão na Atenção Básica.....	31
4.5.4 Etapa 4 – O trabalho da gestão na atenção básica: conhecendo mais de perto.....	32
4.5.5 Etapa 5 – Proposições para a formação: desenvolvimento de produtos educacionais.....	32
4.6 Procedimentos de análise de dados .....	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	34
5.1 O trabalho de coordenadores que atuam no campo da gestão em saúde na Atenção Básica .....	34
5.1.1 O papel gerencial.....	35
5.1.2 Planejamento, monitoramento e avaliação das ações.....	37
5.1.3 Uso de ferramentas e tecnologia .....	42
5.1.4 Apoio institucional.....	45
5.2 Situações problemas que desafiam a gestão da Atenção Básica .....	48
5.2.1 Percurso formativo inicial dos coordenadores da Atenção Básica fragilizado	48
5.2.2 Acesso limitado aos serviços de saúde .....	52
5.2.3 Financiamento insuficiente para o SUS .....	57
5.2.4 Dificuldades frente ao cenário de pandemia da COVID-19 .....	60

5.3	Potencialidades do trabalho na gestão da Atenção Básica.....	65
5.3.1	Educação Permanente em Saúde .....	65
5.3.2	Articulação intersetorial.....	67
5.3.3	Comunicação efetiva .....	69
5.3.4	Qualificação dos profissionais .....	71
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	74
7	PRODUTO EDUCACIONAL .....	77
7.1	Introdução .....	77
7.2	OBJETIVOS DO PRODUTO EDUCACIONAL .....	77
7.2.1	Objetivo geral.....	77
7.2.2	Objetivo específico .....	77
7.3	REFERENCIAL TEÓRICO .....	78
7.4	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	79
7.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	80
7.6	SEQUÊNCIA DIDÁTICA 1 - O FAZER DO COORDENADOR DA ATENÇÃO BÁSICA .....	80
7.6.1	Contextualização .....	80
7.6.2	Público-alvo .....	81
7.6.3	Conhecimentos Prévios .....	81
7.6.4	Objetivo geral.....	82
7.6.5	Objetivos específicos .....	82
7.6.6	Tempo previsto .....	82
7.6.7	Gestão dos alunos .....	83
7.6.8	Recursos didáticos .....	83
7.6.9	Desenvolvimento da aula.....	83
7.6.10	Acompanhamento da aprendizagem .....	101
7.6.11	Conclusão/Desfecho da aula .....	102
7.7	SEQUÊNCIA DIDÁTICA 2 – A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ENQUANTO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	103
7.7.1	Contextualização .....	103
7.7.2	Público-alvo .....	104
7.7.3	Conhecimentos Prévios .....	104
7.7.4	Objetivo geral.....	104
7.7.5	Objetivos específicos .....	105

7.7.6	Tempo previsto .....	105
7.7.7	Gestão dos alunos .....	105
7.7.8	Recursos didáticos .....	105
7.7.9	Desenvolvimento da aula.....	106
7.7.10	Acompanhamento da aprendizagem .....	108
7.7.11	Conclusão/Desfecho da aula .....	109
7.8	SEQUÊNCIA DIDÁTICA 3 – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA GARANTIA DO ACESSO E QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO .....	109
7.8.1	Contextualização .....	109
7.8.2	Público-alvo .....	109
7.8.3	Conhecimentos Prévios .....	110
7.8.4	Objetivo geral.....	110
7.8.5	Objetivos específicos .....	110
7.8.6	Tempo previsto .....	110
7.8.7	Gestão dos alunos .....	111
7.8.8	Recursos didáticos .....	111
7.8.9	Desenvolvimento da aula.....	111
7.8.10	Acompanhamento da aprendizagem .....	114
7.8.11	Conclusão/Desfecho da aula .....	114
7.9	SEQUÊNCIA DIDÁTICA 4 – DIFICULDADES FRENTE A CENÁRIOS DE CRISE SANITÁRIA .....	115
7.9.1	Contextualização .....	115
7.9.2	Público-alvo .....	115
7.9.3	Conhecimentos Prévios .....	116
7.9.4	Objetivo geral.....	116
7.9.5	Objetivos específicos .....	116
7.9.6	Tempo previsto .....	116
7.9.7	Gestão dos alunos .....	117
7.9.8	Recursos didáticos .....	117
7.9.9	Desenvolvimento da aula.....	117
7.9.10	Acompanhamento da aprendizagem .....	119
7.9.11	Conclusão/Desfecho da aula .....	120
7.10	SEQUÊNCIA DIDÁTICA 5 – ESTUDO DE CASO .....	120
7.10.1	Contextualização .....	120
7.10.2	Público-alvo .....	121

7.10.3 Conhecimentos Prévios .....	121
7.10.4 Objetivo geral.....	122
7.10.5 Objetivos específicos .....	122
7.10.6 Tempo previsto .....	122
7.10.7 Gestão dos alunos .....	122
7.10.8 Recursos didáticos .....	123
7.10.9 Desenvolvimento da aula.....	123
7.10.10 Acompanhamento da aprendizagem .....	128
7.10.11 Conclusão/Desfecho da aula .....	129
8 PRODUÇÃO TÉCNICA.....	130
8.1 Capítulo de ebook .....	130
8.2 Produto educacional.....	130
8.3 Artigo publicado.....	130
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICE A – ARTIGO .....	144
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	156
APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	160
APÊNDICE D – ROTEIRO DA ENTREVISTA EM GRUPO .....	162
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	163

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 marcou a história do país. No campo da saúde, a Constituição define um novo sistema de saúde, sendo este público, universal e descentralizado. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi fruto de lutas da Reforma Sanitária e consiste em um conjunto de ações e serviços de saúde, que abrange o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue, hemoderivados e de equipamentos para saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990; COSTA; RIZZOTTO; LOBATO; GIOVANELLA, 2020). A criação do SUS, além de considerar a saúde como um direito de todos e dever do Estado, produziu mudanças em sua gestão, no modelo assistencial, assim como na participação da comunidade no controle social (BRASIL, 1988; CARNUT; MENDES; MARQUES, 2019).

A referida reforma teve como principal objetivo promover a ampliação do acesso e a criação de ações de prevenção e promoção da saúde, pois no período que antecedeu a formulação da Constituição Federal, o modelo de assistência à saúde foi de caráter tecnicista e hospitalocêntrico, com exclusão da maior parte dos cidadãos brasileiros e sem abrangência à todas as necessidades de saúde da população (CARNUT; MENDES; MARQUES, 2019). Como resultado da busca por modelos de assistência à saúde que ofertassem resolutividade, o Ministério da Saúde criou em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), como um novo modelo de assistência, com equipe multiprofissional, atuação em território definido e população determinada (SILVA, 2019). Com a sua efetivação, o PSF deixou de ser um programa e tornou-se uma estratégia permanente e contínua a partir da Atenção Básica por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (ROSA; LABATE, 2005; SILVA, 2019).

A Atenção Básica, definida como o conjunto de ações de saúde que parte do âmbito individual ao coletivo e que abrange a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, tem suas práticas de cuidado desenvolvidas por meio de uma gestão qualificada, com equipes multiprofissionais que assumem responsabilidade sanitária à população (BRASIL, 2017). A Atenção Básica é ainda considerada como a principal porta de entrada do SUS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações

e serviços disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), além de ser o centro de sua comunicação (BRASIL, 2017).

Com a municipalização da saúde, que faz parte da reforma administrativa brasileira, uma gestão capaz de atender uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e eficiente, tornou-se essencial (LUZ *et al.*, 2020). Os gestores da saúde, no âmbito municipal, apenas exerciam as ações já planejadas no âmbito federal, mas a partir do processo de descentralização do SUS passaram a ter que planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde (ARCARI *et al.*, 2020). Dessa forma, gerir se tornou um fator inquietante para a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo (FRACCOLLI; ERMEL, 2003; ARCARI *et al.*, 2020).

A análise do trabalho na gerência dos serviços de saúde, considerada como um potencial para a transformação do modelo de saúde a partir da produção do serviço, é suficiente para justificar a necessidade de pesquisas e de construções de saberes teórico-práticos que fundamentem a realização de processos gerenciais que reorganizem os serviços e sistemas de saúde, a partir de sua base (FRACCOLLI; ERMEL, 2003; ARCARI *et al.*, 2020). Com vistas a ampliar o debate acerca da gestão da Atenção Básica em Alagoas, urge questionar: como se dá o trabalho dos coordenadores da Atenção Básica em municípios alagoanos? E, ainda, quais são as situações que desafiam ou que potencializam o trabalho da gestão na Atenção Básica de municípios do estado de Alagoas?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o trabalho de coordenadores que atuam no campo da gestão em saúde na Atenção Básica de municípios do Estado de Alagoas.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar situações problemas que desafiam a gestão da Atenção Básica de municípios do estado de Alagoas;
- Conhecer as potencialidades do trabalho na gestão da Atenção Básica de municípios alagoanos;
- Desenvolver estratégias pedagógicas para prover formação para estudantes e profissionais da saúde que desejam atuar no campo da gestão em saúde na Atenção Básica.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 O SUS e o processo de municipalização na saúde do Brasil

Neste item, a história de implantação do SUS e o processo de municipalização na saúde serão abordados sucintamente para contextualizar os fatores que subsidiam a gestão em saúde no âmbito da Atenção Básica no Brasil.

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, na segunda metade do século XX, o Brasil, bem como outros países do mundo adotaram ações vultosas na esfera social. Essas ações visaram minimizar os danos que os indivíduos sofreram no processo produtivo, nos quais o salário não era suficiente para fazer sua reparação (HOBSBAWM, 1995; PAIM *et al.*, 2011). Tais ações foram caracterizadas como promotoras do desenvolvimento e de políticas públicas, e passaram a ser gradualmente entendidas como responsabilidade do Estado (HOBSBAWM, 1995; PAIM *et al.*, 2011). As ações eram compostas por atenção médica, previdência social, educação, moradia, transporte e lazer. Nesse período, houve crescimento econômico e expansão dos direitos sociais (HOBSBAWM, 1995; PAIM *et al.*, 2011).

No Brasil, houve a política industrial que foi iniciada na Era Vargas (1930-1945); uma modernização econômica e social também ocorreu, a partir do capital que foi aplicado no setor industrial, proveniente das décadas em que o Brasil se manteve como único fornecedor de café no mercado mundial; e, houve o processo de implantação de um modelo nacional desenvolvimentista que foi consolidado a partir da centralização política e do planejamento em nível federal (ZIONI; ALMEIDA; FILHO, 2013). Em seguida, houve um amplo desenvolvimento tecnológico, que repercutiu em uma grande crise nos níveis de empregos em todo o mundo, afetando as bases fiscais dos Estados e dificultando a criação e a implementação de políticas públicas (ZIONI; ALMEIDA; FILHO, 2013).

Vale destacar, que nesse período, o Brasil foi defronte ao consenso social da época e a história de constituição de direitos e cidadania no país, ao construir e implementar uma política pública na área da saúde (PAIM *et al.*, 2011). Desde o início da industrialização, a política de saúde no Brasil foi excludente, garantindo acesso aos serviços de saúde somente aos que estavam inseridos no mercado formal de trabalho (PAIM *et al.*, 2011). No entanto, até 1970, a maior parte dos brasileiros estava no campo, sem a garantia de legislações trabalhistas e conseqüentemente sem direito

à saúde (PAIM *et al.*, 2011). O direito à saúde esteve correlacionado ao acesso no mercado de trabalho e não ao entendimento de cidadania, que só veio ser discutido como um ponto central e inserido na literatura, no final da década de 1980, a partir das lutas pela redemocratização do Estado (ZIONI; ALMEIDA; FILHO, 2013).

Nesse período, as políticas públicas possuíam como principal objetivo viabilizar a manutenção e o retorno da força de trabalho, essenciais à reprodução social do capital. No contexto em questão, a saúde se enquadrava enquanto um benefício da previdência social, como auxílio-doença, aposentadoria, licença maternidade, dentre outros, entretanto, ainda não era considerada como um direito (BRASIL, 2007; FERNANDES; SOUSA, 2020).

A centralização da saúde foi resultado de uma crise no próprio setor, relacionada ao aumento urbano desordenado, a má estruturação dos serviços de saúde já existentes, a doenças transmissíveis, desnutrição infantil, surtos, epidemias, acidentes de trabalho, déficit no saneamento básico, dentre outros problemas que afetavam diretamente a população brasileira, principalmente nas periferias urbanas (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020). Foi a partir desse contexto na saúde, ao final da década de 1970, que movimentos sociais compostos por sindicatos, associações de profissionais, movimentos por direitos humanos, entidades religiosas, dentre outros atores sociais passaram a discutir saúde, condições de vida e a escassez nas periferias, onde a ditadura militar passou a ser questionada (ZIONI; ALMEIDA; FILHO, 2013; SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Na busca pela resolutividade dos problemas no cenário da saúde, diversas mudanças foram realizadas, como a divisão de ações de saúde pública, enquanto competência do Estado e, a assistência médica, enquanto competência do setor privado, com os recursos da Previdência Social. No entanto, as diversas mudanças não foram resolutivas aos problemas de saúde vivenciados pelo Brasil, pois epidemias e indicadores de saúde negativos persistiam à época (ZIONI; ALMEIDA; FILHO, 2013; SALES *et al.*, 2019).

É importante destacar que o setor da saúde no Brasil, nesta época, possuía ações de cunho assistencialista, sem priorização de ações de promoção da saúde e com característica crescente privatista (BRASIL, 2007; SANTOS, 2013).

Foi então ao final da década de 1980, com o processo de transição da ditadura militar para o Estado democrático, que houve espaço para criação de uma Assembleia Constituinte (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). À época da constituinte, mediante a

realização de estudos e discussões, os movimentos sociais em saúde estiveram em evidência, com grande visibilidade à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária que construiu propostas para criação de um sistema único de saúde que foram discutidas e que passou a ser identificado como SUS (BRASIL, 2007; SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

O Movimento pela Reforma Sanitária, constituído por técnicos, intelectuais, partidos políticos, organizações profissionais e movimentos populares, teve suas lutas em destaque na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com participação histórica da sociedade civil, pela primeira vez presente em conferências de saúde, para construção de uma nova organização para saúde no país. Foi nesta mesma Conferência que houve a construção da Emenda Popular da Saúde, na qual suas principais resoluções foram incluídas na composição da Constituição Federal, que foi promulgada em 1988 (BRASIL, 2007; CARVALHO, 2013).

Na Constituição Federal de 1988, nos artigos 196 ao 200, está presente o arcabouço legal da Política de Saúde para criação do SUS (BRASIL, 1988; VIEIRA, BENEVIDES, 2016). A saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, assegurado por meio de políticas sociais e econômicas que devem objetivar a redução do risco de doença e de outros agravos, além de garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988; VIEIRA, BENEVIDES, 2016). Prevê ainda, como responsabilidade do poder público, dispor de regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988; VIEIRA, BENEVIDES, 2016).

A Constituição Federal estabelece as diretrizes do SUS, como a diretriz da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, compreendida como a divisão de responsabilidades relacionadas às ações e serviços de saúde tanto pelos municípios, quanto pelos estados e pela União, considerando que quanto mais perto da situação a decisão for tomada, maior a probabilidade de assertividade; E estabelece como diretriz o atendimento integral, com priorização para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais e, a participação da comunidade (ZIONI; ALMEIDA; FILHO, 2013).

A Constituição Federal de 1988 além de instituir os municípios enquanto ente federativos, passou a conferir responsabilidades legislativas, tributárias e na prestação de serviços públicos, como a saúde (BRASIL, 1988). O seu financiamento passa a ser compartilhado, com o estabelecimento de aplicações mínimas de recursos

para a saúde por cada ente federativo (BRASIL, 1988). As responsabilidades de cada esfera de governo passaram a ser discriminadas por meio da Lei Orgânica da Saúde, a lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a partir das Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde (NOB-MS), que foram sendo constituídas ao longo dos anos. Vale destacar, que foi a partir da Constituição Federal que foi instituído um modelo de federalismo cooperativo, onde os três entes federativos, dotados de autonomia, tornam-se corresponsáveis pela política de saúde e sua gestão (Art. 23 e 24) (BRASIL, 1988).

A municipalização da saúde, que acontece quando a gestão dos serviços de saúde é transferida aos municípios, passou a ser amplamente discutida na 9ª Conferência Municipal de Saúde (1992), com intensa participação social e tendo como tema central: “A Municipalização é o caminho”, pois à época, com a edição da NOB-SUS/1991 e, em parte, a NOB/1992, o processo de descentralização e financiamento do SUS foram dificultados, pois estavam vinculados às diretrizes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 2011).

Após mobilizações populares e com a necessidade da criação de normas que pudessem garantir a efetivação da descentralização dos serviços para os municípios, novas NOB-MS passaram a ser editadas para orientar os entes federativos, induzir e estimular mudanças no SUS, aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definir objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, regular as relações entre seus gestores e normatizar o SUS (BRASIL, 2011).

A NOB-SUS/1993 foi editada e repercutiu principalmente em um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão previstas (incipiente, parcial e semiplena). Também descentralizou a gestão das ações e serviços de saúde para os municípios, além da possibilidade de habilitação para o recebimento de recursos fundo a fundo. A ênfase à municipalização, ao financiamento e ao mecanismo de gestão do SUS foi dada através da NOB-SUS/1996, com a definição do papel e a responsabilidade de cada esfera de governo para a construção do SUS, o fortalecimento da gestão do SUS, de forma compartilhada entre as três esferas de governo, através das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 1993; BRASIL, 1996).

As modalidades de gestão previstas pela NOB-SUS/1996 aos municípios passa a ser a Gestão Plena da Atenção Básica, garantindo autonomia gerencial aos

municípios para administrarem os serviços básicos de ambulatório, vigilância sanitária e epidemiológica, como também a participação no planejamento, controle, avaliação e programação do sistema municipal de saúde; e a modalidade Gestão Plena do Sistema Municipal, garantindo ampliação da autonomia administrativa para os municípios (BRASIL, 1996).

Em 2001, as modalidades de gestão para os municípios passaram a ser definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS (NOAS-SUS/2001) visando promover a equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Dentre as modalidades de gestão previstas, as modalidades municipais foram definidas como: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal (BRASIL, 2001).

Em 2006, a normatização do Pacto pela Saúde, ferramenta essencial para o fortalecimento da atenção à saúde, para o financiamento e a participação popular, gerou a produção de mudanças na gestão e na pactuação entre os gestores e as instâncias de controle social do SUS, além de redefinir as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e em busca da equidade social. O Pacto pela saúde extinguiu as formas de habilitar a gestão dos estados e municípios, definidos pela NOB-SUS/1996 e pela NOB-SUS/2001. Ele foi configurado por três dimensões: o Pacto pela Vida, caracterizado por um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários e pactuados de maneira tripartite; o Pacto em defesa do SUS, caracterizado por um movimento de repolitização da saúde e pela busca de um financiamento compatível com as necessidades de saúde de cada ente federado; e o Pacto de Gestão, caracterizado pela definição das responsabilidades sanitárias e atribuições de cada ente federado (BRASIL, 2006).

