



Universidade de Brasília - UnB

**FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E GESTÃO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS – FACE
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ECONOMIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM GESTÃO ECONÔMICA DE FINANÇAS
PÚBLICAS**

ROBERTA LORENA VIEIRA MAGESKI

**A ENFERMAGEM EM TEMPOS DE CRISE: ENTENDER O PASSADO
PARA CONSTRUIR O FUTURO**

Brasília
2022

ROBERTA LORENA VIEIRA MAGESKI

**A ENFERMAGEM EM TEMPOS DE CRISE: ENTENDER O PASSADO
PARA CONSTRUIR O FUTURO**

Dissertação apresentada ao Departamento Acadêmico de Economia da Universidade de Brasília (UnB), como requisito avaliativo para obtenção do título de Mestra em Economia, com especialização em Gestão Econômica de Finanças Públicas.

Orientação: Dr. Jorge Madeira Nogueira.

Brasília
2022

ROBERTA LORENA VIEIRA MAGESKI

**A ENFERMAGEM EM TEMPOS DE CRISE: ENTENDER O PASSADO PARA
CONSTRUIR O FUTURO**

Dissertação apresentada ao Departamento Acadêmico de Economia da Universidade de Brasília (UnB), como requisito avaliativo para obtenção do título de Mestra em Economia, com especialização em Gestão Econômica de Finanças Públicas.

Orientação: Prof. Dr. Jorge Madeira Nogueira.

Brasília, 4 de outubro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jorge Madeira Nogueira
Universidade de Brasília (UnB)

Prof.^a Dr.^a Milene Takasago
Universidade de Brasília (UnB)

Prof.^a Dr. Antônio Nascimento Júnior
Universidade de Brasília (UnB)

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação Divisão de Informação e Documentação

MAGESKI, Roberta Lorena Vieira.

A enfermagem em tempos de crise: entender o passado para construir o futuro/ Roberta Lorena Vieira Mageski. Brasília, 2022.
107f.

Dissertação de Mestrado Profissional – Curso de Economia. Área de Gestão Econômica de Finanças Públicas – Universidade de Brasília, 2022. Orientador: Prof. Dr. Jorge Madeira Nogueira.

1. COFEN. 2. Enfermagem. 3. Interdisciplinaridade. 4. Políticas públicas. 5. Aprimoramento. 6. Atenção Básica de Saúde. I. Departamento de Economia. Universidade de Brasília. II. Título.

*A todos que me ajudaram a
compreender o passado.*

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa tornou-se possível graças ao apoio efetivo de várias pessoas que, ao longo de minha vida, estiveram presentes, concordando e discordando das minhas decisões, criticando e cooperando, mas, sobretudo, estando presentes e participando de todo o processo. Meus agradecimentos em especial aos meus filhos, Henrique, Isaque e Marina, por, apesar de nem sempre entenderem, passar esse processo junto comigo: que vocês possam ir além do meu caminho trilhado. Minha gratidão aos meus pais e avós e demais ancestrais por terem tecido o meu caminho e pela imensidade dos seus sonhos que, de alguma forma, são hoje a minha realidade. Por fim, toda reverência e agradecimento a minha Iyalorixá Maria Helena Sampaio - Terreiro de Mãe Amara, sem seu cuidado eu não teria conseguido, gratidão por ser meu porto.

*O mundo não é um conjunto de coisas,
mas uma trama de eventos.*

Alfred North Whitehead

RESUMO

MAGESKI, R. L.V. **A enfermagem em tempos de crise: entender o passado para construir o futuro.** 2022. 107f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia (FACE), Universidade de Brasília (UnB), Brasília, 2022.

Esta pesquisa trabalhou com a análise de elementos socioeconômicos que ajudaram a compreender a configuração do protagonismo dos profissionais de enfermagem nos serviços de saúde prestados em tempos de crise, bem como, e principalmente, o seu movimento institucional, destacando o papel do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) como um braço do Governo Federal. Como metodologia, foi realizada uma análise documental, qualitativa e exploratória do tema, por meio de revisão bibliográfica, materializada no estudo de livros, artigos, periódicos de autores como North, Cavalcante, Commons, Hodgson, Chang, entre outros, e em documentos oficiais, como diretrizes nacionais, decretos, leis e portarias de órgãos públicos. A partir da revisão dos conceitos e fundamentos, tanto dos serviços de enfermagem quanto das estruturas sociais e econômicas a que estão vinculados, e do trabalho de avaliação das ações institucionais efetivamente colocadas em prática pela enfermagem no contexto de crise sanitária pandêmica, foi possível inferir que é necessário superar a perspectiva tecnicista e biológica da saúde para que se dê lugar à adoção de ações de integração interdisciplinar dos conhecimentos e das boas práticas, especialmente no âmbito da Atenção Básica de Saúde no Brasil. Dentre os resultados, destaca-se o fato de a enfermagem comportar-se de forma distinta da costumeira em momentos de aprofundamento da crise na saúde, com a implementação de estratégias emergenciais dotadas de maior flexibilidade de processos, em razão da necessidade da ampliação da produtividade. Assim, infere-se que é possível e necessária uma postura que aponte a existência de espaço para implementação de processos de aprimoramento das ações de cuidado da saúde, revelando que o COFEN, em seu papel na definição de políticas públicas de saúde, precisa de fato encontrar um novo caminho.

Palavras-chave: COFEN. Enfermagem. Interdisciplinaridade. Políticas públicas. Aprimoramento. Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

MAGESKI, R. L. Nursing in times of crisis: understanding the past to build the future. 2022. 107p. Dissertation (Master in Economics) –Administration, Accounting and Economics College (FACE), University of Brasília (UnB), Brasília/Brazil, 2022.

This research worked with the analysis of socioeconomic elements that helped to understand the configuration of the protagonism of nursing professionals in health services provided in times of crisis, as well as their institutional movement, highlighting the role of the Federal Nursing Council (COFEN) as an arm of the Federal Government. As a methodology, a documentary, qualitative and exploratory analysis of the theme was carried out through a bibliographical review, materialized in the study of books, articles, periodicals by authors such as North, Cavalcante, Commons, Hodgson, Chang, among others, and in official documents, such as national guidelines, decrees, laws and ordinances of public bodies. From the review of the concepts and fundamentals, both of nursing services and social and economic structures to which they are linked, and from the work of evaluating the institutional actions effectively put into practice by nursing in the context of a pandemic health crisis, it was possible to infer that it is necessary to overcome the technicist and biologist perspective of health in order to give way to the adoption of actions of interdisciplinary integration of knowledge and good practices, especially in the context of Primary Health Care in Brazil. Among the results, the fact that nursing behaves differently than usual in moments of deepening health crisis stands out, with the implementation of emergency strategies endowed with greater process flexibility, due to the need to increase productivity. Thus, it is inferred that a posture is possible and necessary that points to the existence of space for the implementation of processes to improve health care actions, revealing that COFEN, in its role in defining public health policies, really needs to find a new path.