Outras medidas também foram adotadas em anos posteriores visando a efetivação da municipalização na saúde, como a edição do Decreto 7.508/2011, como uma modalidade de gestão do SUS a ser adotada por todos os entes federativos, com detalhes sobre as responsabilidades e obrigações de cada ente, por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP); e a Lei 12.466/2011, corroborando a necessidade da articulação federativa (MENICUCCI; MARQUES; SILVEIRA; 2017).

Com o passar dos anos, desde a sua normatização até a atualidade, a municipalização da saúde gerou muitos pontos positivos, como a aproximação da população aos serviços e ao sistema de saúde, que foi fruto das discussões e da aproximação das instâncias de decisão das ações e serviços prestados à população,

que contribui para consolidação do SUS; a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde, que foi gerado devido a expansão da Estratégia de Saúde da Família em todos os municípios do Brasil e a qualificação de indicadores de saúde, através do fortalecimento da Atenção Básica (PAIM *et al.*, 2011).

Vale ressaltar, que a municipalização também repercutiu em pontos negativos, como o financiamento insuficiente, a heterogeneidade dos municípios relacionada às características epidemiológicas e demográficas, a capacidade econômica, a dimensão territorial, aos recursos humanos disponíveis, dentre outras; e principalmente, dificuldades que ainda persistem para efetivar a descentralização, devido ao processo de regionalização, que é afetado pela ação dos atores regionais e locais, impactando diretamente a gestão em saúde no Brasil (VARGAS *et al.*, 2015; BARROS, 2018).

### **3.2 A Gestão em Saúde na Atenção Básica do SUS**

A institucionalização do SUS e o processo de municipalização da saúde no Brasil passaram a demandar dos gestores locais, o desenvolvimento de novas competências e capacidades de gestão que vão além da atuação técnico tradicional dos profissionais da área. São exigidas capacidades políticas, administrativas e institucionais, além do funcionamento efetivo das estruturas físicas, alinhamento entre os profissionais que atuam na base, bem como a qualificação da gestão, que requer a construção de planejamento, a partir de planos, metas e sistemas de avaliação que possam garantir a qualidade dos serviços de saúde em cada município. O desenvolvimento dessas competências possibilita que as demandas e necessidades da população possam ser supridas por meio de ações efetivas (FISCHER *et al.*, 2014).

Uma das definições para gestão/administração em saúde pode ser o amplo domínio de conhecimento relacionado ao manejo das organizações de saúde que envolve desde o gerenciamento de redes, ao gerenciamento de instituições e serviços de saúde em toda sua complexidade. A gestão/administração em saúde engloba os espaços de cuidado, as múltiplas instituições de saúde e a necessidade de formação e operação das redes de atenção à saúde, que possibilitem a integralidade do cuidado, a universalização do acesso, a equidade e qualidade da assistência, para que as necessidades da população possam ser atendidas (LORENZETTI, 2014).

Desempenhar um papel de gestor no SUS, requer a articulação de saberes e

práticas relacionadas à gestão que demandam um leque de conhecimentos, habilidades e experiências na área da administração pública, governança, planejamento e cuidado em saúde, que possa fundamentar e garantir o cumprimento de suas atribuições e funções enquanto gestor. A gestão em saúde no âmbito do SUS, exige uma responsabilidade pública e coletiva de agir pautado pela consolidação de políticas de saúde e de acordo com as diretrizes do SUS, a partir da mediação e diálogo permanente, que envolvam a participação de coordenadores e suas equipes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nas instâncias de decisão e negociação previstas nas normativas do SUS (COSEMS-RJ, 2019).

Na Atenção Básica, considerada como a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde no Brasil, que utiliza tecnologia de elevada complexidade e de baixa densidade e, que visa o planejamento de ações para proteger a saúde da população, prevenir e controlar riscos, agravos e doenças, além de promover saúde, tem apresentado desafios diretamente relacionados à gestão. Esses desafios envolvem não só as áreas comuns de gerenciamento como a gestão de pessoas, gestão de materiais e processos e gestão financeira, como também, a necessidade de ser eficaz e eficiente para atender as necessidades de saúde demandadas pela população e de assegurar uma assistência universal, integral e equânime (BRASIL, 2015; MOITA, 2021).

As dificuldades e os desafios para gestão da Atenção Básica no Brasil têm sido estudadas ao longo dos anos, com a identificação de déficits de funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, dificuldade para efetivar a intersetorialidade, desconhecimento do território por parte dos gestores, desarticulação dos gestores junto ao Conselho de Saúde e a população, desconhecimento dos gestores de temáticas diretamente relacionadas à gestão da Atenção Básica, déficits de formação e de capacitação dos gestores para gestão, sobrecarga de trabalho dos gestores, discordância entre discurso e prática, autonomia limitada, rotatividade frequente dos profissionais que atuam na Atenção Básica, déficit no financiamento, ausência de definição das atividades específicas do coordenador, hegemonia médica, planejamento, entre outras dificuldades e desafios (PIRES *et al.*, 2019a).

É comum serem identificadas mais dificuldades do que potencialidades na Gestão da Atenção Básica. Entretanto, apesar das amplas dificuldades, a principal potencialidade evidenciada na gestão da Atenção Básica é o acúmulo de experiências profissionais na saúde e experiências em outras coordenações que tenham

antecedido à gestão da Atenção Básica, pois elas colaboram diretamente, qualificando a atuação do coordenador (MELO, 2011; FERNANDES; SOUSA, 2020).

Outras potencialidades que podem qualificar a gestão da Atenção Básica é a utilização dos instrumentos de gestão como à exemplo do planejamento, o uso de sistemas de informação, o apoio institucional, educação continuada para a equipe de profissionais, estruturação das equipes de trabalho por meio de competências, capacitação em gestão, educação permanente, dentre outras (PIRES *et al.*, 2019a).

O assunto gestão em saúde é significativo, porque permeia o fazer em saúde e a definição de suas políticas, compreendendo diversos aspectos que influenciam diretamente na eficácia, eficiência e efetividade de seus serviços, através do envolvimento da coordenação do trabalho coletivo, bem como a promoção de ambientes de prática (PIRES *et al.*, 2019b). Uma gestão da Atenção Básica qualificada é essencial para efetivação das políticas públicas (PIRES *et al.*, 2019a).

Diante das considerações expostas, percebe-se a importância da Gestão em Saúde na Atenção Básica para promover a ampliação do acesso, a integralidade da assistência e o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis (PIRES *et al.*, 2019b). Havendo uma necessidade clara de análise de como tem se dado o trabalho dos coordenadores da Atenção Básica. Nesse sentido, a construção e o desenvolvimento de estratégias pedagógicas podem colaborar com a melhoria da Gestão da Atenção Básica e com processos de ensino-aprendizagem tanto na formação inicial, quanto na formação continuada de estudantes e profissionais da área da saúde.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Para este estudo de caráter exploratório, foi adotada uma abordagem qualitativa de pesquisa (FLICK, 2009), em função do interesse pelos fenômenos sociais, mais especificadamente aqueles que se estabelecem no campo da saúde. O delineamento desta investigação apresentou ainda uma característica de pesquisa colaborativa, pois facultou aos pesquisadores e aos demais envolvidos na investigação intervirem em situações cotidianas do campo da saúde consideradas problemas (IBIAPINA, 2008). Tal estudo, por conseguinte, favorece a (re)construção de práticas formativas, de modo a prover a formação para estudantes e profissionais da saúde que desejam atuar no campo da gestão em saúde na Atenção Básica.

### **4.2 Aspectos éticos**

Conforme recomendação da Resolução nº 466 (BRASIL, 2012), de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), este estudo por envolver seres humanos foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil, para verificação e adequação ética. Atesta-se que todos os procedimentos do estudo somente ocorreram após a aprovação do CEP através de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: CAAE 36017220.0.0000.5011 e com base no prescrito na Resolução nº 466 (BRASIL, 2012).

### **4.3 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada em municípios que compõe a 9ª Região de Saúde do Estado de Alagoas. Dentre os quatorze municípios que fazem parte da 9ª Região de Saúde, apenas oito aceitaram participar da pesquisa. A seleção da 9ª Região de Saúde ocorreu de forma intencional, considerando o fato de os municípios adscritos apresentarem índices sociais dentre os piores do estado Alagoas com: menor Índice de Desenvolvimento Humano, maiores concentrações de renda, maiores taxas de analfabetismo, maiores taxas de trabalho infantil, maiores percentuais de população

com baixa renda, baixos percentuais associados a saneamento básico e baixos indicadores de saúde associados (ALAGOAS, 2014; ALAGOAS, 2017).

#### **4.4 População**

Participaram deste estudo, por meio da seleção de amostra por conveniência, oito coordenadores que atuam no campo da Atenção Básica em municípios que compõe a 9ª região de Saúde do Estado de Alagoas. Vale ressaltar, que o convite a participação de cada coordenador neste estudo ocorreu mediante autorização prévia das Secretarias Municipais de Saúde de cada município. O critério de saturação foi utilizado neste estudo, referindo-se a um momento do trabalho em que a coleta de dados não trouxe mais esclarecimentos para o objeto estudado (MINAYO, 2017).

- Critérios de inclusão: foram incluídos coordenadores da Atenção Básica dos municípios que fazem parte da 9ª região de saúde de Alagoas e que estavam atuando em seus vínculos de trabalho;
- Critérios de exclusão: Foram excluídos aqueles coordenadores da Atenção Básica que estiveram afastados ou de licença (médica, maternidade, entre outras), inclusive seus substitutos temporários no período da coleta de dados.

##### **4.4.1 Caracterização dos participantes**

Dentre os oito coordenadores que aceitaram participar deste estudo, sete correspondem ao sexo feminino e um ao sexo masculino. Todos os participantes possuem formação em cursos de graduação na área da saúde, sendo um deles formado em Psicologia e sete em Enfermagem. Todos possuem ao menos um curso de pós-graduação lato sensu na área da saúde. Um dos participantes também possui curso de pós-graduação stricto sensu na área da saúde e um participante estava cursando uma pós-graduação stricto sensu na área da saúde, no momento da coleta de dados. Sete participantes já haviam tido experiências profissionais no SUS anteriores ao cargo de gestão que exercem atualmente, com tempo variável de atuação entre nove a vinte três anos na assistência do SUS, no campo da Saúde Mental, do NASF-AB e em Equipes de Saúde da Família. Apenas um dos participantes não teve experiências profissionais anteriores no SUS, apenas no estágio, enquanto

cursava a graduação. Dentre os participantes, sete estão em cargo de gestão do SUS pela primeira vez e apenas um já teve experiências anteriores.

#### **4.5 Procedimentos e instrumentos de coleta/produção de dados**

Para alcançar os objetivos deste estudo, cinco etapas foram devidamente planejadas e executadas. Confira, a seguir, suas características, bem como os instrumentos e a forma de coleta/produção dos dados:

##### **4.5.1 Etapa 1 – Apresentação da pesquisa e dos aspectos éticos**

Inicialmente, foi feito convite e apresentação da pesquisa aos coordenadores da Atenção Básica das 14 cidades que compõe a 9ª Região de Saúde do estado de Alagoas, por meio do envio de e-mails aos endereços eletrônicos, contato telefônico, videochamadas e outros meios que potencializaram a participação da população em questão, como convites intermediados pelo COSEMS/AL (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas) e pela SESAU/AL (Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas). Após o interesse do coordenador em participar ter sido sinalizado, foi encaminhado o TCLE, que deu ciência sobre a natureza da pesquisa, a justificativa, os objetivos, os métodos que foram utilizados e os potenciais riscos e benefícios em sua participação no estudo, bem como da garantia do sigilo e anonimato de sua identidade. Além disso, também foram informados sobre a possibilidade de desistência em participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

##### **4.5.2 Etapa 2 – Conhecendo o cenário da gestão na Atenção Básica**

Com o consentimento atestado, foram agendas entrevistas online com os coordenadores, de acordo com a disponibilidade de tempo que foi apresentada por cada coordenador. A entrevista online foi utilizada nesta pesquisa para facilitar a logística dos coordenadores a fim de ampliar a disponibilidade de participação, tendo em vista o contexto de pandemia da COVID-19 vivenciada pelo mundo no período da coleta dos dados deste estudo.

Foi utilizado o roteiro de entrevista semiestruturado “Conhecendo o trabalho da gestão da atenção básica” (Anexo I), que foi elaborado pelos pesquisadores (e teve o

seu conteúdo validado por 07 juízes<sup>1</sup>), com o objetivo de analisar o trabalho dos coordenadores que atuam no campo da gestão em saúde na Atenção Básica de municípios do Estado de Alagoas, com ênfase nas potencialidades e nas situações problemas. Os juízes participantes da validação do roteiro de entrevista foram convidados após pesquisa na Plataforma Lattes por mestres e doutores com experiência em saúde pública e gestão em saúde. Dez juízes foram selecionados por conveniência e contactados por meio de seus endereços eletrônicos e contato telefônico. Sete juízes aceitaram e tiveram disponibilidade para participar do processo de validação do instrumento.

O processo de validação do instrumento ocorreu em três etapas. A primeira, ocorreu por meio do envio de uma carta convite aos juízes, com o detalhamento da pesquisa acrescido do roteiro semiestruturado construído pelos pesquisadores. Cada juiz foi convidado a fazer análise de cada uma das 17 questões. As análises estiveram relacionadas a clareza da linguagem na escrita da questão proposta ao participante, a pertinência da questão de pesquisa em relação ao objeto da pesquisa, a viabilidade de realização da questão, a inserção, retirada ou modificação da questão, além de outras considerações sobre o instrumento que os juízes puderam fazer. Cada juiz teve até trinta dias para realizar sua análise do instrumento e enviar por meio de endereço eletrônico aos pesquisadores.

A segunda etapa consistiu na construção de planilha de Excel para consolidar as análises realizadas pelos juízes. Todas as análises foram incorporadas ao instrumento. Uma questão foi excluída e outras duas foram elaboradas conforme sugestão dos juízes. O novo roteiro conteve dezoito questões. Na terceira etapa, o roteiro finalizado foi reenviado aos juízes para nova análise, com validação ou necessidade de novos ajustes. Todos os sete juízes retornaram os e-mails validando o instrumento e tornando-o apto para utilização na pesquisa.

O instrumento foi utilizado nas oito entrevistas, que ocorreram por meio do aplicativo Zoom Cloud Meetings<sup>2</sup>, de maneira individual, em locais que garantiram a confidencialidade e longe da presença de terceiro. O material foi registrado por meio de ferramenta específica de gravação do próprio aplicativo. Em seguida, foi realizada a transcrição dos dados na íntegra.

---

<sup>1</sup> Mestres e doutores com expertise em gestão em saúde na Atenção Básica.

<sup>2</sup> Aplicativo gratuito de videoconferência online.

### 4.5.3 Etapa 3 – Aprofundando aspectos sobre o trabalho da gestão na Atenção Básica

Depois de conhecer aspectos do processo de trabalho dos coordenadores que atuam no campo da gestão em saúde na Atenção Básica de municípios do Estado de Alagoas, foi realizada uma entrevista em grupo com quatro participantes da pesquisa, a fim de aprofundar a coleta de dados em relação a temas que foram pouco explorados durante as entrevistas individuais, que repercutiram delas ou que mereceram ser exploradas em profundidade. Todos os oito coordenadores que participaram da etapa de entrevista individual foram contatados por meio de ligações telefônicas. Entretanto, quatro apresentaram indisponibilidade para participação da entrevista em grupo. Dentre as negativas, dois referiram que devido a intensificação das ações em seus municípios, não teriam disponibilidade, um não estava mais exercendo a função de coordenador e referiu indisponibilidade e um confirmou a participação, mas no dia e horário teve imprevisto em seu município, não conseguindo participar. Foi realizada uma única seção de entrevista em grupo. A entrevista em grupo ocorreu de maneira remota devido a impossibilidade da maioria dos participantes em comparecerem presencialmente, devido ao cenário de pandemia da COVID-19. A entrevista em grupo foi facilitada por uma mediadora (a pesquisadora principal da pesquisa) e contou com o suporte de uma secretária (estudante da graduação e pesquisadora da iniciação científica). Foram estabelecidas e pactuadas com os participantes orientações para execução da entrevista em grupo.

#### Quadro 1 – Orientações para entrevista em grupo

1. Todos os participantes podem expressar suas opiniões, mesmo que divergentes umas das outras, desde que o respeito seja sempre mantido entre os participantes e suas opiniões;
2. No momento da fala de um participante, os demais devem permanecer em silêncio para não dificultar o processo de transcrição das falas;
3. Os participantes devem manter seus dispositivos eletrônicos no modo silencioso e não devem manuseá-los durante a execução do grupo, para que não venham atrapalhar o momento de fala dos participantes e não dificultem o processo de transcrição das falas;
4. Não existe resposta certa ou errada, todos podem expressar o que pensam sobre as questões apresentadas.

**Fonte:** Elaboração própria (2021).

#### **4.5.4 Etapa 4 – O trabalho da gestão na atenção básica: conhecendo mais de perto**

Observações *in loco* foram realizadas a fim de coletar/produzir dados em maior profundidade sobre o trabalho dos coordenadores que atuam no campo da gestão em saúde na Atenção Básica de municípios do Estado de Alagoas. Por uma questão de viabilidade prática do estudo, apenas um coordenador foi selecionado – por meio de sorteio (com base na amostra aleatória simples). Foram realizadas 10 secções de observação não participante com base nas contribuições teóricas/metodológicas sugeridas por Marietto (2018), durante cinco semanas. Foram realizadas duas secções por semana. Os dados coletados/produzidos foram registrados em diário de campo.

#### **4.5.5 Etapa 5 – Proposições para a formação: desenvolvimento de produtos educacionais**

Depois da compreensão e análise da prática profissional dos participantes, os esforços previstos nesta investigação foram para desenvolver estratégias pedagógicas. Cinco sequências didáticas foram construídas, para prover formação para estudantes e profissionais da saúde que desejam atuar no campo da gestão em saúde na Atenção Básica. As estratégias foram elaboradas pelos pesquisadores, de maneira colaborativa com docentes da disciplina de Saúde e Sociedade da Universidade de vinculação da pesquisadora.

### **4.6 Procedimentos de análise de dados**

A condução da análise dos dados da pesquisa abrangeu as fases da técnica proposta por Braun e Clarke (2006), que é a modalidade de análise temática, na qual foram consideradas seis etapas de análise:

#### **1. Familiarizando-se com os dados:**

Esta etapa consistiu na transcrição dos dados, leitura e releitura dos dados e apontamento de ideias iniciais;

#### **2. Gerando códigos iniciais:**

Esta etapa consistiu na codificação sistemática em todo o conjunto de dados.