Keywords: *COFEN. Nursing. Interdisciplinarity. Public policy. Enhancement. Primary Health Care.*

LISTAS DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Quadro 1 –	Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS.....	59
Quadro 2 –	Ações principais do COFEN no enfrentamento da pandemia de Covid-19.....	72
Quadro 3 –	Proposta de Ações de Aprimoramento Institucional	60
Tabela 1 –	IDHM nas territorialidades brasileiras em 2020	77
Figura 1 –	Projeção do IDH Global para 2020/Impacto causado pela Covid-19	78
Figura 2 –	IDHM Brasil até 2021	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

ABS – Atenção Básica de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

GEFP – Gestão Econômica de Finanças Públicas

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

VDP – Valor de Definição do Problema

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM E A NECESSIDADE DE PASSAR DO VELHO PARA UM NOVO CAMINHO	16
1.1	REPENSAR O VELHO CAMINHO É PRECISO	16
1.2	PENSAR O SENTINDO DE INSTITUIÇÃO NO ÂMBITO DAS AUTARQUIAS PROFISSIONAIS	28
2	ASPECTOS ECONÔMICOS DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	33
2.1	A LÓGICA PRODUTIVA DO SERVIÇO DE SAÚDE	33
2.2	PERSPECTIVAS INSTITUCIONAIS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	36
2.3	INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	38
2.3.1	A função crítica das instituições na formulação das DSS	40
3	ASPECTOS SOCIAIS E INSTITUCIONAIS DA ABS NO BRASIL ...	44
3.1	As bases sociopolíticas do papel das instituições de saúde	47
3.1.1	As bases socioeconômicas do papel das instituições de saúde	49
3.1.2	Os diagnósticos de saúde coletiva	51
3.1.2.1	Bases conceituais para um diagnóstico de saúde coletiva	54
3.2	INVESTIMENTOS DE RECURSOS PÚBLICOS NA ABS	57
3.2.1	A romaria do credenciamento na estrutura social	66
4	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	69
4.1	ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO	69
4.2	ANÁLISE DOS DADOS	70
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	72
5.1	AÇÕES INTRA E EXTRAINSTITUCIONAIS EM TEMPOS DE CRISE	72
5.2	APRIMORAMENTO DAS AÇÕES INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE	75
5.3	O PAPEL DO COFEN NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ABS	84
5.4	A BUSCA POR UM MODELO DE GESTÃO DE RECURSOS PÚBLICOS	85
5.5	AS BASES SOCIAIS PARA A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	88
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS	100

INTRODUÇÃO

No ponto de partida desta pesquisa, está o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), visto não como mero objeto, mas como um “ator”. Ao ajustar o foco da pesquisa sob o prisma científico, os olhares se concentraram nos serviços de enfermagem, na sua razão de ser e nos muitos dilemas que os profissionais que desempenham esse papel vivenciam quotidianamente. Nesse sentido, analisar o papel do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) torna-se uma tarefa mais que urgente.

É inegável a relevância dos serviços de saúde para a preservação da vida, não apenas de indivíduos, mas da sociedade como um todo. Nesse contexto, ganha destaque a relevância dos conselhos profissionais com atuação na saúde, entre eles o Cofen, responsável, a princípio (mas não somente), por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados, em prol da sociedade.

É igualmente manifesta a realidade complexa que se expressa na forma como esses serviços são concebidos e realizados, mas também na maneira como o COFEN concebe seu próprio protagonismo e engajamento de suas ações na sociedade. Entre tantas técnicas, bulas e protocolos, há muito espaço para a subjetividade, para o elemento imaterial, que funciona como ingrediente básico das instituições. Ainda que por meio de uma representação simbólica, a instituição vinculada a essa práxis tem uma força catalisadora concreta, que concentra interesses, valores e demandas de uma categoria, mas que, sobretudo, evidencia os novos rumos que precisa tomar na condição de instituição que congrega os interesses e as demandas de profissionais de saúde de forma ampla.

Neste contexto, esta pesquisa busca responder, objetivamente, a uma questão: qual o papel que o COFEN desempenha em uma economia do tipo institucional que precisa levar em conta as mudanças de uma sociedade contemporânea, norteando a forma como a enfermagem deve desenvolver e aplicar novos métodos de atuação nas crises que precisa enfrentar na área da Atenção Básica de Saúde (ABS) ligada ao *framework* institucional do Estado?

Perfilhando essa pergunta, buscou-se estabelecer um recorte das discussões em torno dos diferentes sentidos conferidos ao termo ‘instituição’, com vistas a analisar, de forma crítica, as dimensões em que opera o COFEN e, principalmente, os novos caminhos que precisa percorrer, considerando a urgência nas ações institucionais voltadas para as ABSs, sobretudo quando se tem em conta um grave quadro pandêmico de Covid-19 contido pela vacina, mas que deixou um triste rastro no país.

Assim, o estudo tem por objetivo geral identificar e analisar o movimento institucional da enfermagem, especialmente o papel do Conselho Federal de Enfermagem na qualidade de instituição que precisa buscar um novo caminho nas áreas em que a enfermagem atua (saúde, educação, estética etc.). Para tanto, são analisadas as crises enfrentadas por um modelo ultrapassado de atuação do na área da Atenção Básica de Saúde (ABS), especialmente quanto á definição da gestão de políticas para a saúde no Brasil.

A análise parte das seguintes premissas: a) institucionalmente, não basta apenas ao Conselho Federal de Enfermagem permanecer restrito a um conceito de instituição apenas voltado para a fiscalização e com atuação ancorada nos primórdios da Velha Economia Institucional (VEI) e não bastam apenas as ações de preservação dos interesses de uma categoria profissional e o monitoramento técnico de doenças, é preciso ir além; b) o desenvolvimento de ações integradas e, ao mesmo tempo, descentralizadas, juntamente com as gestões públicas locais, apresentam-se como um movimento fundamental no cuidado com a saúde para a qual o Conselho Federal de Enfermagem pode oferecer contribuições mais profícuas, valendo-se de um modelo mais crítico com base nas contribuições que a Nova Economia Institucional (NEI) evidencia; c) a materialização de uma intersectorialidade é imprescindível, de modo a conhecer e dialogar acerca de diferentes práticas e experiências com todas as instituições correlacionadas com a saúde pública e, assim, redefinir, no âmbito do COFEN, a dimensão e o papel do Conselho Federal de Enfermagem que contemple a interdisciplinaridade que o institucionalismo contemporâneo pode oferecer.

Sob o aspecto metodológico, a pesquisa se configura como do tipo documental, qualitativa e exploratória. Uma vez definidos os critérios de apreciação do material selecionado e estabelecido o objetivo geral, a pesquisa ainda analisa aspectos críticos do comportamento da enfermagem frente a crise sanitária gerada no sistema de saúde pela pandemia de Covid-19.