Havendo a produção dos códigos iniciais;

**3. Buscando por temas:**

Esta etapa consistiu no agrupamento dos códigos em temas potenciais, onde foram reunidos todos os dados relevantes para cada tema construído;

**4. Revisando temas.** Esta etapa consistiu em uma verificação se os temas funcionavam em relação aos extratos codificados e ao conjunto de dados;

**5. Definindo e nomeando temas:**

Esta etapa consistiu no desenvolvimento de uma nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise;

**6. Produzindo relatórios:**

Esta fase consistiu em uma análise final dos extratos selecionados junto a produção de um relatório da análise, que findou nesta dissertação de mestrado.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise temática dos dados desta pesquisa foi produzido um quadro com os temas e subtemas que compõem os resultados e fundamentam a discussão deste estudo, a saber:

**Quadro 2 – Temas e subtemas do estudo**

<b>Temas</b>	<b>Subtemas</b>
O trabalho de coordenadores que atuam no campo da gestão em saúde na Atenção Básica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O papel gerencial;</li> <li>2. Planejamento, monitoramento e avaliação das ações;</li> <li>3. Uso de ferramentas e tecnologia;</li> <li>4. Apoio institucional.</li> </ol>
Situações problemas que desafiam a gestão da Atenção Básica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Percurso formativo inicial dos coordenadores da Atenção Básica fragilizado;</li> <li>2. Acesso limitado aos serviços de saúde;</li> <li>3. Financiamento insuficiente para o SUS;</li> <li>4. Dificuldades frente ao cenário de pandemia da COVID-19.</li> </ol>
Potencialidades do trabalho na gestão da Atenção Básica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educação Permanente em Saúde;</li> <li>2. Articulação intersetorial;</li> <li>3. Comunicação efetiva;</li> <li>4. Qualificação dos profissionais.</li> </ol>

**Fonte:** elaboração própria (2021).

### 5.1 O trabalho de coordenadores que atuam no campo da gestão em saúde na Atenção Básica

Neste tema, os coordenadores apresentaram o fazer do coordenador da Atenção Básica em seu dia a dia de trabalho, com relatos de suas atuações envolvendo o papel gerencial que é desenvolvido, a pontuação de ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações. Além do uso de ferramentas, tecnologia e o apoio institucional efetivo que são incorporados à rotina de trabalho dos coordenadores da Atenção Básica.

### 5.1.1 O papel gerencial

A Política Nacional da Atenção Básica não trata a definição e as atribuições do coordenador da Atenção Básica. No entanto, já apresentava desde sua publicação, em 2017, a definição e as atribuições do gerente de unidade de saúde (BRASIL, 2017a). O credenciamento desses profissionais veio a ser autorizado pelo Ministério da Saúde, em 2019, por meio da Nota Técnica Nº 995/2019-CGFAP/DESF/SAPS/MS, que apresenta uma nova nomenclatura: Gerente de Atenção Primária à Saúde, também denominado Gerente de Atenção Básica (BRASIL, 2019).

Dentre as atribuições apresentadas através do documento disponibilizado pelo Ministério da Saúde, que visa esclarecer as dúvidas dos gestores e da população relacionadas ao Gerente da Atenção Primária e seu papel estão: o monitoramento e a avaliação dos resultados desenvolvidos pelas equipes, com a criação de estratégias que visem o alcance das metas de saúde; a qualificação da gestão dos insumos e da infraestrutura das unidades; a potencialização do uso de recursos tecnológicos; o monitoramento dos processos de trabalho; o planejamento de ações e divulgação dos resultados obtidos; a atuação intersetorial; gestão participativa, dentre outras (BRASIL, 2019).

No contexto de análise do trabalho dos coordenadores investigados nesta pesquisa, é possível identificar que o papel gerencial que os coordenadores têm exercido se assemelham ao que é normatizado enquanto atribuições dos Gerentes da Atenção Primária. Os relatos abaixo constituem referências ao papel gerencial assumido pelos coordenadores da Atenção Básica análogo ao de Gerente da Atenção Primária.

*“No meu município, a gente faz um pouco de tudo (né?). Acho que a maioria das coordenadoras. Mas assim, meu trabalho é o quê? Monitorar, avaliar os indicadores; tentar apoiar as equipes; sinalizar algumas fragilidades e tentar crescer com elas, aprender junto com a minha equipe, né...?” (Participante 02, fonte: roteiro de entrevista).*

*“...como nosso município está 100% com o prontuário eletrônico, eu faço esse monitoramento das minhas unidades através do prontuário eletrônico (né?), online. Então, eu abro o meu prontuário eletrônico, abro o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (né?), o meu, o meu monitoramento, e começo a monitorar as unidades para saber quem tá atendendo, como é que tá atendendo, o que está atendendo também, né? Eu também faço o monitoramento dos agentes comunitários de saúde para saber como é que está a questão das*

*visitas domiciliares.” (Participante 03, fonte: roteiro de entrevista).*

*“A gente faz essa inspeção das unidades, a gente ajuda nessa parte de organização, eu oriento muito sobre a questão de cronograma de atendimento, estou sempre capacitando a minha equipe de enfermeiros e de técnicos, sala de vacina, consulta com a mulher, pré-natal, enfim, todos esses âmbitos. É bem dessa parte organizacional mesmo, de dividir, de montar estratégia, de sentar-se com uns e decidir o que tem que fazer, onde a gente tem que atuar e, principalmente, em cima dos nossos indicadores.” (Participante 04, fonte: roteiro de entrevista).*

*“Bem, no meu dia a dia, normalmente, eu vejo os indicadores. E quando eu vejo os indicadores, eu não vejo em quantidade, eu vejo em qualidade, né? A gente analisa esses indicadores, o que é que o profissional está fazendo, o que é que o profissional está refletindo sobre a sua prática, como que a gente pode estar apoiando. E aí a gente tenta sanar as dificuldades (né?) tanto de educação continuada, educação permanente, quanto às questões de melhoria na qualidade do serviço, e na questão de apoio ou mesmo profissional.” (Participante 05, fonte: roteiro de entrevista).*

*“No dia a dia, a gente monitora (né?) as equipes, faz o monitoramento das equipes. Avalia o serviço e os indicadores.” (Participante 07, fonte: roteiro de entrevista).*

*“Então é avaliar dados, planejar ações, avaliar as metas, realizar planejamento, e esse planejamento faz com que você vá, diga vamos fazer assim, você dá dois passos e a coisa não vai. Aí você retorna, aí diz: não, não deu. Vamos refazer de outra forma. E esse planejamento, ele tem que ser comunitário, porque se ele for de cima para baixo, não funciona.” (Participante 08, fonte: roteiro de entrevista).*

As competências relacionadas ao papel gerencial como: planejamento, condução do trabalho gerencial, trabalho com coletivos organizados e trabalho educativo descritos por Carvalho (2012) são desenvolvidas pelos coordenadores da Atenção Básica entrevistados, que em suas falas apresentaram assumir um papel diretamente relacionado ao planejamento em saúde, a organização e a gestão dos processos de trabalho dentro de seus territórios. Tais resultados corroboram ainda com os apresentados por Fischer *et al.* (2014), quando delineiam o perfil de coordenador da Atenção Básica. O perfil proposto envolve o comprometimento com metas e a qualidade dos serviços em um leque de competências que corresponde a um perfil de gestor requisitado atualmente para a área.

As falas dos coordenadores abaixo, relatadas durante a entrevista em grupo, permitem compreender que o papel gerencial também é dividido com outros profissionais, como o próprio Gerente da Atenção Primária, cadastrados pelos

municípios e que atuam de maneira local nas Unidades Básicas de Saúde. Indicando que esses profissionais fomentam a coprodução da saúde na Atenção Básica, apresentada pela Portaria de consolidação nº 2, anexo XXII, que trata sobre a Atenção Básica (BRASIL, 2017c).

*“Todos temos os diretores... aqui a gente chama de apoiador técnico...Então todas as Unidades de saúde têm um apoiador técnico sim. Em tudo que, em termo de processo de trabalho, para a ajuda da enfermeira, para a ajuda do médico, pra... pra... para o andamento do serviço ele faz todo esse processo.” (Participante 01, fonte: roteiro de entrevista em grupo).*

*“Assim, facilita muito a parte administrativa, auxilia muito às enfermeiras a desenvolverem os trabalhos, pra não ficar ali, né, fora do processo, com olhar fora do processo. Tem que fazer e ajudar a qualificar o serviço. Sem dúvida, é um ganho muito grande você ter um diretor na unidade básica.” (Participante 03, fonte: roteiro de entrevista em grupo).*

### 5.1.2 Planejamento, monitoramento e avaliação das ações

O planejamento é concebido como um instrumento permanente para identificar o cenário real e criar alternativas, meios e oportunidades que possam transformar a realidade, por meio da execução de ações pensadas que requerem o reinício do ciclo (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

No contexto do planejamento, o uso de instrumentos ou meios de trabalho, com o envolvimento de saberes, técnicas, atividades e determinadas relações sociais pode viabilizar um processo de transformação de uma circunstância para outra, haja vista sua finalidade (PAIM, 2006). Durante as entrevistas individuais e em grupo, as falas aproximaram-se de um processo de planejamento que se apresenta com estruturação de modo ascendente e integrado, com a participação e o envolvimento dos profissionais de saúde e da comunidade, conforme prevê a normativa do SUS (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017c).

*“Aqui, no município, desde que eu entrei, a gente pega e inicia fazendo o planejamento em cima da programação anual de saúde (né?) que a gente faz através da plenária (que a gente faz), a população vai lá. Eu já participei de algumas plenárias, as pessoas vão lá, a comunidade participa e elenca os problemas que eles acham que a gente tem. A gente faz a programação, em cima do plano Municipal de Saúde. A gente faz a programação cortada em anos e nós vamos trabalhando.” (Participante 02, fonte: roteiro de entrevista).*

*“Ah, envolve os profissionais principalmente no que diz respeito à questão de indicadores e processos de trabalho. Os profissionais são envolvidos nessa ação. De acordo com o que a gente apresentar, o que cada equipe esteja apresentando, os seus indicadores, é feito um plano de ação, né? Um plano de ação para que a gente possa melhorar aqueles indicadores, né?” (Participante 03, fonte: roteiro de entrevista).*

*“O planejamento parte do princípio de que eu tenho que entender a necessidade daquela população receber um serviço de qualidade. Então eu tenho que dizer, a minha meta é tal, quais são as ideias? Listar as ideias que tenho para que aquilo seja alcançado. E se não der, voltamos e refazemos.” (Participante 08, fonte: roteiro de entrevista).*

“Definir metas, estabelecer objetivos e planejar ou programar ações representam o dia a dia dos gestores do setor público em saúde” (BRASIL, 2016, p. 55-56). Planejar acaba se tornando uma necessidade do cotidiano, que deve acontecer de forma contínua, para que seja possível assegurar uma diretriz às ações executadas, modificando os caminhos, lidando com situações inesperadas e procurando seguir direções que possam alcançar os objetivos almejados (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

O estabelecimento de diretrizes para o planejamento do SUS, previsto no Título IV, Capítulo I, da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, define os instrumentos que devem fazer parte do planejamento em saúde, que são: o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e apresenta orientações relacionadas a outros pressupostos para o planejamento no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b).

Em aprofundamento, na entrevista em grupo, sobre a participação e envolvimento dos coordenadores, na elaboração e utilização desses instrumentos junto ao gestor municipal (secretário (a) de saúde), é possível compreender através das falas que há envolvimento dos coordenadores nesse processo de construção:

*“Participo. Participo sim. No momento estamos em processo de construção.” (Participante 01, fonte: roteiro de entrevista em grupo).*

*“Sim, a gente participa. Inclusive também estamos no processo de construção em conjunto com o coordenador da área de planejamento do município. E a gente vai fazer até agora umas micro, como se fosse umas micro conferências pequenas nas unidades para construir propostas para embasar o próximo... A gente, através do plano,*

*anualmente a gente faz a programação anual baseada nele, e a gente tem que trabalhar essas ações, desenvolver para prestar contas, né...Sim, Relatório Anual de Gestão, uma vez no ano.” (Participante 03, fonte: roteiro de entrevista em grupo).*

A prática ordenada do planejamento desenvolve a obtenção dos objetivos, porque diminui imprecisões relacionadas ao processo de decisões. Haja vista disso, o ato de planejar é complexo, pois exige o pensar sempre mais adiante, de forma permanente, o que requer uma tomada de decisão contínua, em um cenário mutável, que passa por intervenções constantes. A grandiosidade do planejamento está na capacidade de estudar uma realidade, que possibilita visualizar o que se almeja atingir, além das decisões que necessitam ser tomadas para o desenvolvimento dos resultados previstos. Todo esse processo está relacionado às maneiras de projetar a realidade, indagações que facilitam a sua compreensão e decisões permanentes que estarão relacionadas ao “quê, como e quando fazer”. E ainda, quem são os responsáveis pelas ações e os custos relacionados (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016). Esses achados, corroboram com os resultados desta pesquisa, em que os coordenadores têm o planejamento enquanto um recurso, parte de seu dia a dia de trabalho, fundamental para o alcance de resultados esperados e para lidar com conflitos e circunstâncias inesperadas, conforme apresentado nas falas a seguir:

*“Lá na programação sempre tem protocolos estabelecidos na Atenção Básica naquele ano. Um plano de Rede Cegonha atualizado e avaliado. Então eu sigo aquele corte da programação anual e coloco, além dele, que já tem os indicadores do Sistema de Pactuação dos Indicadores (SISPACTO), agora do Previner Brasil, coloco também outras demandas educativas conforme eu vejo a necessidade do meu município. Então deixa eu dar um exemplo, se eu estou vendo que aqui a gente está tendo um caso... agora, aqui, a gente graças a Deus não tem caso de hanseníase e tuberculose, mas, de repente apareceu um caso de hanseníase numa comunidade cigana. Então eu tenho que me adequar, na minha programação, àquela necessidade de urgência. Então eu vou me juntar com a vigilância epidemiológica, com a vigilância em saúde, com a equipe e vou fazer um trabalho ali, fazer um bloqueio epidemiológico, pra tentar ver quem realmente já está tendo também sinais sugestivos, pra tentar (ali) abaixar, né? Tratar. Ou senão alguns casos potenciais. É um exemplo, né?” (Participante 02, fonte: roteiro de entrevista).*

*“E temos um plano que vai ser de 100 dias, né? Que a gente, além de fazer esse plano, a gente tem que executar aquele plano em 100 dias, né? Nós fizemos agora foi um plano de 60 dias. E eu vou pela problemática, eu vejo o que é que está faltando naquele posto, naquela unidade, o que é que precisa, né? Qual é a meta para ser atingida, quanto tempo eu posso entregar, quanto tempo eu posso*

*resolver. Se é a curto, a médio ou a longo prazo. E eu vou em cima dessas ações, dessas... e principalmente na pandemia do Covid, né? Porque nós não temos... Nós não sabemos quando é que vai acabar.”*  
**(Participante 06, fonte: roteiro de entrevista).**

Contudo, métodos e técnicas de planejamento não foram especificados pelos coordenadores investigados, embora muitas características já apresentadas em suas falas estejam relacionadas aos pressupostos do planejamento estratégico-situacional de Carlos Matus (1989), apresentado por Lacerda, Botelho e Colussi (2016), em que planos de ação são elaborados com base em problemáticas, com o envolvimento dos atores sociais, situação e ação.

Ainda nesse contexto, o monitoramento e a avaliação foram analisados como parte integrante do trabalho que é desenvolvido pelos coordenadores da Atenção Básica, de modo que sua organização é voltada para o alcance de resultados planejados e para a qualificação das ações que são elencadas como prioritárias em seus municípios.

O monitoramento, que se constitui por meio da realização de levantamentos e análise de informações frequentes que viabilizam intervenções específicas para o reparo de situações problemas identificados e, a avaliação, caracterizada por um processo de análise crítica dos resultados obtidos, são incorporadas com periodicidade distintas pelos coordenadores deste estudo (BRASIL, 2017d).

Entretanto, as abordagens adotadas pelos coordenadores utilizam as informações obtidas para o planejamento e a execução de novas ações, a partir de discussões dos resultados, de estímulo à reflexão de suas potencialidades e fragilidades, possíveis estratégias de intervenções e suas necessidades de aprimoramento, como pode ser observado nas falas abaixo:

*“Nós antes tínhamos o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que dava uma possibilidade de monitorar equipe por equipe de uma forma mais quantitativa. E aí a gente fazia isso. E hoje a gente está fazendo diferente, a gente tá fazendo quantiquali. E a gente tá fazendo in loco nas equipes. E aí sou eu que faço o monitoramento. Eu tenho mais uma pessoa que me ajuda junto com os indicadores. Então a gente vê as ações, a gente vê os indicadores e aí a gente vai junto com o profissional. Ó, está precisando a gente alcançar tantas citologias a mais. Qual a estratégia? Como é que a gente pode alcançar isso? Geralmente eu costumo fazer isso (agora) mensal. Aí, como eu tenho mais essa pessoa para me ajudar. Essa pessoa (ela) vai frequentemente nas Unidades de Saúde. E aí ela puxa no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), no Sistema de Informações da Atenção Primária à Saúde (e-*

SUS) e a gente está sempre discutindo a produção, está sempre discutindo a qualidade dessa produção também.” (**Participante 01, fonte: roteiro de entrevista**).

“Quadrimestralmente a gente fecha, consolida tudo, né? No caso, mês de maio porque finaliza em abril. Aí eu me sento com as equipes individualmente e passo para elas onde é que tá. E agora com o Previne Brasil, como ele dá um quadro, uma planilha realmente por unidade, por estratégia, a gente consegue ver aquela estratégia que está falhando em alguma coisa. Tem um exemplo que está fazendo os testes rápidos de sífilis e HIV com 80%, já tem uma que está, um exemplo, agora em 50%. Então eu estou vendo que ali tá necessitando de uma ajuda. Tentar entender o que aconteceu. Se é por conta de rotatividade de profissional, porque agora teve concurso público, que teve... entrou outros. Se é por questões de logística, de dispensação do insumo, que é o teste. Enfim, tentar ver onde é que está a fragilidade da nossa parte e ver também onde é que a gente pode ajudar o profissional a conseguir essa... atingir essa meta, né? Pelo menos melhorar.” (**Participante 02, fonte: roteiro de entrevista**).

“Por conta do Previne Brasil, né? A gente faz quadrimestral e se senta com as equipes, para discutir melhorias na qualificação dessas ações.” (**Participante 05, fonte: roteiro de entrevista**).

“A gente faz mensalmente, porque vendo os indicadores, se alcançou ou não, né? Porque, na verdade, a gente precisa... não precisa fazer mensalmente, porque o previne Brasil, no caso, é quadrimestre (né?), então... quadrimestral, então a gente... mas a gente precisa tá vendo semanalmente, vendo é... vendo com os digitadores, como é que tá o andamento dos indicadores, pra poder ver e avaliar melhor. Assim, se tiver baixo, não está conseguindo as metas, aí a gente chama o... faz reunião com os profissionais e mostra onde é que está a falha.” (**Participante 07, fonte: roteiro de entrevista**).

“Então essa avaliação, ela é feita, mas a equipe não é chamada para dizer, você não atingiu, você vai ter que atingir. Não, a fala é: você não atingiu, o que que a Secretaria pode fazer para que vocês consigam atingir? Entendeu?” (**Participante 08, fonte: roteiro de entrevista**).