Para tanto, o texto foi estruturado em três momentos distintos, organizados de forma didática: a revisão teórica – distribuída nos três primeiros capítulos –, a descrição dos aspectos metodológicos e a apresentação e discussão dos resultados. As cinco seções, acompanhadas da introdução e das considerações finais, compõem a totalidade do estudo.

Nos três primeiros capítulos, a revisão teórica apresentou conceitos, ideias e fundamentos relacionados ao Conselho federal de Enfermagem e a crítica ao modelo dos pressupostos da Velha Economia Institucional (VEI), assim como a necessidade de migrar para um novo olhar que contemple os pressupostos da Nova Economia Institucional, de modo a atender a realidade social à qual os serviços de enfermagem estão vinculados.

Foram analisados, ainda, os aspectos econômicos da organização de serviços de saúde, destacando, inicialmente, os fatores elementares da estrutura do serviço de saúde, as questões socioeconômicas, institucionais, sociopolíticas e operacionais, com vistas a melhor caracterizar as formas de atuação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para determinados fins. Ainda nesses capítulos teóricos, foram analisados os aspectos sociais e institucionais da Atenção Básica de Saúde no Brasil, do ponto de vista da institucionalização das demandas, destacando os dilemas que dão conta da existência de certa fricção institucional entre o Conselho de Enfermagem, a iniciativa privada e os muitos órgãos governamentais imbricados na relação de produção e de gestão dos serviços de saúde. A perspectiva sociopolítica voltou-se para análise da definição de modelos de gestão e para a identificação dos elementos sociais e econômicos justapostos aos aspectos próprios da política, com ênfase na definição dos investimentos públicos e das determinantes sociais, ambos correlacionados com a Atenção Básica de Saúde.

Os aspectos operacionais retrataram as dificuldades de se estabelecer diagnósticos de saúde coletiva, bem como as tramas burocráticas, que acabam por se tornar verdadeira romaria para o credenciamento de equipes de projetos dentro da estrutura montada para o acolhimento das demandas sociais na área da saúde, estrutura esta ainda alicerçada nos moldes da Velha Economia Institucional (VEI). Para que se pudesse avaliar a efetividade de algumas das principais ações da enfermagem em momentos de crise, fez-se um recorte temporal, ajustado ao atual período pandêmico, apresentando novas possibilidades de se gerir este período com base em uma Nova Economia Institucional que permita uma melhor definição no conceito de Instituição.

No quarto capítulo, os Métodos e Procedimentos detalham a forma como esta pesquisa se desenvolveu, facilitando, assim, a própria avaliação dos resultados apresentados. Em sendo uma pesquisa documental e qualitativa, foram explorados documentos oficiais, dados e categorias teóricas, tanto em fontes primárias, acessadas na internet e em obras físicas quanto nas secundárias, analisadas em outros textos científicos, os quais também se tornaram fontes essenciais do tema pesquisado.

No quinto capítulo, os Resultados e as Discussões expressam não apenas os aspectos mais práticos dessa abordagem científica, como também apontam para a urgência em colocar a atuação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em novos trilhos. A partir da relação de ações institucionais desenvolvidas pela enfermagem durante a crise pandêmica atual, buscou-se avaliar o enfoque e o alcance de cada uma delas como parte desse necessário diálogo entre a nova e a velha economia institucional. Com isso, de forma propositiva, foi possível

estabelecer algumas pistas para o aprimoramento do papel e da atuação do Conselho Federal de Enfermagem. Para tanto, as contribuições de Jairnilson Silva Paim (2014), com as diretrizes para a transparência e a participação coletiva na gestão pública no setor saúde, bem como as observações de Maria Inês Souza Bravo e Potyara Amazoneida Pereira (2008), com o reexame da postura democrática dos membros dos Conselhos, e os apontamentos de Paulo Marchiori Buss (2014), com a perspectiva integradora dos cuidados de saúde, foram essenciais para a construção de uma visão não apenas panorâmica do tema, mas também aprofundada, com o auxílio das reflexões de Carolina Miranda Cavalcante (2014), que propõem uma análise sobre as três dimensões das instituições, incluindo aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais correlacionados à elaboração e à gestão de políticas públicas para a saúde.

Ainda que de forma incipiente, ao arriscarmos uma postura propositiva, buscamos apontar a necessidade de novos caminhos para o COFEN com base no equilíbrio entre o velho e o novo do que é possível existir para que se promova de fato uma economia institucional mais adequada à sua atuação, considerando os atuais desafios na promoção da melhor e mais profícua Atenção Básica de Saúde (ABS), de modo a melhor enfrentar os pontos críticos do serviço de enfermagem, apontando alguns possíveis passos a serem trilhados, tanto institucionalmente quanto de modo individual, por cada um que se debruça sobre tão relevante tema, que é a saúde pública no Brasil.

1 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) E A NECESSIDADE DE PASSAR DO VELHO PARA UM NOVO CAMINHO

1.1 REPENSAR O VELHO CAMINHO É PRECISO

O setor público compreende seus órgãos e administração pública que atuam em todos os níveis de governo e da sociedade (municipal, estadual e federal). Interessa a esta pesquisa a administração central que envolve as autarquias na esfera federal, categoria na qual o COFEN se insere. Para além de suas funções e atribuições legais, o setor público deve atentar-se para suas funções econômicas, sociais e políticas de fundamental importância para os grupos sociais, entre estes, os grupos profissionais.

Para compreender tais funções, é preciso antes situá-las na história recente. Ao longo do século XX, as funções políticas ampliaram-se e diversificaram-se em setores como saúde e educação, transporte etc. Com isso, o Estado deixou de ser mero guardião do bom desenvolvimento da atividade econômica para se converter em um verdadeiro agente econômico, oferecendo à sociedade os bens públicos¹. O setor público estabelece, portanto, um marco jurídico institucional por meio do qual se desenvolvem as várias atividades ditas econômicas, entre elas, as pertinentes à saúde (TROSTER, 1999).

Nesse sentido, cabe ao Estado prover, entre outros inúmeros serviços, aqueles relacionados à prestação da saúde de acesso a todos, especialmente os prestados no âmbito da ABS, já que os oferecidos por empresas privadas, não garante acesso amplo, frente à enorme desigualdade social reinante no Brasil. (TROSTER, 1999).

Partindo desse entendimento, e para avançarmos nas discussões que envolvem o papel do COFEN na ABS, é preciso antes retomar, de forma aprofundada, o que o caracteriza.

As autarquias são conceituadas como “o serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada. O Decreto-Lei 200/1967 traz o conceito de autarquia como um serviço autônomo com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios. Em síntese, Trata-se de entidades que fazem parte da Administração Indireta e estão vinculadas ao Ministério em cuja área de competência estiver enquadrada sua principal atividade (BRASIL, 1967).

¹ Bens Públicos são “bens proporcionados a todas as pessoas a um custo que não é maior que o necessário para fornecimento a uma só pessoa.” (TROSTER, 1999, p. 26).