Desta forma, vale destacar a importância de tornar a avaliação e o monitoramento como parte dos processos de trabalho na Atenção Básica. A efetividade da avaliação da situação de saúde de uma população está associada, principalmente, às atividades desenvolvidas por meio das informações que são produzidas dentro desse processo (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

As falas dos coordenadores presumem um monitoramento e avaliação no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2017d), com abordagens de informações para às ações, inserindo-as no leque de atividades rotineiras dos gestores e das equipes que compõem a Atenção Básica, para aprimorar as políticas públicas, não perdendo de vista o seu caráter formativo e pedagógico para que seu potencial possa ser

alcançado.

Ressalta-se ainda que, o monitoramento deve estar estruturado de modo a colaborar com a obtenção dos resultados esperados no planejamento, à medida que seu reflexo traduz o acompanhamento ordenado de ações prioritárias. O monitoramento é ainda considerado como parte do planejamento da Atenção Básica, como maneira de apresentar os resultados que necessitam ser alcançados, por meio de indicadores e metas quantitativas e qualitativas (BRASIL, 2017d).

Dentre as estratégias de estruturação do monitoramento estão a designação de ações elencadas como prioritárias; a designação de indicadores que possam demonstrar as prioridades; a designação de responsáveis; o período do acompanhamento; os instrumentos que irão estruturar as ações que podem colaborar com a qualificação dos indicadores; os modos de divulgação dos resultados e os momentos de discussão dos resultados obtidos entre gestores e as equipes da Atenção Básica, além das demais áreas técnicas relacionadas que devem ser integradas durante todo o processo (BRASIL, 2017d).

Entendendo desta maneira, que o monitoramento e a avaliação na Atenção Básica são indispensáveis para implementação, consolidação e redirecionamento das atividades desenvolvidas na saúde, na expectativa de se alcançar êxito nos resultados esperados (CAVALCANTE *et al.*, 2019).

Por fim, o atual cenário de experiências no Brasil, que envolve inúmeras possibilidades metodológicas, diversas iniciativas e perspectivas epistemológicas, tem demonstrado uma expressiva relevância das práticas de avaliação que são desenvolvidas no âmbito da saúde, principalmente as direcionadas à melhoria da Atenção Básica no país. Nos processos de gestão em saúde, principalmente a partir da década de 90, o monitoramento e a avaliação passaram a ser incorporados e a ganharem mais espaço no Brasil, onde o país vivenciava um processo de reforma do Estado. De lá até os dias atuais, o monitoramento e a avaliação na saúde tornaram-se essenciais (SOUSA, 2018).

### **5.1.3 Uso de ferramentas e tecnologia**

No contexto atual de interatividade e tecnologia que vivenciamos no Brasil, a inovação e o uso de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) passaram a ser considerados enquanto ferramentas essenciais na gestão em saúde da Atenção

Básica (RIOS; PINHEIRO, 2017). Neste estudo, os depoimentos dos coordenadores apresentam o uso de SIS enquanto ferramenta que beneficia os processos de gestão, pois colaboram na identificação da realidade local de seus municípios e favorecem processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, conforme os achados dessa pesquisa.

Esses dados corroboram com o estudo de Rios e Pinheiro (2017), no qual as pesquisadoras apresentam a relevância na utilização dos SIS para a efetividade no diagnóstico situacional local, para a produção de conhecimentos relacionados àquela realidade, visando o fortalecimento e a qualificação das políticas públicas de saúde direcionadas à Atenção Básica.

No presente estudo, também foi identificada a inovação através da utilização de aplicativo de mensagens, do uso de programas de tabulação como o Excel e a utilização de software em plataforma administrada por empresa privada, que utiliza informações retiradas diretamente de SIS, para facilitar o monitoramento das ações. Segue:

*“Então, aí agora a gente implantou o PEC, Prontuário Eletrônico Cidadão, isso tem dado uma condição de avaliação melhor nos nossos indicadores. Hoje a gente... antes a gente tinha que, quando eu ia fazer a avaliação do PMAQ, a gente pegava a ficha e contava procedimento por procedimento. Principalmente aqueles procedimentos como citologia. E aí a gente tinha que pegar ficha por ficha e contar. Aí hoje não, hoje quem digitou foi a enfermeira. Então, eu não preciso mais contar. Se a informação que tá aqui... se ela disse que fez 40, se lá só tinha 29, quem deixou de registrar foi ela e não fui eu. E aí isso hoje tá... facilitou bastante. Economiza tempo, né? Otimiza, sobra mais tempo para fazer outra coisa.” (Participante 01, fonte: roteiro de entrevista).*

*“E a Secretaria de Saúde possui também os computadores para o monitoramento. É feito através de uma empresa na qual ela tem o software (né?) que é o... é o... e-SUS... bem parecido... assim, eles são bem parecidos com relação ao e-SUS AB só que é uma plataforma própria, né? Essa plataforma própria (né?) que a gente trabalha online. E essa empresa ela mantém todo o... ela nos dá todo suporte. Desde os computadores aos softwares, e todo suporte de treinamento, e todo suporte de equipamentos, caso tenha algum equipamento venha a ter defeito.” (Participante 03, fonte: roteiro de entrevista).*

*“Isso, SISAB, SISCAM, SIGTAP, todos esses acompanhamentos. A gente utiliza essa parte do PEC, né? Do e-SUS. Só que assim, tem unidades que foram reformadas na antiga gestão que ainda tem essa questão de instalação de máquinas que ainda não funciona.” (Participante 04, fonte: roteiro de entrevista).*

*“A gente utiliza grupos de WhatsApp, utilizamos os programas do ministério incluindo o programa do e-SUS. O SISAB, né? O principal que nós usamos é o SISAB. Na parte de tabulação, eu uso muito o Excel, né? Pra tabular os dados e fazer as tabelas, e mostrar percentual de indicadores, né? Tornando as apresentações mais fácil de ser entendida.” (Participante 05, fonte: roteiro de entrevista).*

*“A gente faz isso aí com os próprios sistemas que têm do Ministério mesmo: o e-SUS, o SISAB. Porque a gente não tem nada informatizado ainda. As unidades não são informatizadas. A gente não tem o PEC, na verdade. Então a gente faz nos próprios sistemas do ministério.” (Participante 07, fonte: roteiro de entrevista).*

A utilização de novas tecnologias pode influenciar o desenvolvimento do trabalho em saúde, gerando uma estreita relação com a reestruturação produtiva em saúde, que modifica processos de trabalho, de produção, incorpora tecnologias, implementa novas condutas profissionais, as quais repercutem em mudanças na produção de cuidado (MERHY; FRANCO, 2008; LORENZETTI et al., 2012; CARDOSO, SILVA, SANTOS, 2021).

No trabalho dos coordenadores deste estudo, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) tem sido utilizado como principal ferramenta de gestão. Corroborando com Rios e Pinheiro (2017), que identifica o SISAB como principal sistema de informação que vem sendo utilizado pela Atenção Básica. Vale destacar, que os SIS viabilizam o acompanhamento e avaliação dos serviços que fazem parte da Atenção Básica, além de colaborar com a qualificação da qualidade de vida da população daquele território, uma vez que tais sistemas produzem relatórios que podem auxiliar a gestão e as equipes da Atenção Básica em suas ações de saúde (RIOS; PINHEIRO, 2017).

Ainda no estudo de Rios e Pinheiro (2017) foi possível identificar que muitos dos SIS que foram desenvolvidos e que fazem parte do cenário brasileiro são amplamente utilizados pela gestão da Atenção Básica, pois possibilitam a ampliação no uso das informações em saúde, a gestão dos serviços de saúde, além do monitoramento de programas. Através de números obtidos por SIS é possível desenvolver diagnósticos, construir indicadores de saúde, além de possibilitar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de maneira efetiva (RIOS; PINHEIRO, 2017).

Considera-se que a utilização efetiva dos SIS, atrelada a uma alimentação precisa e atualizada de dados nesses sistemas possam tornar possível a construção de relatórios coesos, que irão apresentar um cenário claro e consistente daquela

população em questão. Entretanto, ressalta-se que o cuidado que tem sido prestado e a condição de saúde integral de cada usuário não pode ser avaliada somente por meio de dados provenientes de SIS, já que tais aspectos dificilmente podem ser analisados apenas de maneira quantitativa. É de extrema relevância que o gestor além de utilizar as informações quantitativas dos sistemas, possa incluir aspectos biopsicossociais na tomada de decisões estratégicas para a saúde da população (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017).

O uso de ferramentas e a tecnologia tem sido utilizados no processo de trabalho dos coordenadores que atuam na gestão da Atenção Básica deste estudo. No entanto, é necessário destacar as limitações apresentadas, relacionadas à não informatização de todas as unidades de saúde, o que implica, que nem todos os profissionais possuem a tecnologia, com acesso aos dados informatizados provenientes dos SIS, disponíveis para dar suporte à prática assistencial. Entretanto, Santos, Pereira e Silveira (2017) ressaltam a necessidade de ampliação do acesso aos SIS para os profissionais, usuários e à comunidade acadêmica, com vistas aumentar a utilização dos dados em saúde disponíveis nos sistemas existentes para análise do cuidado quem tem sido prestado.

Considerando a relevância do uso de ferramentas e tecnologia não só para o desenvolvimento do trabalho dos coordenadores da Atenção Básica, como também para os profissionais, Santos, Pereira e Silveira (2017) reforçam a necessidade dos gestores e da comunidade acadêmica em estimularem os profissionais a conhecerem as ferramentas e SIS disponíveis para subsidiar suas decisões clínicas, através da troca de conhecimentos por meio do desenvolvimento de atividades como rodas de conversa. Contudo, também há a necessidade de que os gestores leiam e tomem conhecimento de outras experiências efetivas que estejam acontecendo em municípios circunvizinhos, à nível estadual ou até mesmo em outros estados e no próprio Ministério da Saúde, para que as dificuldades e as conquistas existentes com sua utilização possam colaborar e até mesmo possibilitar pactuações intergestoras relacionadas (SANTO; PEREIRA; SILVEIRA, 2017).

#### **5.1.4 Apoio institucional**

O apoio institucional se caracteriza como uma função gerencial que transforma a maneira tradicional de se desenvolver coordenação, planejamento, supervisão e

avaliação em saúde. Um dos principais objetivos do apoio institucional é estimular a realização de um acompanhamento nos processos de mudanças dentro das organizações. A democracia institucional e a autonomia dos sujeitos são as principais diretrizes do apoio institucional (BRASIL, 2008; GUIZARDI *et al.*, 2018).

Dentre as funções que devem ser exercidas por um apoiador institucional, as quais neste estudo têm sido desenvolvidas pelos coordenadores da Atenção Básica, está a função do apoio, que deve ser exercida como uma diretriz e dispositivo que possibilita uma ampla capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que podem repercutir na qualificação de sua intervenção e na capacidade de se produzir saúde de maneira efetiva (BRASIL, 2008).

O estímulo à criação de espaços coletivos, que proporcionem a interação entre os sujeitos e a mediação junto ao grupo para a construção de objetivos comuns e pactuações, definidas pelo documento base para gestores e trabalhadores do SUS, enquanto funções do apoiador institucional (BRASIL, 2008), são desenvolvidas nos municípios participantes deste estudo, através de reuniões entre gestão e profissionais de maneiras distintas, que buscam a transversalidade dos saberes e das práticas desenvolvidas no cenário da Atenção Básica, conforme as falas a seguir:

*“A gente geralmente faz reuniões com os profissionais e não com as equipes em si, depois a gente faz com as equipes porque eu sempre deixo a equipe com autonomia suficiente para decidir, porque ela que está lá na ponta, é quem sabe a sua realidade. Às vezes, a realidade de uma equipe da mesma região, mesmo sendo urbana, ela tem uma realidade diferente, as duas. Então, a gente observa o todo dos indicadores, mas aquele processo de trabalho para melhorar aqueles indicadores, depende da realidade de cada equipe. Então, eu faço a reunião com o todo e depois a gente faz uma reunião com a equipe em si, juntamente com toda a equipe, desde um auxiliar de serviços gerais a um agente comunitário de saúde que envolve essa reunião pra gente tentar melhorar o processo de trabalho.” (Participante 03, fonte: roteiro de entrevista).*

*“Então nós programamos reuniões com médicos e enfermeiros, reuniões com equipe multidisciplinar ou reunião pessoal...Então, hoje tivemos também uma reunião com o agente de saúde e todos estavam participando, com exceção de um só, por algumas necessidades pessoais. Então a gente consegue fazer um trabalho em equipe muito bom. E eu parto do princípio de que isso daí tem que acontecer, o trabalho em equipe. Se a gente não conseguir trabalhar juntos, a gente não consegue realmente sozinha.” (Participante 08, fonte: roteiro de entrevista).*

Os depoimentos dos coordenadores apresentam o estabelecimento de relações

democráticas e dialógicas com as equipes de saúde, em que a gestão da Atenção Básica e os profissionais levantam suas problemáticas e desenvolvem a construção de soluções em um espaço coletivo de gestão participativa, onde as singularidades e o cenário de cada território são levados em consideração para a execução de planejamento, pactuação de ações, monitoramento, avaliação e ações de educação permanente. O processo de trabalho vem sendo discutido nesses espaços coletivos, de modo que as equipes recebem auxílio por parte dos coordenadores para uma análise desse processo e a construção de intervenções.

Tais achados estão em acordo com o instrumento elaborado pelo Ministério da Saúde de autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, que apresenta o apoio institucional enquanto auxílio para as equipes de saúde, propondo uma análise do trabalho já desenvolvido, para a construção de intervenções que possam auxiliar as equipes a identificar e lidar com suas problemáticas e conflitos. O apoiador institucional identifica a dimensão do trabalho e inicia o apoio a partir das problemáticas concretas, desafios e conflitos do dia a dia das equipes. Ele busca constantemente transformar situações estagnantes em proveitosas (BRASIL, 2017d).

Vale enfatizar, que nem todo apoiador institucional é coordenador da Atenção Básica, a gestão pode estar organizada em um grupo de apoiadores institucionais que sejam referência para as equipes de saúde (BRASIL, 2017d). Entretanto, atualmente, o apoiador institucional comumente assume cargos de gestão, assumindo a responsabilidade de diálogo, negociação, manejo e utilização de ferramentas e instrumentos de gestão. O apoio institucional é considerado um elemento de cogestão que assume uma função ético-político, que auxilia as equipes e que visa a democracia institucional e a construção de autonomia para os indivíduos (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014).

Nesse contexto, é necessário ressaltar que o apoio institucional foi incorporado enquanto uma função gerencial de suporte à consolidação e implementação da Política Nacional da Atenção Básica destacando os cenários e as políticas locais regionais (GUIZARDI *et al.*, 2018). O apoio institucional produz repercussões nas práticas sociais que atravessam o dia a dia dos serviços de saúde, com perspectivas favoráveis de mudanças nessas instituições no sentido de sua democratização. O apoio institucional tem capacidade para intervir em processos subjetivos, configurando espaços coletivos e, através deles, experiências que envolvem significado, percepção

e construção de relações, diferente das que já existem, como as hegemônicas, por exemplo (GUIZARDI *et al.*, 2018).

## 5.2 Situações problemas que desafiam a gestão da Atenção Básica

Neste tema serão apresentadas situações problemas identificados durante o período de estudo, que desafiam a gestão da Atenção Básica nos municípios envolvidos. Tais situações estendem-se ao percurso formativo inicial dos coordenadores da Atenção Básica fragilizado; ao acesso limitado aos serviços de saúde; ao financiamento insuficiente para o SUS; e as dificuldades frente ao cenário de pandemia da COVID-19.

### 5.2.1 Percurso formativo inicial dos coordenadores da Atenção Básica fragilizado

O trabalho da gestão da Atenção Básica possui uma complexidade que se faz necessária o domínio de conteúdos de gestão e das singularidades do setor saúde. Sendo necessário que os profissionais que nela possam atuar desenvolvam tais competências (ASSAD *et al.*, 2019).

Os coordenadores que participaram desta pesquisa possuíam formação na área da saúde, entretanto, o acesso a conteúdos relacionados à gestão em saúde durante o curso de graduação fora considerado insuficiente ou ausente durante este processo de formação, conforme expressam os fragmentos a seguir:

*“Então, (aí) eu tenho formação em psicologia, como eu lhe falei. Na faculdade onde eu estudei, a gente tinha muito pouco psicologia comunitária e psicologia da saúde. Era mais voltado para psicologia clínica (minha formação). (Participante 01, fonte: roteiro de entrevista).”*

*“É, na área de gestão, a gente tem uma noção na graduação. Mas a gente sabe que é muito... muito bem... é ralo (né?), é muito superficial e realmente a gente não vê nem 20% do que a gente deveria ver, né?” (Participante 02, fonte: roteiro de entrevista).”*

*“A minha graduação em enfermagem não teve nada de gestão. Então, tudo que eu aprendi foi no dia a dia e com algumas reuniões que a gente tem do Estado. E, também, o Estado dá um apoio (né?) pra gente nas dificuldades. É, eu acho que era pra ter mais conhecimentos (né?) na graduação. A gente ter uma grade (né?) que a gente possa estudar melhor gestão. Porque a gente não tem (né?) o conteúdo de gestão. O que a gente aprende é quando você começa a trabalhar e*

*tem essa experiência, né? É quase que dizer assim: a gente tem essa experiência (é) na marra. Ou aprende ou então você não assume o cargo de gestor.” (Participante 07, fonte: roteiro de entrevista).*

*“a academia não nos prepara tanto, pelo menos há 23 anos atrás, tanto para o SUS e sim para o particular, então eu não me via no SUS e sim no particular... e eu não sabia o que era ser gestora porque eu só tive aquela pequena experiência no primeiro centro que não me dava gabarito pra isso.” (Participante 08, fonte: roteiro de entrevista).*

O trabalhador da saúde é a principal força que o SUS utiliza para viabilizar o cuidado em saúde de maneira efetiva. No entanto, a formação desses profissionais tem caminhado na contramão ao que é preconizado pelo único Sistema de Saúde Pública instituído no Brasil, o SUS. Em geral, a formação ofertada tem repercutido em profissionais despreparados para atuarem nos níveis de atenção à saúde que mais demandam profissionais, como a Atenção Básica. Sendo então necessária a construção de espaços potentes de formação para os profissionais da saúde, de modo que esses espaços possam qualificar a sua prática profissional no âmbito do SUS (SALVADOR *et al.*, 2011).

O Processo de formação acadêmica necessita ser revisto não somente em relação aos conteúdos abordados, mas também em relação ao desenvolvimento profissional. A seleção, o desenvolvimento e avaliação desses profissionais para atuarem no âmbito da gestão em saúde do SUS devem estar alinhados às competências necessárias, a missão, a visão, aos valores e aos modelos de gestão dos serviços do SUS (ANDRÉ; CIAMPONE; SANTELLE, 2013).

A qualificação dos serviços públicos de saúde, essenciais à implementação do SUS, exige a formação dos gestores de saúde (CUNHA; HORTALE, 2017). Com base nos depoimentos deste estudo é possível constatar determinado despreparo dos profissionais para assumirem um cargo de gestão em saúde, como a coordenação da Atenção Básica. Vale destacar, que a gestão dos serviços de saúde está presente na maior parte das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área da saúde, instituindo dentre outras aptidões, que os profissionais, ao final da graduação, devem estar aptos a serem gestores dos serviços, empregadores ou lideranças na equipe de saúde. No entanto, conforme apresentado nos depoimentos dos coordenadores, a academia priorizou conteúdos relacionados a assistência.

Desde a instituição do processo descentralização da saúde, a ampliação da capacidade de gerenciamento do SUS e a formação de profissionais para lidarem

como os novos desafios inerentes a condução da política de saúde tornou-se preocupante (SILVA, 2005). Contudo, nos últimos anos, cursos da área de saúde como Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional têm buscado implementar mudanças em suas DCN visando garantir: o envolvimento ativo na construção do conhecimento, a integração entre os conhecimentos das ciências básicas aos das ciências aplicadas à clínica, a gestão em saúde, o trabalho em equipe e a aprendizagem interprofissional, a autonomia e o comprometimento do aluno, e a ampliação dos cenários e oportunidades de aprendizagem (MOREIRA; DIAS, 2015).

A qualidade da formação dos profissionais de saúde tem sido fundamental para a gestão em saúde. Mesmo competindo ao SUS, entre outras atribuições, ordenar a formação dos profissionais da área da saúde e, considerando a instituição da cooperação técnica entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde na formação e desenvolvimento de recursos humanos na saúde através da Portaria interministerial nº 2.118, de 03 de novembro de 2005, mudanças na formação dos profissionais dessa área foram acontecendo no decorrer dos anos, entretanto, não foram suficientes e ainda se configuram necessárias e estratégicas para a consolidação do SUS (MOREIRA; DIAS, 2015).

A maior parte dos coordenadores participantes deste estudo, embora não tenham tido um processo de formação que tenham contemplado a gestão em saúde de maneira efetiva durante a graduação, buscaram suprir as lacunas desse processo de formação por meio de cursos de pós-graduações *lato sensu* e aperfeiçoamento que pudessem colaborar com a qualificação de sua atuação profissional enquanto coordenador da Atenção Básica. Foram identificados onze cursos, dentre pós-graduações *lato sensu* e aperfeiçoamentos, que os coordenadores buscaram desempenhar após já terem se inserido no âmbito da gestão em saúde, conforme demonstrado abaixo:

**Quadro 3 – Cursos desempenhados pelos coordenadores da Atenção Básica participantes do estudo**

<p><b>Cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> identificados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão em Saúde;</li> <li>• Gestão em Saúde Pública;</li> <li>• MBA em Gestão em Saúde;</li> <li>• Políticas Públicas na Saúde;</li> <li>• Saúde Pública;</li> </ul>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde da Família;</li> <li>• Regulação em Saúde;</li> <li>• Epidemiologia.</li> </ul>
<b>Cursos de aperfeiçoamento identificados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase no NASF-AB;</li> <li>• Educação em Saúde;</li> <li>• Processos Educacionais na Saúde.</li> </ul>

**Fonte:** Elaboração própria (2021).

Almeida *et al.* (2017) abordam que para garantir a qualificação de habilidades e competências fundamentais para a atuação na Atenção Básica é necessário a participação ativa em processos de aperfeiçoamento profissional. E afirma que os aperfeiçoamentos têm repercutido em mudanças no trabalho que é desenvolvido no âmbito da Atenção Básica.

A qualificação e a construção de competências da força de trabalho de gestão e liderança em saúde é de suma relevância e pode ser alcançada por meio de programas de treinamento e desenvolvimento profissional. O papel que é desenvolvido pelos profissionais que exercem a gestão e a liderança no âmbito da saúde é essencial para garantir efetividade no desempenho de ações de cuidado em saúde e ampliação nas diversas reformas do setor. Portanto, compreender as evidências relacionadas as intervenções na formação e no desenvolvimento profissional produz uma melhor gestão em saúde (AYELEKE *et al.*, 2013).

Ações qualificadas de gestão podem repercutir em benefícios significativos nas ações assistenciais e na resolutividade dos serviços, efetivando os princípios que são a base da Atenção Básica no contexto dos SUS (ANDRÉ; CIAMPONE; SANTELLE, 2013).

Dentre os resultados obtidos nesta pesquisa, também emergiram as experiências profissionais no âmbito da Atenção Básica, enquanto um aspecto valioso que contribui para atuação na gestão da Atenção Básica, que vão desde a qualificação nos processos de trabalho, ao gerenciamento de insumos, apoio institucional e acompanhamento e monitoramento das ações de saúde, conforme apresentado nos fragmentos a seguir:

*“E através da minha experiência (né?) nesse período de 17... (de o quê?) 14 anos na estratégia, atuando como enfermeira, isso fez com que me ajudasse bastante na questão da gestão porque eu saí da*

*ponta, sabia as minhas dificuldades, as minhas realidades pra poder ver o todo do município. E através desta experiência que (me) facilitou (né?) o trabalho enquanto gestão, a questão de organização dos serviços (né?), a questão de insumos, a questão de auxiliar as equipes no cronograma, a questão de acompanhar os indicadores, acompanhar os atendimentos, acompanhar a produção em si de todas as equipes e auxiliar eles também no que for necessário.”*  
**(Participante 03, fonte: roteiro de entrevista)**

*“Eu acho muito interessante quando a gente já tem a vivência da prática. Então, a gente sabe que eu sou, na realidade, enfermeira, mas estou na coordenação. Mas quando se colocam algumas coisas, pela minha vivência prática, eu já sei que não dá, por isso, por isso e por isso. Na prática, nem sempre funciona. Porque como já participei muitos anos da assistência, eu sei as dificuldades e as limitações. Então, essa visão de assistência, na minha visão, ela é fundamental para que uma gerência, seja ela geral ou coordenação, seja feita de forma mais eficaz.”*  
**(Participante 08, fonte: roteiro de entrevista)**

É importante ressaltar que tais experiências apresentadas como essenciais para a efetividade da gestão da Atenção Básica pelos coordenadores deste estudo estão relacionadas às atribuições comuns dos profissionais da Atenção Básica. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, as atribuições preveem: fluxos das Redes de Atenção à Saúde, a integração através de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado; a participação no gerenciamento de insumos essenciais para o funcionamento do serviço; o acompanhamento e registro nos SIS das condicionalidades de saúde das famílias adscritas ao território; a garantia da atenção à saúde da população; a longitudinalidade do cuidado; a contribuição na regulação do acesso a partir da Atenção Básica (BRASIL, 2017). Tal achado demonstra que as habilidades comuns aos profissionais na Atenção Básica têm fortalecido a atuação dos coordenadores da Atenção Básica.

### **5.2.2 Acesso limitado aos serviços de saúde**

No Estado de Alagoas, a estruturação e a organização das Regiões de Saúde ocorreram baseadas em identidades culturais, econômicas e sociais, bem como nos serviços de saúde, infraestrutura, áreas de comunicação e transportes. A delimitação de cada Região de Saúde no Estado levou em consideração critérios que possibilitassem a resolutividade no território, como a proximidade intermunicipal, a densidade populacional, o fluxo assistencial, a malha viária, o deslocamento da população aos serviços de saúde e uma assistência resolutiva (ALAGOAS, 2011).

A estruturação da assistência regional levou em consideração a integralidade da assistência básica em cada município, a suficiência da média complexidade na região com áreas prioritárias como: a saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde mental, saúde bucal, internações nas clínicas básicas, procedimentos básicos de radiologia, regulação, urgências e emergência, bem como ações de vigilância em saúde (ALAGOAS, 2011).

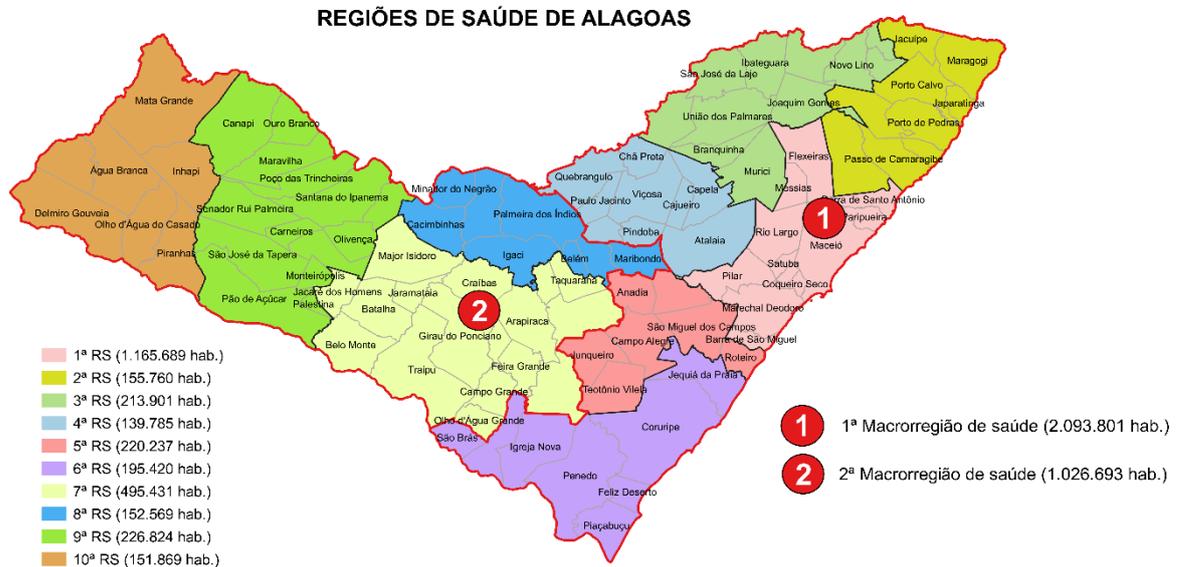
O desenho da regionalização em Alagoas foi estabelecido em três níveis: macro, região e o municipal. No nível macro, o Estado é caracterizado por duas Macrorregiões, a 1ª Macro, que possui sede na capital Maceió e a 2ª Macro, que possui sede no município de Arapiraca. Ambas foram estruturadas para atenderem a critérios de densidade demográfica e tecnológica da atenção especializada e hospitalar (ALAGOAS, 2011).

No nível de região, o Estado possui 10 Regiões de Saúde estando da 1ª a 6ª Região com uma população de 2.093.801 habitantes, todas inseridas na 1ª Macrorregião; e da 7ª a 10ª Região, com uma população de 1.026.693 habitantes, inseridas na 2ª Macrorregião. 102 municípios fazem parte do Estado de Alagoas, estando todos inseridos em seu processo de regionalização (ALAGOAS, 2011).

Embora o estado de Alagoas tenha em seu Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) toda a identificação, reconhecimento, estruturação e organização de seu processo de regionalização, é possível inferir por meio das falas dos coordenadores da Atenção Básica da 9ª Região de Saúde, participantes deste estudo, que a Rede de Atenção à Saúde regionalizada e hierarquizada em Alagoas possui lacunas assistenciais importantes em densidade tecnológica intermediária (média complexidade/ atenção secundária) e em maior densidade tecnológica (alta complexidade/ atenção terciária).

**Figura 1: Configuração das Redes de Atenção à Saúde no Estado de Alagoas**

ANO 2011 - PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO - PDR  
ATUALIZAÇÃO DO PDR - Res. CIB-AL 072/2011



Fonte: ALAGOAS, 2011.

Os coordenadores atribuem relação à dificuldade no acesso, que está associada principalmente a distância entre os municípios de origem dos pacientes e às localidades de referência para os serviços de média e alta complexidade, além da necessidade da implantação e implementação desses serviços em localizações mais próximas da população, para garantir a integralidade do cuidado, conforme identificado nos depoimentos a seguir:

*“A questão de o município também ser longe dos grandes centros é ruim para a população para questão de acompanhamento de média e alta complexidade, de pacientes que fazem tratamento oncológico que já tão mal, debilitados; diálise, pacientes que fazem diálise que tem que ir pra Arapiraca ou pra Maceió, já teve casos por questão de vaga e é longe. Então assim, são coisas que a gente fica... né? Porque, às vezes, aquele paciente faz diálise três vezes por semana, então ele está indo, por exemplo, pra Maceió.” (Participante 02, fonte: roteiro de entrevista).*

*“Então assim, são alguns fatores, né? A questão de não ter muita... muito... uma rede mesmo local, a gente não tem (né?) com tudo que a gente desejaria ter, porque é uma cidade pequena.” (Participante 02, fonte: roteiro de entrevista).*

*“A questão da distância. A distância é muito... assim, é muito precário porque são zonas rurais, são estradas terríveis.” (Participante 04, fonte: roteiro de entrevista).*

*“...a questão de deslocamento, né? O município ele é um município lá do Alto Sertão de Alagoas, bastante isolado. A gente não tem (assim) muitos meios de transporte e... dificultando entrada e saída de indivíduos na cidade. Então, por exemplo, depois de 10 horas da manhã, a gente não consegue se deslocar em transporte público pra um município vizinho. Isso termina impactando em algumas ações, né?” (Participante 05, fonte: roteiro de entrevista).*

Tais achados, corroboram com os Protocolos de encaminhamento da Atenção Básica para Atenção Especializada, que identifica o acesso enquanto o principal gargalo da atenção especializada. E, a dificuldade para garantia do acesso aos serviços especializados está relacionada principalmente ao dimensionamento e a organização da oferta dos serviços de saúde (BRASIL, 2015). Em seu estudo Silva *et al.* (2017), infere que as possíveis causas relacionadas a essa problemática estão associadas ao quantitativo de vagas abaixo do normatizado, a insuficiência de médicos, a dificuldade em manter médicos em cidades do interior, a alta dependência do setor privado e a diminuição na participação de custeio pela União e pelos estados na oferta de serviços mais próximos a população.

Apesar da autonomia adquirida pelos municípios no decorrer da história e a expansão dos serviços de saúde, o processo de descentralização do SUS ainda passa por inadequações, não garantindo a universalidade de acesso, ações e serviços de saúde a toda população (LIMA, 2015).

Salienta-se que a universalidade, caracterizada pela garantia do acesso universal aos serviços de saúde, além de está assegurada pela Constituição Federal de 1988, tem sido razão de luta de movimentos sociais, estabelecendo-se enquanto um direito fundamental de cidadania (JESUS; ASSIS, 2010). As autoras Sanchez e Ciconelli (2012) afirmam que o acesso aos serviços de saúde não se caracteriza somente por meio de uma simples utilização do serviço de saúde, mas principalmente, a disposição dos serviços em circunstâncias que permitam a sua utilização de maneira apropriada, em tempo oportuno, para oportunizar o alcance de resultados de saúde mais efetivos.

Para Lima (2015), as modalidades de serviços que fazem parte do SUS estão distribuídos de maneira desigual no país. Mesmo considerando que a maior parte da população reside nos grandes centros urbanos, mais de 90% dos municípios são de pequeno ou médio porte populacional e não possuem suficiência em demandas que possam ofertar todos os níveis de densidades tecnológicas (LIMA, 2015). Lima (2015),

destaca ainda que esses municípios possuem condições limitadas para executar todas as responsabilidades relacionadas as políticas públicas que lhe são designadas. Na maioria das vezes, fazem a gestão apenas da Atenção Básica ou com baixa densidade tecnológica. Esse é o caso da maior parte dos municípios que compõe a Região de Saúde foco deste estudo, caracterizados apenas de serviços de baixa densidade tecnológica.

Nesse sentido, a oferta de serviços de média e alta complexidade no âmbito do SUS e o provimento de insumos está concentrado nas regiões Sul e Sudeste e em algumas capitais das demais regiões do país. Essa oferta também envolve uma ampla participação do setor privado no financiamento e na assistência à saúde, por meio dos planos e seguros privados de saúde, para uma grande parcela da população de média e alta renda do Brasil, que moram nesses territórios (LIMA, 2015).

Recentemente, são identificadas iniciativas da política de saúde que visa a articulação das configurações territoriais com a finalidade de planejamento nos espaços de negociação e pactuação federativa na esfera regional, que são as Comissões Intergestoras Regionais (CIR). No entanto, não é frequente que esse processo repercuta em fortalecimento no planejamento em saúde, na perspectiva territorial, nos âmbitos governamentais. Ademais, as especificidades do arranjo federativo brasileiro e as contenções determinadas pelas limitações regionais relacionadas aos pactos intergovernamentais no SUS desafiam a capacidade de análise dos diversos determinantes da configuração regional na saúde.

Silva *et al.* (2017) abordam que um dos fatores que contribui com o problema do acesso aos serviços de densidade tecnológica intermediária é o afastamento cada vez maior entre as instâncias Federal e Estadual de suas tarefas em relação ao financiamento e a gestão do SUS, principalmente no que diz respeito à regionalização.

Desta forma, há uma necessidade evidente da realização de diagnósticos que possibilitem uma ampla articulação entre os territórios e a saúde de maneira efetiva no processo de regionalização, de modo que seja possível alcançar conformidade no desenho de propostas de intervenções e gestão (LIMA, 2015).

Diante do que já foi discutido, é necessário destacar que para garantir resolutividade em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) regionalizada e hierarquizada em todos os níveis de atenção, é preciso assegurar principalmente: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade (BRASIL, 2010). Diante de tais informações, é possível inferir que o Estado de Alagoas necessita que tais aspectos

passem por uma nova análise e reestruturação para que sua Rede de Atenção à Saúde possa ser resolutiva de maneira efetiva em suas Regiões de Saúde.

### 5.2.3 Financiamento insuficiente para o SUS

Neste estudo, os coordenadores consideraram o financiamento do SUS como uma das principais situações problema que desafiam a gestão da Atenção Básica. É possível inferir através dos relatos, que os recursos destinados ao SUS são insuficientes para custear as necessidades de saúde locais, sendo considerado como um fator que dificulta a organização dos serviços de saúde e a produção de um cuidado de qualidade. Como a maior parte dos municípios do Estado de Alagoas são de pequeno e médio porte, a dependência financeira de recursos da União para a saúde é maior. O que implica em dificuldades para lidar com os déficits de recursos existentes, conforme as falas a seguir:

*“Porque o SUS é subfinanciado, ele é sucateado. Então assim, realmente, uma Farmácia Básica com R\$4.000, como é que você vai assistir (né?) a população? Eu tenho aqui quase 800... eu tenho oitocentos e poucos doentes crônicos com hipertensão e eu tenho a Farmácia Básica, eu tenho uma Farmácia Básica que recebe R\$4.000. Então assim, falta de financiamento atrapalha muito, né? O investimento é necessário para manter os serviços.” (Participante 02, fonte: roteiro de entrevista).*

*“Aí vem a questão também do recurso que são recursos pequenos que nos vem, né? São recursos pequenos e a gente costuma dizer que a gente faz das tripas, coração. A gente bola muita coisa aí para ir levando.” (Participante 04, fonte: roteiro de entrevista).*

*“O que é que eu sinto de dificuldade? A questão financeira, né? A questão de custeios é um complicador. (Participante 05, fonte: roteiro de entrevista).*

*“O trabalho que dificulta... assim, eu acho assim, recursos. A gente, às vezes, não tem um recurso que dê pra... Os médicos. A gente não tem (assim) um profissional médico, no caso, que eles... como é distante, o município é distante, a gente tem dificuldade de arrumar médico para os PSF, né?” (Participante 07, fonte: roteiro de entrevista).*

As normas para o financiamento do SUS, têm sofrido modificações desde a Constituição Federal de 1988. Tais modificações incluem desde a aplicação de valores mínimos que cada esfera de governo deve destinar ao SUS, bem como as fontes de recursos. No entanto, dentre as modificações que já ocorreram com o passar dos anos, a Emenda constitucional 95/2017, que limita por 20 anos os gastos federais

passando a serem corrigidos pela inflação do ano anterior e não mais pelo crescimento da Receita Corrente Líquida (RCL), foi a mudança que mais trouxe repercussões negativas ao financiamento do SUS. No caso da saúde, a participação dos Estados e municípios permanecem sendo ampliadas com o passar dos anos, enquanto a participação da União no financiamento do SUS não segue a mesma lógica de ampliação devido ao limite imposto pela Emenda Constitucional (COELHO, 2020).