Os Conselhos Profissionais, de sua feita, são “autarquias que atuam no exercício do poder de polícia quanto a diversas profissões, autorizando, fiscalizando e punindo, quando for o caso, os profissionais das áreas fiscalizadas”.

De acordo com o STF (ADI 1.717/DF), a atividade de fiscalização das profissões, que é realizada pelos Conselhos Profissionais (Ex.: CREA, CRM, COFEN), por envolver o exercício do poder de polícia, somente pode ser exercida por meio de pessoas jurídicas de direito público. Com isto, a Corte entendeu que os conselhos profissionais possuem natureza jurídica de autarquia. Em regra, os conselhos profissionais gozam das prerrogativas e estão sujeitos às restrições impostas às autarquias em geral, ressalvadas algumas peculiaridades, quais sejam: Patrimônio: Os conselhos profissionais não participam do orçamento público, não recebendo aporte do poder central. Essas entidades possuem autonomia financeira e orçamentária, em virtude de serem remuneradas mediante o pagamento das anuidades dos profissionais a elas vinculados, razão pela qual sua dívida é autônoma em relação ao Poder Público [...]. (TIBÚRCIO, 2022).

Dessa forma, o papel das autarquias é em essência o de fiscalização profissional do exercício laboral de seus inscritos, é o de “defender e disciplinar o exercício profissional, representando, em juízo e fora dele, os interesses gerais e individuais dos profissionais, visando assegurar a qualidade dos serviços prestados à sociedade” (REZENDE, 2007). Nesse contexto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) é uma autarquia indireta² federal vinculada ao Ministério do Trabalho, criado por meio da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, sendo responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, buscando zelar pela qualidade dos serviços prestados, entre outras funções. Desempenha, ainda, a função de aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, e promover estudos e campanhas para o aperfeiçoamento profissional (BRASIL, 1973). Seus recursos são oriundos de impostos e, portanto, estão sujeitos ao controle dos organismos fiscalizadores de Estado, a exemplo do Tribunal de Contas da União (TCU, 1998).

O COFEN é concebido segundo as velhas práticas e noções de gestão administrativa, sendo imperiosa a adoção de um novo modelo de economia institucional que responda às reais necessidades do grupo social e da prática profissional que ele representa.

O sentido do termo ‘instituição’, amplamente debatido pelos institucionalistas, consiste em um dos desafios para o se definir os contornos da atuação do Cofen, uma vez que, na qualidade de um importante agente no processo da organização social dos grupos e indivíduos,

² A administração indireta resulta da descentralização administrativa – que cria uma nova pessoa jurídica, distinta da administração direta, mas a ela vinculada. “Mas, se foi criada uma pessoa jurídica, não foi para ter autonomia e especialização? Vai ficar vinculada como desse jeito? A vinculação, nesse caso, é finalística. O que se vai observar é se a entidade da administração indireta cumpre as finalidades para as quais a entidade foi criada.” (OLIVEIRA, 2021, s.p.).

é necessário situá-lo no sentido do termo. Já no debate acadêmico, a preocupação em definir o que é ou o que deve ser uma instituição decorre da chamada Economia Institucional³, que tem como principal objetivo tornar mais claros os sentidos dos usos do termo “instituição” (CAVALCANTE, 2014). A clareza acerca do conceito é importante para que se possa avançar na análise a ser tecida sobre o COFEN, sobretudo quando o seu papel na sociedade envolve as urgentes questões afetas à área de Atenção Básica de Saúde (ABS)⁴.

Dito de outro modo, as diferenças e semelhanças entre os conceitos do termo “instituição” nos ajudam a melhor compreender o papel que o COFEN exerce. Para tanto, além do necessário entendimento sobre a saúde no âmbito do setor público, é preciso também compreender que o setor público não se resume somente ao Estado-Nação das organizações políticas atuais, como afirma Troster (1999).

Os institucionalistas, representantes da velha Economia Institucional (VEI), como Veblen, Commons e Mitchell, defendem um conceito de instituição que leve em conta o processo evolutivo das instituições, e estas poderiam ser melhor entendidas a partir da relação de uma ciência empírica, em vez de basear-se em hipóteses irrealistas fundadas em suposições psicológico-comportamentais que tinham pouco contato com o funcionamento real da economia (CAVALCANTE, 2014, p. 375-376). Segundo Cavalcante, a crítica aos supostos da ortodoxia econômica torna evidente a necessidade de uma ciência empírica que melhor esclareça as bases para um conceito mais claro de instituição.

Vistos como formulações teóricas excessivamente abstratas, os pressupostos da ortodoxia econômica teriam caído em desuso para dar lugar a uma nova compreensão do pensamento institucional, que queria se basear em uma maior conexão com o funcionamento real da economia. A ciência empírica é a nova base para o institucionalismo moderno que também é gradualmente questionado pelo novo institucionalismo. Os novos institucionalistas possuem Douglass North e Ronald Coase como os principais expoentes da nova tendência - o Novo Institucionalismo (NEI) - evidenciando a descontinuidade do que chegar a ser conhecido como Antigo Institucionalismo (VEI). (COASE, 1998 *apud* CAVALCANTE, 2014).

³ A economia Institucional corresponde “ao estudo das instituições e considera o mercado como resultado de uma interação complexa entre várias instituições que tem atores e regras de status (e.g. indivíduos, estados, normas sociais)”.(SANDRONI, 2016, s/p.).

⁴ Atenção Básica a Saúde ou Atenção Primária é conhecida como a “porta de entrada’ dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.” (FIOCRUZ, s.d. [a]).

Assim, o Velho Institucionalismo ou a Velha Economia Institucional (VEI), que superou a teoria econômica baseada na ortodoxia econômica e que se sustentava sob as bases de uma ciência evolucionária, por meio da teoria do processo (entendida como uma sequência que se desdobra), também seria questionado para dar lugar ao Novo Institucionalismo ou à Nova Economia Institucional (NEI).

A partir dessas ideias que sustentam a Vei e a Nei e suas formas de atuação, observa-se que o COFEN se pauta pela Velha Economia Institucional (VEI), sendo guiado pelo velho caminho de atuar com base em cadeias de causa e efeito à medida que se limita a cumprir um papel de fiscalizar e punir.