Para Mendes (2013), o processo de evolução histórica do SUS foi marcado por dificuldades de financiamento. Para o autor, os recursos públicos destinados ao SUS sempre foram insuficientes para viabilizar a garantia de uma saúde pública universal, integral e de qualidade. Só em 2011, o Brasil apresentou um gasto público em saúde, que considera a União, Estados e municípios, de 3,84% do Produto Interno Bruto (PIB). Já os países europeus que também possuem sistemas de saúde universais, tiveram uma média de gasto público em saúde de 8,3% do PIB, mais que o dobro de investimento realizado no Brasil. Tornando clara a dificuldade de recursos que o SUS enfrenta para o desenvolvimento de suas ações e serviços (MENDES, 2013).

O processo de descentralização, regionalização e municipalização tem aproximado a saúde das necessidades locais da população. Entretanto, a maior parte dos municípios brasileiros não apresentam condições financeiras e política para sanar suas necessidades de saúde, mesmo que seus serviços não requeiram investimentos tecnológicos altos (BRITO, 2017). Ainda em seu estudo, Brito (2017) identificou que existem diversas receitas municipais em todas as regiões e estados do Brasil, além de diferentes níveis de dependências orçamentárias dos municípios em relação às suas principais fontes de recursos vinculados. Assegurando que é necessário que tais diferenças sejam trabalhadas para que seja possível garantir eficiência na Atenção Básica em todo o Brasil.

Em 2020, o financiamento da Atenção Básica passou por modificações com a justificativa de que há mais de 20 anos nenhuma alteração havia sido feita, tendo a última ocorrido em 1998, onde o Ministério da Saúde passou a custear equipes de Saúde da Família (eSF), nos municípios que estivessem credenciadas e atendessem aos critérios estabelecidos. Nesse período, o custeio era realizado por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo, que levava em consideração um valor per capita com base na população estimada pelo IBGE e o PAB variável, que levava em consideração

o credenciamento e a implantação de estratégias e programas pelos municípios (COELHO, 2020).

No entanto, o novo modelo de financiamento da Atenção Básica implementado por meio do Programa Previne Brasil passou a ser constituído por três componentes: o primeiro componente, que é a captação ponderada, passou a levar em consideração a população cadastrada na eSF e na equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP, o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP, além da classificação geográfica definida pelo IBGE; o segundo componente, é o pagamento por desempenho, que leva em consideração os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e o terceiro componente, é o incentivo por ações estratégicas, que leva em consideração programas e estratégias como o Programa Saúde na Escola (PSE), o Programa Academia da Saúde dentre outros (BRASIL, 2019).

Já em 2022, novas modificações foram realizadas no Programa Previne Brasil, no entanto, essas modificações estão relacionadas aos indicadores de pagamento por desempenho, que permanecem os mesmos monitorados no ano de 2021 (conjunto de sete indicadores que atendem às ações estratégicas de Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas), entretanto, com alguns ajustes em suas características, parâmetros e metas, que visam o aprimoramento da informação (BRASIL, 2022).

Coelho (2020) apresenta em seu estudo, que diante do contexto de mudanças no financiamento da saúde, o governo federal tem buscado qualificar o SUS utilizando o nível atual de gasto público, por meio de um melhor uso dos recursos já existentes, com o propósito de ampliar a eficiência da Atenção Básica no Brasil. Entretanto, o autor identifica que diante dos estudos e das justificativas apresentadas pelo Ministério da Saúde para mudança no modelo de financiamento da Atenção Básica, através da implantação do Previne Brasil, é necessário que o governo federal possa identificar o que tem gerado a baixa eficiência da Atenção Básica no país e principalmente, a baixa capacidade de gestão das Secretarias Municipais de Saúde.

O autor destaca ainda, que os custos dos municípios para implementar o novo modelo de financiamento, os custos para monitoramento e avaliação, os custos de gestão, assim como a complexidade de controle exigida não foram consideradas pelos

formuladores do Previne Brasil. O que poderá repercutir em burocracias, distorções e perdas, que podem resultar em uma não melhoria significativa da saúde da população ou até mesmo em nenhuma melhoria (COELHO, 2020).

Soares *et al.* (2021) identificaram em seu estudo que a necessidade de cumprimento dos indicadores previstos no Previne Brasil, para o recebimento de recursos financeiros apresenta diversos aspectos positivos, como a expansão e atuação da Atenção Básica. No entanto, para os municípios que não alcançarem os indicadores previstos e passarem a ter perda de repasses, a qualidade da Atenção Básica pode ser prejudicada, gerando déficit e até impossibilidade na oferta de determinadas ações e serviços, segundo o autor. Soares *et al.* (2020) infere ainda, que o novo modelo de financiamento pode acabar ampliando o déficit das receitas dos municípios devido a este fato, o que pode implicar no comprometimento da qualidade dos serviços da Atenção Básica e gerar a ampliação das demandas na média e alta complexidade.

Massuda (2021) conclui em sua análise, que o componente da captação ponderada e a avaliação de desempenho base de cálculo de transferências intergovernamentais tende a gerar mais propósitos restritivos do que de qualificação das ações e serviços. O autor apresenta que diante do cenário de restrição orçamentária que a saúde no Brasil enfrenta, o novo modelo de financiamento pode induzir as ações da Atenção Básica a um único foco e ampliar as desigualdades no financiamento, bem como na saúde da população.

Ainda não há estudos que analisem os impactos que o novo modelo de financiamento da Atenção Básica tem gerado nos municípios brasileiros, entretanto o presente estudo identifica que há um déficit de recursos na saúde dos municípios alagoanos participantes deste estudo. Sendo necessário que mais estudos sejam desenvolvidos para que a realidade do Brasil seja evidenciada.

#### **5.2.4 Dificuldades frente ao cenário de pandemia da COVID-19**

Diante da crise sanitária instalada no mundo pela pandemia da COVID-19, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, tendo seu início sido registrado em Wuhan, na China, o vírus SARS-CoV-2, apresentou-se com uma capacidade de disseminação rápida espalhando-se de forma global em poucos meses, o que resultou em amplas dificuldades aos sistemas de

saúde em todo o mundo devido a evolução da doença para o agravamento de forma célere entre as pessoas contaminadas (HEYMANN; SHINDO, 2020).

No Brasil, como o sistema de saúde pública já lidava com déficits político-administrativos antes da pandemia da COVID-19, a crise sanitária acabou resultando em um grau de limitação superior ao esperado quando comparado a outros sistemas de saúde em que o gerenciamento é melhor coordenado em sua esfera financeira e burocrática (GOMES *et al.*, 2021).

A Atenção Básica nos municípios envolvidos neste estudo, conforme as falas a seguir, apresentou enquanto um de seus principais desafios no curso da pandemia, a garantia de suprimentos, como Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para os profissionais. Esse fato acabou gerando dificuldades para os coordenadores da Atenção Básica e seus gestores municipais que precisavam lidar com o desabastecimento do mercado relacionado a alta procura em todo o mundo, resultando em restrições para sua aquisição (BOUSQUAT *et al.*, 2020). Os achados desta pesquisa corroboram com Bousquat *et al.* (2020) que evidenciou em pesquisa nacional a dimensão da escassez de EPI na pandemia, com piores cenários de carências principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

*“Eu acho que a pandemia do Coronavirus realmente é um desafio muito grande porque a gente precisou muito da questão de insumos, de EPI, que a gente não estava esperando. E, isso também dificultou bastante, porque tem a questão de fornecedores, tem a questão das distribuidoras, pela questão de licitação, que esse é um processo lento e complicado. Que, às vezes, as pessoas que estão na ponta não entendem que isso dificultou e, às vezes, ainda dificulta.”*  
**(Participante 03, fonte: roteiro de entrevista).**

A dificuldade para aquisição de EPIs enfrentada por muitos municípios no Brasil repercutiu em tensões e incertezas aos coordenadores e aos gestores municipais que não sabiam se conseguiriam garantir EPIs disponíveis até a próxima entrega, mesmo diante das pressões que estavam recebendo não só dos profissionais, como também dos sindicatos e do Ministério Público do Trabalho (BOUSQUAT *et al.*, 2020). A proteção da saúde dos trabalhadores da saúde é um dos grandes desafios constatados na pandemia, além da garantia da longitudinalidade do cuidado, o acesso aos serviços de saúde de modo seguro, a possibilidade de atendimento online e o fortalecimento na abordagem familiar e comunitária (VITORIA; CAMPOS, 2020).

Ainda que a aquisição de EPIs tenha sido reconhecida enquanto um grande desafio na maior parte dos serviços das Redes de Atenção à Saúde no Brasil, os

esforços gerenciais e financeiros realizados pelos municípios foram essenciais para garantir desde os EPIs aos profissionais, quanto aos itens essenciais para assistência nas Unidades de Saúde, como o sabão, por exemplo (SOUSA; SOUSA; OLIVEIRA, 2018).

Em paralelo a esses desafios, a necessidade de reorganização dos processos de trabalho nos serviços da Atenção Básica dos municípios participantes aconteceu de modo que o alcance de indicadores da Atenção Básica tornou-se uma dificuldade e um grande desafio, tendo vista que houve a necessidade de redução dos atendimentos e manutenção das atividades que já eram desenvolvidas, com agendamento de horário para os atendimentos na Unidades de Saúde frente à pandemia.

*“A questão dos EPIs para os profissionais é um desafio muito grande, como também a questão de tentar melhorar os indicadores nesse processo de pandemia. Por que a gente faz com que, nesse processo de pandemia? Reduzir os atendimentos, né? Tem os atendimentos mais reduzidos, uns atendimentos agendados (né?), com horário agendados e isso é um desafio que a cada dia a gente tenta superar e, às vezes, a gente não consegue, né? Eu acho que a pandemia é o maior desafio nesse processo.” (Participante 03, fonte: roteiro de entrevista).*

Resultados semelhantes a esses podem ser identificados na pesquisa de Bousquat *et al.* (2020), a qual retrata que um grande número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Brasil sofreu modificações em sua organização e funcionamento devido à crise da pandemia, com redução de atividades, adaptações ou até mesmo suspensão do processo de trabalho. Vale destacar, que os maiores percentuais de redução e suspensão das atividades nas UBS foram identificados nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. É importante destacar que tais fatores podem repercutir negativamente na continuidade dos cuidados que deveriam ser prestados na Atenção Básica (BOUSQUAT *et al.*, 2020). As regiões Centro-Oeste e Sul foram as regiões que apresentaram de forma mais frequente a manutenção das atividades com estratégias adaptadas nas UBS. Já a região Norte do país, dentre a manutenção, redução ou suspensão, apresentou de forma mais expressiva a suspensão dos serviços da Atenção Básica em função da COVID-19 (BOUSQUAT *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, é necessário ser enfatizado que todas as Redes de Atenção à Saúde devem ter nitidez quanto ao seu papel em meio a um cenário de crise sanitária sob a perspectiva de suas funções (CABRAL *et al.*, 2020). E, que a Atenção

Básica necessita de protagonismo e fortalecimento, pois a partir disso é possível criar infraestrutura necessária e profissionais preparados para desenvolverem o acompanhamento dos padrões das doenças com capacidade para alertar novos surtos e sendo possível o combate a novos cenários de crise sanitária (SARTI *et al.*, 2020).

Nessa pesquisa, também foram identificadas dificuldades relacionadas a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) diante da pandemia. O Ministério da Saúde apresentou mudanças necessárias ao processo de trabalho dos ACS durante a pandemia, com a permanência das visitas domiciliares, no entanto, em área peridomiciliar e, destacou dentre as mudanças, a importância da atuação desses profissionais desde a educação em saúde à identificação precoce e acompanhamento dos casos suspeitos de COVID-19 dentro de seus territórios (BRASIL, 2020). Todavia, Bousquat *et al.* (2020) identificaram em seu estudo a nível nacional, uma atuação restrita dos ACS nos territórios, nas diferentes regiões do Brasil, com suspensão das atividades ou com maior foco em atividades internas, no cenário de pandemia.

Ainda que os ACS sejam capazes de potencializar a Educação em Saúde, uma vez que conhecem as necessidades de saúde de seus territórios e sabem quem são as pessoas que necessitam de maior atenção (MACIAZEKI-GOMES, 2020), na pesquisa em questão essa evidência não se materializou na dimensão prática. Diferentemente, foi possível identificar que nos municípios envolvidos nesse estudo, há uma dificuldade relacionada ao comprometimento dos ACS em sua atuação diante do cenário de pandemia da COVID-19, conforme a fala a seguir.

*“No momento, eu vou te falar uma coisa, eu estou sentindo falta desse comprometimento desses agentes de saúde nessa pandemia que nós estamos passando. Nós... acho que todo mundo em si passa por isso, né? Então, assim, eu estou sentindo falta desse comprometimento desses agentes de saúde, entendeu? Então é isso que eu estou mais cobrando. É isso que eu estou mais monitorando, estou correndo atrás, indo para os postos de saúde, pedindo (né?) que isso seja feito pra que esse paciente não venha a óbito, né? A minha preocupação... eu estou sentindo muita dificuldade nisso.” (Participante 06, fonte: roteiro de entrevista).*

Tais achados corroboram com Cirino *et al.* (2021) que também identificou em seu estudo, que foi desenvolvido na cidade de Diadema, no Estado de São Paulo, dificuldades com os ACS, havendo bastante resistência de seus profissionais ACS para o desenvolvimento da manutenção de suas atribuições nos territórios na pandemia. Entretanto, para sanar tais dificuldades, Cirino *et al.* (2021) afirmam que os

gestores realizaram amplas discussões a fim de minimizar tais dificuldades e ressaltar a importância da atuação desses profissionais para mitigar a pandemia, o que não foi relatado neste estudo.

O diálogo colaborativo com outros setores além da saúde também tem sido uma dificuldade vivenciada durante a crise sanitária pelos coordenadores participantes desse estudo, conforme constatado na fala a seguir.

*“Ultimamente, por conta da pandemia, o diálogo colaborativo com outros setores tem sido muito difícil, porque por exemplo, eu sou da Coordenação de Atenção Básica, mas eu não tenho nenhum assistente administrativo, não tenho nenhum outro apoiador. Então eu tenho que me articular para fazer tudo na Atenção Básica e ainda dar um pouco de suporte aos colegas das outras áreas.” (Participante 05, fonte: roteiro de entrevista).*

Cirino *et al.* (2021) evidenciaram que a comunicação entre os gestores da saúde tem sofrido diversos impasses e tem sido bastante comprometida durante a pandemia. Dessa forma, buscar meios para ampliar a comunicação e qualificar a articulação entre os gestores, profissionais e outros setores além da saúde pode ser essencial para garantir a continuidade nas ações de gestão de modo efetivo.

Com base nesse contexto, o *Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia Covid-19 na Rede De Atenção à Saúde (BRASIL, 2021)* recomenda que os gestores possam efetivar uma comunicação efetiva não só dentro da saúde, como também com outros órgãos e secretarias existentes nos territórios, possibilitando a intersetorialidade, que pode gerar qualidade no desenvolvimento de ações e coordenação de toda a Atenção Básica no Brasil de modo qualificado durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Uma das estratégias que tem sido muito utilizada durante a pandemia para continuidade na prestação do cuidado em saúde é a incorporação de tecnologias digitais (CELUPPI *et al.*, 2021). O protagonismo ao uso dessas tecnologias pelos serviços de saúde tem qualificado as ações que têm sido prestadas pelos profissionais à população e minimizado os impactos da COVID-19 (CELUPPI *et al.*, 2021).

A incorporação das tecnologias digitais pelos coordenadores e gestores da saúde poderia qualificar a comunicação de modo colaborativo e garantir a continuidade no desenvolvimento de ações intersetoriais durante a pandemia de modo articulado. No entanto, essa incorporação não foi mencionada enquanto estratégia de articulação e comunicação para garantir a intersetorialidade entre os gestores dos municípios participantes da pesquisa. Muito embora, o Ministério da Saúde já tenha

buscado desenvolver ações para efetivar a transformação digital no país, através da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, que possui planos de ação, monitoramento e avaliação, com prioridade a informatização nos três níveis de atenção à saúde, suporte na melhoria da atenção à saúde, formação e capacitação de recursos humanos para as estratégias digitais, dentre outras ações que também buscam implementar espaços de colaboração intersetorial e inclusivo (BRASIL, 2020).

### **5.3 Potencialidades do trabalho na gestão da Atenção Básica**

Neste tema serão apresentadas as potencialidades do trabalho na gestão da Atenção Básica que foram identificadas durante o período do estudo, a saber, elas: a Educação Permanente em Saúde; a articulação intersetorial; a comunicação efetiva; e a qualificação dos profissionais.

#### **5.3.1 Educação Permanente em Saúde**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe o desenvolvimento integral dos trabalhadores, por meio de uma prática inovadora e transformadora, que é pautada em teorias pedagógicas que propõem a superação de propostas reducionistas, tecnicistas e fragmentadas, dando espaço a participação de diversos atores, que resulta na qualificação dos processos de trabalho e na atenção à saúde que é ofertada aos usuários (SILVA, 2017).

Neste estudo, o desenvolvimento da EPS foi identificado enquanto uma potencialidade do trabalho na gestão da Atenção Básica tendo em vista que sua prática tem sido desenvolvida nos serviços, por meio da problematização, que produz reflexões e possibilita a construção de novos saberes, além de repercutirem positivamente na atenção à saúde. O desenvolvimento da EPS foi observado na prática, durante as observações in loco, ainda que a EPS tenha sido confundida por alguns coordenadores durante as entrevistas com a educação continuada e/ou a Educação em Saúde, que são práticas distintas. Vale destacar, que esse fato não é isolado, tendo em vista que os espaços de formação dos profissionais da saúde comumente utilizam pouco diálogo com outros setores e ainda contam com incentivo insuficiente para fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e expansão da própria EPS (SILVA; SANTOS, 2021).

Evidencia-se que as práticas de EPS acontecem de modo frequente nos cenários da Atenção Básica no estudo em questão. Tais práticas qualificam a gestão desempenhada pelos coordenadores e fortalecem o desenvolvimento dos profissionais, entretanto, sua prática denota a necessidade de planejamento e estruturação, para que sua prática seja solidificada nos serviços e gere aprimoramento contínuo nos processos de trabalho e qualidade na atenção à saúde.