Embora esse papel de causa e efeito investido nas formas de ser do COFEN como instituição seja evidenciado, vale ressaltar o que propôs Veblen: “mais importante que os instintos seriam as instituições que [...] ganhariam autonomia em relação aos instintos, mostrando-se até capazes de moldar esses instintos” (VEBLEN, 1961, p. 59 *apud* Cavalcante, 2014, p. 377). Ressalta-se nessa perspectiva da Vei uma forma que instituições como o COFEN se valem para justificar seu papel estritamente legalista de fiscalizar e punir ações com fins de zelar pela qualidade dos serviços prestados à sociedade por meio de seus afiliados, no efetivo exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Cavalcante (2014) segue na exposição acerca da compreensão vebleniana sobre as instituições e suas dinâmicas:

Veblen aplica sua concepção de instituição à evolução da vida social a partir de um processo contínuo de mudança nos hábitos mentais dos sujeitos. Assim chegamos à compreensão vebleniana de instituições como hábitos mentais, que seriam “métodos habituais de dar continuidade ao modo de vida da comunidade em contato com o ambiente material no qual ela vive” (Veblen, 1988 [1899], p. 89). Hábitos mentais são, segundo Veblen (1961 [1898]), formas de ser e de fazer as coisas que se cristalizam em instituições, mantidas ou modificadas ao longo do tempo pela ação reprodutiva ou transformadora dos sujeitos. Destarte, as instituições comporiam o tecido social alimentando-se das ações e decisões dos sujeitos e ao mesmo tempo as modificando ao longo do tempo. (CAVALCANTE, 2014, p. 377).

Essa forma de conceber a instituição como uma evolução da vida social envolvendo processos contínuos de mudanças nos hábitos mentais dos sujeitos remonta a uma compreensão de instituição enquanto métodos habituais de dar continuidade ao modo de vida da comunidade em contato com o ambiente material no qual aquela vive.

Nessa perspectiva, o COFEN, como instituição organizada a partir de hábitos mentais, encerra esse papel num processo legítimo em suas formas de ver e de fazer as coisas, pautado nas ações e decisões dos sujeitos, que define um sentido de instituição largamente alimentado pelo critério existente enquanto hábito mental. Isso pode ser amplamente evidenciado no papel

que o conselho cumpre, sempre pautado na fiscalização profissional do exercício laboral de seus inscritos, portanto, um Conselho de Fiscalização.

Outro sentido de instituição que a Velha Economia Institucional (VEI) aponta é a que corrobora com as ideias de Commons: “Se nós queremos encontrar uma circunstância universal, comum a todo comportamento conhecido como institucional, devemos definir uma instituição como a ação coletiva em controle, liberação e expansão da ação individual.” (COMMONS, 1931, s. p. *apud* CAVALCANTE, 2014, p. 378). Essa ação coletiva coloca o COFEN em permanente estado de comunidade sob controle, sendo nessa tarefa que se fixa o Conselho Federal de Enfermagem.

Ter o controle dessa comunidade científica que desenvolve seu ofício por meio da profissão da enfermagem corresponde à forma como o COFEN pode ser entendido e definido enquanto uma instituição. Dessa forma, para Commons:

As instituições são[...] mecanismos através dos quais o controle coletivo é exercido, devendo desempenhar ainda a função de mecanismo de resolução de conflitos com base em regras e punições ao seu descumprimento. Esse controle coletivo, exercido através das instituições, pode advir de costumes desorganizados (*unorganized customs*) ou da ação organizada (*organized action*), que compreende o Estado, a família, a Igreja, as corporações, os sindicatos etc. (Commons, 1931). As instituições componentes da ação organizada possuem um conjunto de regras de funcionamento (*working rules*), que definem “o que os indivíduos podem, não podem, devem, não devem, poderiam ou não poderiam fazer” (Commons, 1931, s. p.). No esquema conceitual de Commons, as instituições possuiriam o papel instrumental de resolver conflitos sem recurso à força física, regulando as relações sociais – conflito, dependência e ordem – que, segundo o autor, estariam implícitas nas transações. (COMMONS, 1931 *apud* CAVALCANTE, 2014, p. 378).

Isso remonta à crítica da teoria abstrata da economia ortodoxa baseada em suposições irrealistas. O papel instrumental de resolver conflitos sem recorrer à força física impõe um princípio de regulação das relações sociais - que, do ponto de vista do Conselho Federal de Enfermagem, constitui um de seus principais papéis -, e com ele se define velha economia institucional em suas formas de conceber a noção de instituição.

Dessa forma, as maneiras de perceber o COFEN como uma instituição de hábitos mentais é parte da maneira de ver a instituição sob o olhar da VEI. Nesse aspecto, a função do COFEN na condição de autarquia indireta do setor público, sobre as bases da Velha Economia Institucional, alimenta-se de uma noção de instituição inteiramente marcada pela noção de uma ação organizada, a qual possui um conjunto de regras de funcionamento, as chamadas *working rules*, definidas por Commons como “o que os indivíduos podem, não podem, devem, não devem, poderiam ou não poderiam fazer.” (COMMONS, 1931 *apud* CAVALCANTE, 2014, p. 378).

Mesmo no âmbito do VEI, o COFEN se caracteriza por essa noção de instituição que se impõe a todos ao estabelecer diretrizes norteadoras de conduta como hábitos mentais generalizados da atividade fiscalizadora das profissões exercida pelos conselhos regionais de classe (CORENs). As atividades fiscalizadoras e punitivas que os conselhos profissionais definem como suas funções são baseadas em ampla legitimidade baseada no entendimento institucional como um conjunto de regras operacionais. No entanto, esse modelo não leva em consideração o papel dos sujeitos institucionais. É a própria instituição que atribui funções ao sujeito.

Assim, Hodgson (2001 apud CAVALCANTE, 2014, p. 383) reforça o conceito de instituições como regras, restrições, diretrizes e conceitos que podem determinar as tendências individuais. Desse ponto de vista, o COFEN é uma instituição que possui regras, limitações e práticas próprias que determinam as tendências de seus membros.

Essa noção de instituição presente no COFEN como autarquia profissional que compõe a administração central do setor público visa dar sentido a um controle institucional no âmbito da ação profissional do enfermeiro e demais profissionais que integram o ofício da enfermagem. Para a velha noção de economia institucional, “as instituições comporiam o tecido social alimentando-se das ações e decisões dos sujeitos e ao mesmo tempo as modificando ao longo do tempo” (CAVALCANTE, 2014, p. 377).

Contudo, o sentido de instituição que vem caracterizando o COFEN pouco dá margem para o sujeito modificá-la e isso, de alguma forma, promove limites na hora de implementar políticas públicas voltadas para a ABS e principalmente poder encontrar novos rumos para um modelo mais adequado de gestão econômica de finanças públicas nessa área que envolve a saúde.

Desse modo, encontrar um outro sentido de instituição que dê outra natureza ao COFEN requer empreendimento crítico, visão esta que vai além ensinamentos de Commons que entende que, “Se nós queremos encontrar uma circunstância universal, comum a todo comportamento conhecido como institucional, devemos definir uma instituição como a ação coletiva em controle, liberação e expansão da ação individual. (COMMONS, 1931, s. p. apud CAVALCANTE, 2014, p. 378). O autor ainda complementa: “As instituições são, para Commons, mecanismos através dos quais o controle coletivo é exercido, devendo desempenhar ainda a função de mecanismo de resolução de conflitos com base em regras e punições ao seu descumprimento.” (Ibidem).