*Destaque: Efetivação da Educação Permanente em Saúde e treinamento para qualificar desempenho no alcance de indicadores.*

*“No horário da manhã houve reunião na UBS 04, na Zona Urbana, com a eSF 04. Houve a participação de todos os profissionais da equipe, além da gestão da Atenção Básica, da coordenação da Vigilância em Saúde e do secretário municipal de saúde. A reunião possuiu foco principal na avaliação quadrimestral dos indicadores do Previnir Brasil, na identificação das necessidades atuais do processo de trabalho da equipe e a na criação de novas medidas e estratégias para o alcance dos indicadores e a qualificação da assistência prestada.*

*Na análise apresentada pela coordenadora da Atenção Básica, foi possível identificar uma evolução no alcance dos indicadores do Previnir Brasil. A equipe alcançou um indicador relacionado a assistência ao pré-natal, com 6 ou + consultas. E, demonstrou evolução nos demais indicadores, com crescimento ascendente, não havendo regressão quando comparados ao quadrimestre anterior. A médica e o Técnico de Enfermagem da equipe foram os que apresentaram melhor desempenho em inovação nas ações de saúde desenvolvidas no município. A equipe atribuiu os avanços à qualificação na articulação entre os profissionais da própria equipe e a gestão, no cotidiano. Foi ressaltada que a reunião periódica entre a própria equipe, tem ajudado a sanar as dificuldades do dia a dia e a criar medidas para efetivar as ações de saúde no território. Houve um espaço de discussão, com elaboração de dinâmica, para criação de novas estratégias para qualificar o alcance dos indicadores. Todos os membros da equipe e da gestão presentes participaram ativamente. As estratégias compuseram um plano de ação para equipe e para gestão pelos próximos quatro meses. Ao final, houve treinamento voltado para o preenchimento de fichas de produção do E-SUS, que já era uma necessidade identificada no serviço pelos profissionais desta equipe em específico. Além da pactuação de novas medidas para qualificar a assistência prestada, como intensificar a busca ativa dos pacientes que não buscam os serviços de saúde.” (Participante 01, fonte: diário de campo 06)*

No que tange aos insertos das observações em questão, é possível identificar que os espaços construídos pela gestão e pelos profissionais da saúde, que resultam na efetivação da EPS ocorrem no cotidiano, no entanto, sem a percepção pelos envolvidos de que aquelas práticas são práticas de EPS. O que evidencia uma concepção fragilizada a respeito da EPS e a necessidade, inclusive, do estímulo a

formação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde nos municípios da região, além da participação ativa e envolvimento dos municípios na Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) Macrorregionais, onde o envolvimento dos municípios não foi citado ou constatado em nenhum dos momentos com os coordenadores durante o período do estudo. Contudo, vale destacar, que planos de EPS foram citados conforme o relato abaixo, no entanto, necessitando de atualização e uma construção conjunta que conte com a participação de todos os atores envolvidos.

*“Nós não tínhamos, até então, até o final do ano passado, em dezembro, o Plano de Educação Permanente em Saúde no município. Então, nós construímos. A princípio, a ideia era fazer questionários e aplicar nas unidades para que as pessoas e os profissionais sinalizassem o que realmente (eles) tinham de fragilidades, dificuldades e necessidades. Só que aí veio a pandemia e tudo, e tendo a necessidade de fazê-lo, nós bolamos o que nós víamos como maior necessidade. Mas realmente, desta vez, quando nós criamos, não houve um envolvimento dos colaboradores da assistência e sim só da gestão.” (Participante 02, fonte: roteiro de entrevista).*

Constata-se por meio do relato, que os gestores conhecem a importância do plano de EPS e já realizaram sua construção, entretanto, com a urgente necessidade de um processo de construção qualificado que garanta o envolvimento de diferentes atores sociais, para que possam ampliar seu potencial.

A presença da EPS que foi identificada nos cenários de prática da Atenção Básica deste estudo enquanto objeto de transformação dos processos de trabalho também foi identificada por Ferreira *et al.* (2019). Os referidos autores evidenciaram que a EPS parte de uma análise crítica dos profissionais a respeito das dificuldades que são vivenciadas em seu cenário de atuação profissional e a maneira em que as equipes buscam de modo conjunto a resolutividade para os acontecimentos que vão acontecendo no dia a dia. Neste sentido, como a EPS é considerada uma das principais estratégias de mudanças na atenção à saúde e na gestão, compreende-se que os gestores necessitam implementar de modo contínuo a qualificação dos processos de trabalho (SILVA; SANTOS, 2021).

### **5.3.2 Articulação intersetorial**

A intersetorialidade é compreendida como o desenvolvimento de ações e/ou parceiras que são planejadas e executadas de modo articulado por diversos setores sociais, por meio de tecnologias compartilhadas que objetivam alcançar resultados

voltados à população de um território em questão (FORSTER *et al.*, 2017). Ela faz parte das atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica, bem como está inserida dentre as responsabilidades de cada nível de gestão (municípios, estados e união) visando a garantia de ações integrais que produzam mudanças qualitativas nos territórios, de modo a gerar impactos nos determinantes e condicionantes de saúde das pessoas e do coletivo (BRASIL, 2017b).

Neste estudo, foi possível identificar a intersetorialidade enquanto potencialidade da gestão da Atenção Básica, tendo em vista que os municípios apresentaram em suas falas o desenvolvimento de ações intersetoriais como parte de suas ações.

*“Sim, nós fazemos aqui. Aqui o acesso é muito bom, é forte, a cidade é pequena também. Muitas vezes o contato é pelo telefone mesmo. Às vezes a Assistência precisa de alguma demanda para fazer uma ação com gestantes, adolescentes, aí entram em contato com a Atenção Básica e a gente senta junto e leva para as Unidades. Quando nós fazemos alguma ação grande, geralmente as gestoras se sentam. Querem fazer algo sobre o setembro amarelo como teve agora, então junta todas aquelas secretarias e vão. Cada uma entra com sua expertise e desenvolve uma ação grande para todo o município. Então aqui, nós não temos muita dificuldade não.” (Participante 03, fonte: roteiro de entrevista em grupo).*

A partir do excerto em destaque é necessário ressaltar que embora a intersetorialidade aconteça envolvendo saberes distintos e articulados com vistas a trabalhar as vulnerabilidades presentes nos territórios, é preciso torná-la frequente, como parte do processo de trabalho da Atenção Básica. E que possa contar com planejamentos contínuos, não apenas em ações específicas diante de determinadas necessidades, mas a partir de uma relação de cooperação entre os setores sociais que possam desenvolver um trabalho articulado que seja permanente e, de igual maneira, possa contar com a própria comunidade para identificar suas necessidades, planejar, executar e avaliar as ações intersetoriais.

Corroborando com Nóbrega *et al.* (2018) que conclui em seu estudo que a intersetorialidade necessita não somente de articulação entre os diversos setores, mas de continuidade, para que as problemáticas mais difíceis de manejo possam ser enfrentadas a partir de uma rede de corresponsabilização, que também utilize políticas públicas buscando gerar impactos na saúde da população.

Ainda neste estudo, também, foram identificadas ações intersetoriais entre a saúde e a educação, que alteram a lógica de planejamento e execução de ações

articuladas e que são voltadas apenas para o desenvolvimento de ações pontuais de saúde, para uma articulação mais eficiente que possibilita a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a integralidade do cuidado.

*“Ó, ontem mesmo a gente fez reunião com o gestor da educação e a gente tem uma parceria muito grande com a Educação. Não só por conta do PSE, né? Mas por causa do entendimento de que lá é uma entidade que pode nos ajudar não somente nos nossos indicadores, mas do serviço de saúde levar mais acesso a essa população que, às vezes é difícil (né?) trabalhar, principalmente com adolescente. E a gente tem conversado bastante por conta do retorno às aulas.”*  
**(Participante 01, fonte: roteiro de entrevista).**

Assim como identificado neste estudo, Nascimento *et al.* (2021) também identificou que as problemáticas de saúde não conseguem ser solucionadas apenas pelo setor da saúde, destacando a importância do desenvolvimento da intersetorialidade para que a rede de saúde seja fortalecida e possa garantir a Promoção da Saúde, além da ampliação do acesso aos serviços da saúde.

Somente por meio do diálogo entre diferentes setores que envolvam planejamento, gestão e execução de ações, com base nas necessidades expressas pela população ao invés dos interesses de cada setor é a integralidade do cuidado, tão almejada, pode ser efetivada (SILVEIRA; ARAUJO, 2022).

### **5.3.3 Comunicação efetiva**

A comunicação foi uma das potencialidades do trabalho na gestão da Atenção Básica identificada neste estudo. A partir das falas dos coordenadores e das observações *in loco* realizadas, foi possível identificar que a comunicação entre os coordenadores da Atenção Básica e os demais gestores municipais, bem como a comunicação entre os coordenadores e os profissionais da Atenção Básica ocorre de modo efetivo. Na qual, embora os municípios também façam uso da comunicação formal necessária, por meio do uso de ofícios e memorandos, o acesso, o diálogo e reuniões frequentes também fazem parte do processo de trabalho dos municípios, que visam garantir a tomada de decisões de modo compartilhado para o alcance da resolutividade das dificuldades vivenciadas no dia a dia da Atenção Básica.

*“Acredito que o que potencializa o nosso trabalho, acho que a forma como a gente lida com os trabalhadores, a forma como a gente está aberto, a forma como a gente é acessível. Acho que isso potencializa bastante, né?”*  
**(Participante 01, fonte: roteiro de entrevista).**

*“Eu acho que com certeza o acesso fácil. Porque uma cidade grande às vezes você não consegue ver coordenador, você não consegue ver gestor, você não consegue ver ninguém, né? Você trabalha mais aquela coisa burocrática, um memorando. Não que aqui a gente não trabalhe, mas a gente aqui... a gente tem a possibilidade de entregar o memorando na mão. De explicar aqui ó: eu tô precisando disso. De olhar no olho da gestora, dizer: olha vamos fazer.” (Participante 02, fonte: roteiro de entrevista).*

*“Análise frequente das dificuldades dos profissionais com escuta e criação de estratégias de forma articulada para enfrentamento e resolutividade das demandas.” (Participante 01, fonte: diário de campo 02)*

*“Acesso rápido, diário e contínuo entre a coordenação da AB e o secretário municipal de saúde. Durante as observações do primeiro dia, foi possível identificar um bom relacionamento entre os gestores e acesso amplo entre eles. No qual, em qualquer necessidade, a coordenadora acionava o gestor através de mensagens em aplicativo de mensagem e, ele retornava de maneira imediata. Há um momento diário entre a coordenação e o secretário para repasse e análise das demandas momentâneas. Aconteceram três momentos com profissionais de saúde (Agente Comunitário de Saúde - ACS e médicos) para tratar de demandas da Atenção Básica neste dia.*

*No início da tarde, a coordenadora havia um momento marcado com uma ACS para tratar de esclarecimento de dúvidas da ACS relacionadas a planilha de acompanhamento de hipertensos e diabéticos instituídas no município (tais planilhas foram elaboradas para qualificar o acompanhamento desses usuários e estruturar dados para criação de linha de cuidado proposta pela Secretaria de Estado de Saúde de Alagoas - SUSAU).*

*Em seguida, a coordenadora teve momento com médica de uma equipe de Saúde da Família (eSF) para tratar das dificuldades que a profissional tem encontrado para acompanhar pacientes resistentes que não comparecem à Unidade Básica de Saúde (UBS). Ambas discutiram sobre possíveis estratégias para garantir assistência à esses pacientes resistentes. Foi pactuada visita domiciliar regular aos pacientes que forem identificados como resistentes pela equipe, ao menos uma consulta em cada semestre e, caso necessário, mais consultas de acordo com as necessidades encontradas pela equipe. A coordenadora pactuou dia e horário com a profissional para realização dessas visitas, para agendamento de carro.*

*A tarde foi finalizada com momento entre a coordenação e médico de outra eSF, para tratar de preenchimento adequado das fichas do e-SUS. O médico é novato e tem apresentado muitas falhas no preenchimento. A coordenação marcou esse momento para novo treinamento do profissional visando a qualificação do preenchimento.*

*O dia de trabalho da coordenadora foi finalizado com preparação dos materiais que seriam entregues em dia posterior, em reunião marcada com ACS. Ao final da preparação, o expediente foi finalizado.” (Participante 01, fonte: diário de campo 01)*

Tais achados, apresentados nos relatos acima, demonstram a construção de possibilidades que favorecem a qualificação do processo de trabalho dos

coordenadores por meio da comunicação, pois tais possibilidades permitem o compartilhamento dos anseios, das dificuldades, assim como dos potenciais que estão presentes no cenário da Atenção Básica. Nesse sentido, Previato e Baldissera (2018) propõem a ampliação das possibilidades para uma comunicação efetiva por meio da construção de mais espaços que possam promover diálogos colaborativos e interprofissionais, indo além do aprender e ensinar, que envolvam reuniões frequentes, EPS, discussão de casos e a aprendizagem pela prática. Considerando também o uso de aparatos tecnológicos como uma dessas possibilidades, mas nunca de modo isolado.

Pereira *et al.* (2021) inferem ainda que a comunicação sendo ela interprofissional é uma importante ferramenta no processo de trabalho da Atenção Básica, afirmando que ela beneficia diretamente as ações que são desenvolvidas à população assistida. No entanto, destaca-se que uma comunicação não efetiva pode repercutir em falhas assistenciais que produzirão a diminuição na qualidade da atenção à saúde ofertada à população, além de gerar desarticulação entre os profissionais da saúde que podem dificultar o alcance de uma atuação interprofissional (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Embora a comunicação seja uma das potencialidades dos municípios envolvidos neste estudo, é necessário assegurar a necessidade de ampliá-la com vistas a garantir o envolvimento da população nas análises dos contextos dentro da Atenção Básica e nas tomadas de decisões, visando assim a garantia da participação social no SUS, que segundo André *et al.* (2021) têm encontrado barreiras para sua expansão na Atenção Básica, mas que podem ser ultrapassadas por meio de novas relações, abordagens e experiências nos cenários de produção de saúde dentro dos territórios.

#### **5.3.4 Qualificação dos profissionais**

Um novo perfil de profissionais com novas habilidades e competências para atuar em diferentes demandas e territórios de modo articulado com a comunidade tem sido exigido nos processos de reorganização da Atenção Básica. O perfil em questão está relacionado a práticas e concepções de saúde ligadas ao trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, ao compartilhamento de saberes, a capacidade de planejamento, organização e o desenvolvimento de ações que atendam às

necessidades da população (BRASIL, 2017d).

Neste estudo, uma das potencialidades do trabalho na gestão da Atenção Básica identificada nos municípios foi a qualificação dos profissionais que atuam na Atenção Básica. Destaca-se o comprometimento das equipes de saúde, bem como a qualificação dos profissionais para lidar com as necessidades e dificuldades que são identificadas nos territórios. Nas observações in loco, o desenvolvimento de ações articuladas, a mediação de conflitos, o trabalho em equipe, o acolhimento, os processos de Educação em Saúde e a criação de novas estratégias para atender as demandas dos territórios foram registradas, conforme descrição abaixo:

*No horário da tarde, a coordenadora da equipe de endemias informou a efetividade na resolutividade de uma demanda no território, que se deu a partir do planejamento, elaboração e desenvolvimento de estratégias articuladas entre as equipes da Atenção Básica. A coordenadora solicitou a visita da coordenação da Atenção Básica à casa de uma usuária acumuladora de lixo, que estava com possíveis focos de dengue em sua residência, mas que nunca aceitava a visita da equipe das endemias. A usuária vinha recebendo queixas frequentes dos vizinhos relacionadas a mosquitos e odor, no entanto, não aceitava visitas dos Agentes de Endemias. Vale destacar que, após muitas tentativas, a coordenação da Atenção Básica junto a coordenação da Endemias, planejou e desenvolveu estratégias com envolvimento da eSF. A estratégia elaborada consistiu na mediação do ACS do território junto ao médico e enfermeira da eSF junto à usuária. A eSF desenvolveu mediações por mais de um mês. Após processo de Educação em Saúde efetivo, a usuária aceitou a visita dos Agentes de Endemias para análise da residência, retirada dos entulhos e eliminação dos focos de dengue. A usuária permanecerá sendo acompanhada pela equipe e receberá visitas frequentes dos Agentes de Endemias junto ao ACS e os demais profissionais para evitar que situações semelhantes retornem a acontecer. Ao final, os profissionais envolvidos reuniram-se e ressaltaram a importância da continuidade na articulação entre os setores para que possam garantir a saúde da população. As coordenações pactuaram reuniões trimestrais entre os ACS e os ACE para discussão das demandas dos territórios e construção de estratégias integradas. O dia foi encerrado com registro fotográfico do momento. **(Participante 01, fonte: diário de campo 07)***

Tais achados corroboram com Santos *et al.* (2017), que destacam a importância dos profissionais que atuam na ESF a obterem conhecimentos sobre seus territórios, a saberem trabalhar em equipe, possuírem habilidades para abordar o usuário, ouvi-los e comunicar-se, além de conhecerem as políticas públicas de saúde, o perfil epidemiológico da população e sua rede de cuidados, o que vai muito além dos conhecimentos técnicos obtidos pelos profissionais durante seu processo de

formação inicial na graduação.

Consoante a essa necessidade, ainda que exista desafios, compreende-se também a necessidade de melhora na qualificação profissional de modo contínuo, pois sua qualificação produz melhora na Atenção Básica (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Essa qualificação está relacionada a formação dos profissionais, que é essencial, embora ainda seja um desafio para a ESF, que visa manter os profissionais capacitados para atenderem as necessidades da população, tornando-os aptos a realizarem planejamentos, organização, desenvolvimento e avaliação das ações que respondam a essas necessidades (COSTA *et al.*, 2014).

Diante das necessidades de saúde da população e considerando os avanços científicos e tecnológicos, assim como as mudanças que já ocorreram nos modelos assistenciais, a qualificação profissional possibilita a garantia da assistência de qualidade à população. Sendo necessária a constante ampliação e atualização dos conhecimentos das equipes que atuam na Atenção Básica, pois as necessidades da população e dos serviços de saúde requerem profissionais capacitados (SANTOS *et al.*, 2017).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a análise e a reflexão do trabalho de coordenadores da Atenção Básica de municípios do estado de Alagoas, bem como a identificação das situações que desafiam e potencializam a gestão da Atenção Básica. No que se refere ao trabalho dos coordenadores da Atenção Básica, este estudo apresentou uma reflexão sobre o papel gerencial que é desenvolvido pelos coordenadores e que se assemelham ao que é normatizado enquanto atribuições dos Gerentes da Atenção Primária, além de destacar que esse papel é dividido com outros profissionais, como o próprio Gerente da Atenção Primária, cadastrados pelos municípios e que atuam de maneira local nas Unidades Básicas de Saúde. Indicando que esses profissionais fomentam a coprodução da saúde na Atenção Básica.

O trabalho dos coordenadores abrange ainda ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações. Para tanto, os coordenadores têm o planejamento enquanto um recurso fundamental para o alcance de resultados esperados e para lidar com conflitos e circunstâncias inesperadas. Contudo, métodos e técnicas de planejamento não foram especificados pelos coordenadores, embora muitas características apresentadas estejam relacionadas aos pressupostos do planejamento estratégico-situacional.

O monitoramento e a avaliação foram analisados como parte integrante do trabalho que é desenvolvido pelos coordenadores da Atenção Básica, de modo que sua organização é voltada para o alcance de resultados planejados e para a qualificação das ações que são elencadas como prioritárias nos municípios. No entanto, vale destacar a periodicidade distinta entre os coordenadores para o desenvolvimento de tais ações.

Na análise do trabalho dos coordenadores também foi identificado o uso de ferramentas e tecnologia que tem sido utilizada em seus processos de trabalho. Os coordenadores apresentaram o uso de SIS enquanto ferramenta que beneficia os processos de gestão, pois colaboram na identificação da realidade local de seus municípios e favorecem processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde. No entanto, é necessário destacar as limitações apresentadas, relacionadas à não informatização de todas as unidades de saúde, o que implica, que nem todos os profissionais possuem a tecnologia, com acesso aos dados informatizados provenientes dos SIS, disponíveis para dar suporte à prática

assistencial.

Quanto ao apoio institucional que é incorporado à rotina de trabalho dos coordenadores da Atenção Básica, foi possível identificar o estabelecimento de relações democráticas e dialógicas, onde o processo de trabalho vem sendo discutido em espaços coletivos, de modo que as equipes recebem auxílio por parte dos coordenadores para uma análise desse processo e para a construção de intervenções.

Quanto as situações problemas que desafiam a gestão da Atenção Básica foi necessário destacar o percurso formativo inicial dos coordenadores da Atenção Básica fragilizado para assumir um cargo de gestão em saúde, ainda que os coordenadores tenham buscado suprir as lacunas desse processo de formação por meio de cursos de pós-graduações lato sensu e aperfeiçoamento que pudessem colaborar com a qualificação de sua atuação profissional enquanto coordenador da Atenção Básica.

O acesso limitado aos serviços de saúde também foi uma situação problema identificada neste estudo, que aponta a necessidade de uma nova análise e reestruturação da Rede de Atenção à Saúde em Alagoas para garantia da resolutividade em todas as regiões de saúde do estado. O financiamento insuficiente para o SUS foi identificado nos municípios participantes deste estudo como sendo uma das principais situações problemas que desafiam a gestão da Atenção Básica, sendo necessário que mais estudos sejam desenvolvidos para que a realidade dos estados brasileiros seja evidenciada.

As dificuldades frente ao cenário de pandemia da COVID-19 também foram situações problemas identificadas neste estudo e que resultaram em um grau elevado de limitação da Atenção Básica durante o período de crise sanitária. Ressaltando a necessidade de protagonismo e fortalecimento de suas ações diante de possíveis outros cenários de crise sanitária.

Quanto as potencialidades, a Educação Permanente em Saúde foi identificada nos cenários de prática da Atenção Básica dos municípios participantes deste estudo enquanto objeto de transformação dos processos de trabalho, destacando a importância da implementação da EPS de modo contínuo para garantir a qualificação desses processos. Além de evidenciar a necessidade do estímulo a formação de Núcleos de Educação Permanente em Saúde nos municípios, a participação ativa e o envolvimento dos municípios na Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES)

Macrorregionais.

Já articulação intersetorial, embora ela aconteça envolvendo saberes distintos e articulados com vistas a trabalhar as vulnerabilidades presentes nos territórios, é preciso torná-la frequente, como parte do processo de trabalho da Atenção Básica, buscando efetivar relações de cooperação entre os setores sociais.

A comunicação efetiva, que também foi identificada enquanto potencialidade da gestão da Atenção Básica, demonstram a construção de possibilidades que favorecem a qualificação do processo de trabalho dos coordenadores e permitem o compartilhamento dos anseios, das dificuldades, assim como dos potenciais que estão presentes no cenário da Atenção Básica. No entanto, é necessário destacar a necessidade assegurar a ampliação da comunicação com vistas a garantir o envolvimento da população nas análises dos contextos dentro da Atenção Básica e nas tomadas de decisões, visando assim a garantia da participação social no SUS.

E por fim, a qualificação dos profissionais enquanto potencialidade, a partir da identificação de ações articuladas, mediação de conflitos, do trabalho em equipe, do acolhimento, processos de Educação em Saúde e a criação de estratégias para atender as demandas dos territórios, ainda que seja necessária a formação continuada desses profissionais, para que repercuta na qualificação da Atenção Básica.

Desse modo, as contribuições deste estudo sugerem a construção de estratégias pedagógicas que possam ser utilizadas em espaços de formação para profissionais que desejam atuar na gestão da Atenção Básica, visando garantir a qualificação da atuação profissional para gerir a Atenção Básica e assegurar efetividade no desempenho de suas ações.

Este estudo também destaca a necessidade do desenvolvimento de estudos futuros que possam dar continuidade na análise dos desafios e as potencialidades da gestão da Atenção Básica nas demais regiões de saúde do estado de Alagoas, bem como nos demais estados do Brasil. É importante destacar que este estudo encontrou dificuldades relacionadas a alta rotatividade de gestores municipais de saúde, bem como de acesso para obtenção das autorizações dos municípios para convidar os participantes do estudo. Sendo necessário recomendar a solicitação de apoio a Comissão Intergestores Regional (CIR) além da associação dos municípios, a exemplo da Associação dos Municípios de Alagoas (AMA).

## **7 PRODUTO EDUCACIONAL**

### **7.1 Introdução**

O produto educacional desenvolvido através desta pesquisa consistiu na elaboração de cinco sequências didáticas, caracterizadas por estratégias pedagógicas na perspectiva de colaborar com processos de ensino-aprendizagem em cursos de pós-graduação *lato sensu*. Os temas que fazem parte das sequências didáticas foram construídos com base nos resultados obtidos neste estudo, que envolveram: o trabalho dos coordenadores que atuam no campo da gestão em saúde na Atenção Básica, situações problemas que desafiam a gestão da Atenção Básica e as potencialidades do trabalho na gestão da Atenção Básica.

As sequências didáticas contam com estratégias de ensino variadas que prospectam uma aprendizagem significativa para uma futura atuação profissional qualificada. Essas sequências envolvem a utilização de metodologias ativas e o uso de ferramentas digitais. O produto educacional desenvolvido busca promover subsídios que possam colaborar com a melhoria da Gestão da Atenção Básica e com processos de ensino-aprendizagem na formação de profissionais da área da saúde.

Sendo assim, as sequências didáticas, bem como todo seu processo de construção foi desenvolvido por meio da colaboração de docentes da disciplina de Saúde e Sociedade da UNCISAL, visando torná-lo qualificado para construção efetiva de conhecimento e, que promovam a sua ampla utilização em meio acadêmico.

### **7.2 OBJETIVOS DO PRODUTO EDUCACIONAL**

#### **7.2.1 Objetivo geral**

- Fomentar o ensino e a aprendizagem relacionada a gestão em saúde na Atenção Básica do SUS, no âmbito da pós-graduação *lato sensu*, na área da saúde.

#### **7.2.2 Objetivo específico**

- Elaborar sequências didáticas com a utilização de estratégias pedagógicas variadas, para trabalhar conteúdos relacionados à gestão em saúde na Atenção Básica.

### 7.3 REFERENCIAL TEÓRICO

Estratégia “significa a arte de aplicar ou explorar os meios e as condições favoráveis e disponíveis, com vista à consecução de objetivos específicos” (ANASTASIOU; ALVES, 2012, p. 75-76). E, estratégias de ensino podem ser consideradas como técnicas que são construídas para serem utilizadas com o objetivo de fomentar o ensino e a aprendizagem em sala de aula, de modo que o docente é considerado como mentor, pois é ele quem seleciona, analisa, estuda, organiza, constrói e propõe as ferramentas mais qualificadas para facilitar o processo de aprendizagem (ANASTASIOU; ALVES, 2012).

A construção de estratégias pedagógicas que contam com o uso de metodologias ativas inovadoras protagoniza o aluno através de uma pedagogia que possui foco na criatividade e que propõe torná-los críticos, reflexivos, humanizados e com a capacidade de resolução de problemas de modo qualificado (SILVA; COSTA; NETO, 2020). Macedo *et al.* (2018) também apresenta o uso de metodologias ativas como possibilidade de desenvolvimento crítico e reflexivo e que protagoniza o aluno em seu processo de aprendizagem, afirmando que essas metodologias possuem sua eficiência reconhecida e sugerida pelo Ministério da Educação, além de outras instituições de ensino. Essas metodologias demonstram ser importantes para a sociedade por possibilitarem uma aproximação da teoria à prática em problemas reais do dia a dia (MACEDO *et al.*, 2018).

Perucci e Bento (2021) apresentam as estratégias de ensino como importantes ferramentas para o processo de ensino aprendizagem e as consideram parâmetro para atuação de docentes. Vale destacar, que uma formação de qualidade, experiência em sala de aula e domínio teórico não são os únicos elementos necessários para um bom desempenho docente. É necessário que o professor detenha conhecimento sobre ferramentas que possibilitem atrair o interesse dos alunos à disciplina e ao processo de ensino aprendizagem, associando temáticas a serem trabalhadas à cenários reais (VALENTE, 2007).

O processo evolutivo das tecnologias da informação e comunicação geraram diversas mudanças e criaram possibilidades em todos os âmbitos da sociedade. No âmbito educacional, essas tecnologias têm sido a cada dia mais utilizadas e tem produzido mudanças nos processos de ensino e aprendizagem, de maneira personalizada, social e flexível (VALENTE, 2007).

Diversos professores têm criado meios para utilização de tecnologias de informação e comunicação em seus espaços de sala de aula visando possibilitar qualidade e dinamicidade no processo de ensino e aprendizagem. Esses professores consideram que uma formação qualificada para o mercado de trabalho necessita ser baseada na autonomia dos indivíduos, na ética, política, cultura e na cidadania, para que seja possível produzir um processo de ensino mais significativo, promissor, dinâmico e com novas aprendizagens em todo o processo educativo (REIS *et al.*, 2018). Considerando tais referenciais, as estratégias didáticas foram construídas.

#### **7.4 REFERENCIAL METODOLÓGICO**

A construção das estratégias pedagógicas foi desenvolvida para auxiliar a formação na área da saúde para a gestão da Atenção Básica. O processo de planejamento e escolha do produto esteve ligado, sobretudo, à necessidade de formação em gestão evidenciada através dos resultados obtidos em pesquisa científica com coordenadores da Atenção Básica, na qual identificou fragilidade no percurso formativo inicial dos coordenadores. Além disso, o processo de planejamento e escolha do produto considerou possibilidades de acesso e compartilhamento do produto. A sistematização do conteúdo das sequências didáticas foi construída com base no trabalho que é desenvolvido por coordenadores da Atenção Básica, suas dificuldades e potencialidades. O conteúdo foi produzido de maneira escrita com design desenvolvido na plataforma Canva. O produto educacional contou com a colaboração de docentes universitários afim de melhorar seu processo de construção e torná-lo qualificado para sua aplicabilidade.

É importante destacar que a ilustração, bem como o layout e o design são de extrema importância para garantir a legibilidade e compreensão das informações textuais (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003). O produto educacional está disponibilizado em sua versão final em meio digital e sem custos aos leitores interessados e demais profissionais de saúde que necessitem do produto

educacional, no portal eduCAPES, por meio do link: <https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/724277>.

O produto educacional conta com cinco sequências didáticas estruturadas em uma mesma organização, que envolve: a contextualização da sequência didática e suas estratégias pedagógicas propostas, a definição do público-alvo, conhecimentos prévios que os alunos precisam ter para aquela sequência, objetivo geral e objetivos específicos da sequência didática, o tempo previsto para o desenvolvimento da sequência, a gestão dos alunos, os recursos didáticos que serão utilizados (espaço físico e materiais), o desenvolvimento da aula com o detalhamento de cada momento, o acompanhamento da aprendizagem e a conclusão/desfecho da aula.

Cada sequência conta com estratégias pedagógicas variadas de acordo com cada tema proposto. São temas das sequências didáticas: 1. O fazer do coordenador da Atenção Básica; 2. A Educação Permanente em Saúde enquanto estratégia para o fortalecimento da gestão da Atenção Básica; 3. Redes de Atenção à Saúde como estratégia para garantia do acesso e qualificação da gestão do cuidado; 4. Dificuldades frente a cenários de crise sanitária; 5. Estudo de caso relacionado a situações de complexidade vivenciadas por coordenadores da Atenção Básica.

## **7.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do produto educacional foi uma das possibilidades identificadas neste estudo para o desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem qualificados em sala de aula, na pós-graduação *lato sensu*. O produto almeja atender lacunas de formação encontradas pela pesquisadora. Vale destacar, que novos produtos necessitam ser elaborados com a utilização de diferentes estratégias que também possibilitem uma formação qualificada para atuação dos profissionais enquanto coordenadores da Atenção Básica no SUS.

## **7.6 SEQUÊNCIA DIDÁTICA 1 - O FAZER DO COORDENADOR DA ATENÇÃO BÁSICA**

### **7.6.1 Contextualização**

Considerando a necessidade do desenvolvimento de estratégias que possam

garantir a organização de um aprendizado que envolva interação entre alunos e professor além da aproximação com situações reais, a sequência didática proposta envolve o uso de aula expositiva dialogada, o uso de atividades diagnóstica e avaliativas, envolvendo o uso de ferramentas digitais como as plataformas de aprendizado, para o trabalho de conteúdos relacionados a Gestão da Atenção Básica, com enfoque no fazer do coordenador.

A aula expositiva dialogada é considerada como uma estratégia didática para expor conteúdos, de modo que haja envolvimento e participação ativa dos alunos, sendo necessário que os conhecimentos prévios dos alunos sejam levados em consideração. O professor deve realizar a mediação estimulando os alunos a exercitarem discussões ligadas ao objeto de estudo e a desenvolverem uma articulação com a realidade, possibilitando o desenvolvimento de análises críticas que podem produzir a construção de conhecimentos significativos (ANASTASIOU; ALVES, 2015). Já a ferramenta digital Kahoot, considerada enquanto uma plataforma de aprendizado, possibilita a ampliação da motivação, interesse e aprendizagem de forma eficiente, indo em contramão aos processos tradicionais de ensino, tornando-se mais assertivo (RAMOS; CARDOSO; CARVALHO, 2020).

Vale destacar que o uso de ferramentas digitais em sala de aula pode auxiliar o processo educacional. Entre as ferramentas digitais de ensino disponíveis, as plataformas, o armazenamento em nuvens e os exercícios virtuais se destacam como importantes no auxílio ao processo de ensino-aprendizagem (BARROSO; ANTUNES, 2015).

### **7.6.2 Público-alvo**

Essa estratégia de ensino poderá ser utilizada em cursos de pós-graduação lato sensu da área da saúde que contenham em suas matrizes curriculares conteúdos relacionados a Gestão em Saúde Pública no âmbito da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **7.6.3 Conhecimentos Prévios**

- Processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde;
- Princípios, diretrizes e objetivos do SUS;
- Participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- Organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- Princípios e diretrizes da Atenção Básica; Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde; Atribuições dos Profissionais da Atenção Básica; Processo de trabalho na Atenção Básica.

#### **7.6.4 Objetivo geral**

Promover a construção de conhecimento de modo colaborativo a respeito do fazer do coordenador da Atenção Básica.

#### **7.6.5 Objetivos específicos**

- Compreender o papel gerencial que é desenvolvido pelos coordenadores da Atenção Básica;
- Conhecer os instrumentos e as ferramentas que podem auxiliar os coordenadores da Atenção Básica;
- Construir possíveis formas de executar na prática o fazer do coordenador da Atenção Básica.

#### **7.6.6 Tempo previsto**

A estratégia de ensino ocorrerá em quatro horas-aula, de acordo com a seguinte organização:

- Duas hora-aula destinadas ao professor, para realização da apresentação inicial da atividade diagnóstica e seu desenvolvimento, com posterior aula expositiva dialogada;
- Uma hora-aula para apresentação da plataforma de aprendizado baseada em jogos Kahoot e o posterior desenvolvimento do jogo;
- Uma hora-aula destinada a conclusão da estratégia, para análise das possíveis questões do Kahoot que tenham gerado dúvidas ou erros durante o jogo. O tempo ainda poderá ser utilizado para indicação de materiais para leitura complementar, além do encerramento com avaliação pela turma das estratégias utilizadas.

### 7.6.7 Gestão dos alunos

O formato de organização das carteiras dos alunos poderá ser em formato de roda, tendo o professor como mediador da turma.

### 7.6.8 Recursos didáticos

- **Espaço físico:** Recomenda-se a utilização de uma sala de aula convencional, com espaço para formação de roda com as cadeiras, colocação de tela de projeção e espaço para fixação dos cartões ao lado.
- **Materiais:** Cartões coloridos retangulares de cartolina ou papel semelhante (20cm x 15cm) no quantitativo de alunos total da turma, um cartão maior em cartolina ou papel semelhante (60cm x 15cm), pilotos ou hidrocor no quantitativo da turma ou de modo que todos possam utilizá-los de forma compartilhada, fita adesiva, computador, Datashow, tela de projeção, internet.

### 7.6.9 Desenvolvimento da aula

**Momento 1** (Aula 1 e 2 – 02 horas) – Inicialmente, o professor deve explicar a turma a atividade diagnóstica, qual o seu objetivo e como se dará o seu andamento.

#### ***Atividade diagnóstica***

A atividade consiste no uso de um questionamento pelo professor para identificar o conhecimento que os alunos possuem em relação a Gestão da Atenção Básica. Os desdobramentos desse questionamento será o ponto de partida para a aula.

O professor deve iniciar colando em uma parede que fique ao lado da tela de projeção, o cartão maior com letra em tamanho visível para toda a turma, o seguinte questionamento: **“Na sua opinião, o que faz um coordenador da Atenção Básica?”**

Em seguida, o professor deve distribuir os pilotos e os cartões coloridos em tamanho menor de modo aleatório, um para cada aluno, solicitando que respondam ao questionamento no cartão. O professor deve ofertar 15 minutos para que os alunos possam preencher seus cartões. Em seguida, o professor deve recolher os cartões e fixá-los na parede com fita adesiva, logo abaixo do questionamento. Em seguida, o professor deve iniciar a aula expositiva dialogada e recorrer aos cartões com as

respostas dos alunos sempre que necessário, realizando uma análise dos cartões junto aos alunos.

### ***Aula expositiva dialogada***

Ao iniciar a aula expositiva dialogada, o professor deve explicar o objetivo da estratégia utilizada e como se dará todo processo. Os slides a serem utilizados devem contemplar conteúdos relacionados ao fazer do coordenador da Atenção Básica, a saber: Gestão do Trabalho; Gestão do Processo de Trabalho; Gestão da Educação Permanente em Saúde; Gestão da Informação na Atenção Básica; Gestão de recursos e tecnologias e Gestão de resultados. Durante a exposição dos slides, o professor deve realizar perguntas disparadoras para realizar o diálogo com os alunos.

### ***Sugestão de slides para utilização na aula expositiva dialogada:***