Esse sentido contido na ideia do controle coletivo em ação enquanto sentido de ser das instituições é o sentido encontrado na natureza de ser do COFEN. É com base nesse suposto

que o COFEN enquanto uma autarquia profissional desenvolve seu sentido de ser instituição, aplicando, disciplinando e punindo todo comportamento fora das regras. Contudo, para além disso, interessa entender outras dimensões de instituição, como a "regra do jogo". Nessa perspectiva, North como principal representante dessa dimensão, explica e define instituição “como as regras do jogo numa sociedade”. (NORTH *apud* CAVALCANTE, 2014, p. 380).

Para o North as instituições são “restrições criadas pelo homem que moldam as interações políticas, econômicas e sociais”. Elas consistem tanto em restrições informais (sanções, tabus, costumes, tradições, e códigos de conduta), quanto em restrições formais (constituições, leis, direitos de propriedade). (NORTH, 1991, p. 97 *apud* CAVALCANTE, 1995, p. 380). Com essa dimensão, North

identifica instituições com regras, formais e informais, de comportamento. Essas regras são criadas pelos indivíduos para servir de restrição à sua própria ação, permitindo a interação social. Nessa perspectiva, os indivíduos respeitam as regras porque existem sanções implicadas em seu descumprimento. Essa é uma visão que descreve o agente econômico como um indivíduo oportunista, que somente pode ter seu agir puramente autointeressado freado pelas sanções postas em sua maior parte pelo Estado. Segundo o autor, o Estado pode impor sanções ao descumprimento das regras porque “é uma organização com vantagem comparativa em violência” (North, 1981, p. 21). Importante notar que North não define o Estado como uma instituição, mas como uma organização, definindo instituição como um conjunto de regras. (*apud* CAVALCANTE, 2014, p. 380-381).

As regras do jogo, para North, e as sanções inerentes ao seu descumprimento são o que melhor define a obediência dos indivíduos. Assim, está nas sanções impostas pelo Estado o poder de frear indivíduos que queiram se aproveitar, de alguma forma, de sua posição. Por isso mesmo, North entende o Estado como uma organização com vantagens comparativas em violência (NORTH, 1991 *apud* CAVALCANTE, 2014, p. 380).

Nesse aspecto, podemos identificar o COFEN no sentido institucional, aplicando as regras do jogo em suas formas de atuar, já que o sentido de punir existente em seu modo de operar refere-se ao poder de frear esses indivíduos como forma de restringir suas ações com fins de disciplinamento, a fim de mantê-los enquadrados em um conjunto de regras. Disso deriva, portanto, um dos sentidos de ser do COFEN enquanto instituição ancorada nessa dimensão.

Segundo as regras do jogo as instituições são entendidas como vínculos humanos capazes de estruturar interações políticas, econômicas e sociais. Essas restrições operam tanto no âmbito formal (constituições, leis, direitos de propriedade, sanções) quanto no âmbito informal (tabus, costumes, tradições e códigos de conduta). Assim, a atuação do COFEN se manifesta por meio desse sentido das “Regras da partida (que serão mais bem exploradas no

capítulo quinto), no que se refere a disciplinar, fiscalizar e sancionar por meio de códigos de condutCOa, leis, de modo a restringir a ação de seu corpo afiliado.

Isso leva North a desenvolver outras noções de instituições, como a de “racionalidade limitada”, para explicá-las do ponto de vista de complementos cognitivos:

North adota a ideia de racionalidade limitada, entendendo as instituições como complementos cognitivos para indivíduos incapazes de processar todas as informações necessárias à escolha ótima. Destarte, as regras postas pelo sistema social e as regras internalizadas servem de apoio para a tomada de decisão do indivíduo, fornecendo a noção do que deve e o que não deve ser feito, do certo e do errado, permitindo ao agente cognitivamente limitado fazer escolhas, tomar decisões e agir no mundo social. (NORTH, 1991 *apud* CAVALCANTE, 2014, p. 381).

As atividades fiscalizadoras e punitivas que os conselhos profissionais definem como suas funções são baseadas em ampla legitimidade baseada no entendimento institucional como um conjunto de regras operacionais. No entanto, esse modelo não leva em consideração o papel dos sujeitos institucionais. É a própria instituição que atribui funções ao sujeito.

Dessa forma, a condição da sociedade fica restrita a uma racionalidade limitada, cabendo ao Estado ser o complemento cognitivo, por ser o único a oferecer vantagem comparativa em violência para conter essa outra violência que o indivíduo possa praticar por agir de forma puramente autointeressada (NORTH, 1991 *apud* CAVALCANTE, 2014). Isso por si só está na base do que justifica as autarquias profissionais como o COFEN agirem de forma disciplinar e punitiva, tudo impulsionado por um princípio fiscalizador em sua natureza de ação.

As instituições contêm ainda uma dimensão organizacional, conforme ensina Conceição (2002):

Fundamentalmente, o que distingue as várias abordagens institucionalistas é a própria definição de instituição. O termo encobre uma grande variedade de coisas que vão desde normas, leis, comportamentos até organizações, firmas e o próprio mercado. A “velha” tradição define instituição para se referir ao que os teóricos da evolução cultural chamam de cultura, ou aos aspectos da cultura que afetam a ação humana e organizacional. (CONCEIÇÃO, 2002, p. 150).

Essa ótica parte da ideia de Estado que, para North⁵, é uma organização que tem vantagens comparativas em violência. As organizações são compreendidas a partir de vários

⁵“Ao analisar o surgimento dos estados modernos, o autor procura demonstrar o que considera trajetórias institucionais bem-sucedidas. Os casos clássicos são Holanda e Inglaterra, que foram capazes de desenvolver arranjos institucionais para estimular atividades produtivas. O coração de seu argumento está na relação entre os estados que surgem nessas regiões e as organizações ou grupos produtivos locais. Nos países de sucesso, teria havido um equilíbrio de poder entre as monarquias e produtores que favoreceu a confecção de leis propícias ao desenvolvimento do comércio e da indústria. Na Espanha e França, principalmente na primeira, as leis e a organização institucional não teriam contribuído para o florescimento de atividades economicamente produtivas. Em geral, observamos nesses países, à época, uma legislação protetora de monopólios – como o caso

estímulos fornecidos tanto pela matriz institucional de cada sociedade, quanto pelos seus objetivos. Segundo North, “A partir dos estímulos oferecidos pela matriz institucional, surgirão diversas organizações que atuarão na busca de diversos objetivos. Para North, organizações são os principais agentes de uma sociedade e dentro dessa categoria encontramos os mais diversos entes.” (GALA, 2003).

O desenvolvimento institucional com objetivos econômicos difere do desenvolvimento institucional destinado a promover bens públicos como a saúde. Nesse sentido, o COFEN, entendido sob uma ótica que visa atuar por meio de conselho de fiscalização e não necessariamente para fins de desenvolvimento econômico, traz de forma inversa essa ideia, já que a saúde também deve ser considerada um bem econômico e uma população adoecida não tem como promovê-lo. Contudo, para North (1990), o entendimento do progresso econômico e mistura-se com a busca pela compreensão da evolução das instituições que levam a esse progresso.

Para o autor, “não é possível entender a evolução e o progresso das sociedades sem uma teoria das instituições”. Ele complementa:

Para melhor explicar o papel destas no modelo, o autor lança mão da metáfora dos jogos esportivos. Se as instituições são as regras do jogo, as organizações representam os diversos times que disputam o campeonato da sociedade. North não se aprofunda muito no porquê do surgimento das organizações [...]. Sua preocupação principal está em criar uma nova categoria de análise que possa introduzir dinâmica no sistema ao interagir com a matriz institucional [...]. Originalmente, as organizações surgem do *framework* institucional de uma sociedade num momento do tempo. Daí por diante, passam a interagir com outras organizações, com as próprias instituições e com as tradicionais restrições da teoria econômica. Dessa interação resulta a *economic performance* das diversas sociedades, bem como sua evolução institucional. (NORTH, 1990 *apud* GALA, 2003, p. 10).

Desse modo, a dimensão das instituições como organizações tem em North um sentido de representar as diversas finalidades para as quais essas instituições existem, ou seja, seu

das *Mestas* na Espanha – que não estimulava o surgimento de atividades rentáveis para a sociedade como um todo. O ponto relevante está na relação entre os estados que nasciam e a classe produtiva em geral. Mais especificamente, nas leis e regras que iam sendo geradas pelo sistema político para ordenar a atividade econômica. Como veremos adiante, o desempenho econômico das sociedades resultará sempre, em última análise, de suas dinâmicas institucionais”. (GALA, 2003).

*framework*⁶ institucional de uma sociedade num momento do tempo. Nesse aspecto, o COFEN resulta dessa estrutura institucional que representou o Estado na sociedade moderna a partir do desenvolvimento de suas instituições. Nesse caso, o *framework* institucional do COFEN resulta de uma sociedade em que as profissões puderam se organizar em torno de um conhecimento qualificado e técnico para reivindicar uma ação coletiva e identificatória de suas práticas profissionais, e, a partir disso, puderam então interagir com outras organizações, sendo o próprio COFEN na atualidade uma instituição que representa sua categoria profissional na sociedade.

Portanto, já que “as diversas organizações podem investir seus esforços das mais variadas maneiras, sempre buscando na margem os maiores *payoffs* para suas ações”, como bem destacou North, é válido entender que o COFEN –também compreendido como organização – igualmente pode e deve investir seus esforços das mais variadas formas para buscar maiores recompensas (*Payoffs*) para suas ações. Assim, alterar a vinculação finalística do COFEN como instituição/organização pertencente à administração central do setor público de forma indireta está no cerne da questão.

Em outras palavras, é possível entendê-lo a partir de novas necessidades de investir na própria alteração das regras do jogo, mudando, portanto, a matriz institucional sob a qual está operando. É o que sugere a dimensão de instituições como organizações, a teor de North, para quem o desenvolvimento das sociedades, via de regra, segue também uma dinâmica institucional. Por essa razão é que “A mudança institucional continua sendo importante, mas importa agora saber como, e em qual velocidade, os indivíduos processam essa mudança”. (NORTH *apud* CAVALCANTE, 2014, p. 382).

Finalmente, os institucionalistas modernos entendem as instituições de uma perspectiva interdisciplinar. Ele usa termos e conceitos de velhos e novas ideologias institucionais. Coloca pouca ênfase no conflito entre as duas ideologias do institucionalismo. As contribuições de Hodgson e Chang são o que será discutido neste artigo para entender como o COFEN pode abraçar a interdisciplinaridade que vislumbra a alteração da regra de jogo.

Nesse sentido, “Hodgson (2001) assinala uma distinção metodológica entre a VEI e a NEI quanto ao papel dos sujeitos no que concerne às instituições.” (*apud* por CAVALCANTE, 2014, p. 382):

⁶ “Framework é um termo inglês que, em sua tradução direta, significa estrutura. De maneira geral, essa estrutura é feita para resolver um problema específico. Na programação, um framework é um conjunto de códigos genéricos capaz de unir trechos de um projeto de desenvolvimento.” (ZUCHER, 2020, p. 1).

Contra a ideia de um estado de natureza livre de instituições, Hodgson sugere um indissolúvel círculo de determinação mútua entre indivíduos e instituições, ainda que sejam ontologicamente distintos. O autor aponta que a amplitude de vida de indivíduos e instituições é diferente, assim como seus mecanismos de reprodução (HODGSON, 2001, p. 104). Assim sendo, Hodgson (2001) define instituições como regras, restrições, práticas e ideias que podem moldar as preferências dos indivíduos. Nesse ponto, o autor busca explicitamente conciliar a visão de instituição como regras do jogo de North com a concepção de instituição como modelos mentais de Veblen. (*apud* CAVALCANTE, 2014, p. 383).

O círculo indissociável de tomada de decisão coletiva entre indivíduos e instituições é proposto por Hodgson do ponto de vista dos institucionalistas modernos. Define uma instituição como o tipo de estrutura mais importante na vida social. Nessa lógica, o COFEN tem fundamental importância no campo social, devendo ser pensado como material da vida social. Nas palavras do autor, “(...) nós devemos definir instituições como sistemas de regras sociais estabelecidas e prevaletentes que estruturam as interações sociais. Linguagem, dinheiro, lei, sistema de pesos e medidas, maneiras à mesa, firmas (e outras organizações) são, portanto, todos instituições” (HODGSON, 2006, p. 2 *apud* CAVALCANTE, 2014, p. 383).

Hodgson destaca, no entanto, que, “[...] as instituições não apenas estruturam as interações sociais, elas são, também, reforçadas e mantidas pelo comportamento individual através do hábito”. Mas, diferentemente da VEI, o institucionalismo contemporâneo no pensamento de Hodgson, embora tome “o conceito de hábito do pensamento de Veblen e da filosofia pragmatista, em que os hábitos seriam formados a partir da repetição da ação ou do pensamento”, entende que “hábito não é sinônimo de comportamento, mas sim propensão a um determinado comportamento condicionado a uma dada situação”. (CAVALCANTE, 2014, p. 383). Portanto, hábitos “são um meio através do qual as convenções sociais e as instituições são formadas e preservadas” (HODGSON; KNUDSEN, 2004, p. 36 *apud* CAVALCANTE, 2014, p. 383).

Hodgson ainda dirá que, uma vez que os hábitos se estabelecem, “tornam-se uma base potencial para novas intenções e crenças. Como resultado, hábitos compartilhados são material constitutivo de instituições, dotando-as de acentuada durabilidade, de poder e de autoridade normativa”. (HODGSON, 2001, p. 108). Com isso, o modelo de causalidade reconstitutiva de cima para baixo é o modelo que Hodgson propõe, por meio do qual “as instituições têm o papel de estruturar as interações individuais, ao mesmo tempo em que permanecem permeáveis às ações dos indivíduos”. Nessa dimensão, o COFEN, juntamente com a ação do enfermeiro que atua na atenção básica de saúde (ABS), encontram as possibilidades de efetivar a reflexividade⁷ proposta por Giddens (2012) na medida em que as instituições envolvidas se mostrem

⁷ Essa questão será tratada em momentos ulteriores nesta pesquisa.

permeáveis às ações dos indivíduos. Essa permeabilidade mútua entre instituições e indivíduos também é adota por Chang.

A proposta de Chang é a de uma economia política institucional em oposição ao que ele denominou de ‘paradigma neoliberal’:

O autor questiona a definição de North de instituição como regras do jogo que restringem o comportamento humano. Segundo Chang, essa compreensão de instituições como restrições limitaria seu papel na sociedade, uma vez que as instituições possuiriam um papel mais amplo de restringir, constituir e possibilitar a ação humana (Chang e Evans, 2005, p. 5). Dentre as instituições presentes no ambiente econômico, o autor menciona três instituições importantes, a saber: o mercado, as firmas e o Estado. (CAVALCANTE, 2014, p. 384).

Mas como entender o COFEN como instituição que não está diretamente presente no ambiente econômico, mas que cuida e prepara os indivíduos a dele participarem por meio da ação qualificada dos enfermeiros e técnicos em enfermagem em ação junto à ABS? Chang deixa uma ressalva em suas ideias que nos permite entrever o COFEN na qualidade de instituição que pode exercer um papel mais amplo, para além de restringir, constituir e possibilitar a ação humana. O autor explica que o Estado dentro do sistema capitalista age como “criador e regulador das instituições que governam suas conexões (enquanto instituição política)” (*apud* CAVALCANTE, 2014, p. 384). Contudo, embora o COFEN não tenha papel direto no funcionamento do sistema econômico, sua atuação na área da enfermagem e no serviço de saúde por meio da ABS representa uma forma indireta de preparar os indivíduos a participarem de instituições que estão presentes no ambiente econômico. Para Chang e Evans (2005 *apud* CAVALCANTE, 2014),

[...] nossa abordagem difere daquela da NEI [nova economia institucional] ao postular uma causalção de mão-dupla entre as motivações individuais e as instituições sociais, em lugar de uma causalção de mão-única dos indivíduos para as instituições, embora acreditemos que em última análise as instituições sejam pelo menos ‘temporariamente’ anteriores aos indivíduos. (Chang; Evans, 2005, p. 5). Como podemos observar, a principal reação de Chang aos novos institucionalistas remete à colocação de instituições e indivíduos em campos opostos e impermeáveis, afirmando ainda que o sistema capitalista não deveria ser visto como um mero agrupamento de instituições que os indivíduos podem construir e descartar de acordo com seus objetivos de maximização. Contra essa visão, Chang afirma que uma instituição é um complexo de regras formais e informais, mantidas e/ou transformadas por agentes intencionais, em que firmas, Estado e mercado se inter-relacionam, moldando o sistema capitalista. (CHANG; EVANS, 2005 *apud* CAVALCANTE, 2014, p. 385).

Chang defende ainda uma mútua dependência ontológica entre instituições e ação humana, em que uma não pode existir sem a outra. Deste modo, Hodgson e Chang “reagem a uma definição estrita de instituição como regra restritiva ao comportamento individual, trazendo o pensamento vebleniano para o debate na tentativa de construir uma visão de

instituição mais conectada à ação humana” (CHANG; EVANS, 2005 *apud* CAVALCANTE, 2014, p. 385). Com isso, nessa linha do institucionalismo contemporâneo, é possível pensar o COFEN, mais conectado à ação humana enquanto uma autarquia profissional e mesmo enquanto instituição, pode ser entendido a partir dessas três dimensões institucionais ou três formas de se entender e definir uma instituição: como regras do jogo; como modelos mentais; ou como organizações, conforme debatido. Contudo, sob a égide de qual dos conceitos o COFEN deve buscar seus novos caminhos ainda permanece um desafio tanto teórico quanto prático.

Seria mais propenso crer que o COFEN estaria mais próximo das ideias de Chang sobre instituição, já que este a reconhece como habilitadora e reconstituidora da ação humana e não como regra restritiva proposta por North (CAVALCANTE, 2014, p. 389). Contudo, vale ressaltar que existe, como visto, uma complexidade em torno do conceito de instituição por parte das diferentes visões/dimensões institucionalistas, o que torna mais também complexo analisar o COFEN como instituição que precisa seguir os rumos da mudança e do crescimento na intrincada dinâmica institucional. Mas o que é possível observar é que a relação entre estruturas sociais e sujeitos é fundamental em todas as abordagens, o que nos leva a pensar que o COFEN precisa urgentemente ir em busca de novas dimensões.

1.2 PENSAR O SENTIDO DE INSTITUIÇÃO NO ÂMBITO DAS AUTARQUIAS PROFISSIONAIS

As instituições que visam alocar recursos, como a firma, o mercado e o Estado, dando o sentido do papel de uma instituição no mundo econômico, diferem daquelas cujo papel seria o de um conselho de fiscalização profissional do exercício laboral de seus inscritos. Sabe-se que essas instituições são pensadas para fiscalizar, disciplinar o exercício profissional, representar seus afiliados – sejam em juízo ou fora dele – nos interesses coletivos ou individuais da categoria, com vistas a assegurar a qualidade dos serviços prestados à sociedade, estando totalmente imbuídas da ação de registrar, fiscalizar e disciplinar a respectiva profissão regulamentada. Desse modo, visando um critério mais ético, essas instituições, autarquias profissionais – que visam fiscalizar o profissional no seu exercício laboral e, portanto, não estão voltadas para alocar recursos e ter um papel no mundo econômico –, acabam por expressar uma dimensão de instituição que precisa ser integrada a uma teoria da dinâmica das instituições buscando observar novas perspectivas para si.

Para compreender essa dinâmica, é necessário antes entender essas instituições a partir de uma ampliação de suas funções, já que as próprias funções públicas também se ampliaram e se diversificaram ao longo do século XX. Neste início de século XXI, essa necessidade implica também atentar para o fato de que o Estado não tem a função apenas de estabelecer marcos jurídicos-institucionais, como ocorria em seus primórdios. Na atualidade, compreende-se que as funções do Estado também podem estar alinhadas às de um agente econômico ao oferecer os bens públicos.

Nesse caso, indaga-se: para além de oferecer um serviço de fiscalização e disciplina para o exercício profissional, as autarquias profissionais – como o caso do COFEN, em estudo nessa dissertação de Mestrado – poderiam também se converter em um agente econômico, ampliando e diversificando suas funções para além do ato meramente disciplinador e fiscalizador? Essa é uma questão que precisa ser integrada à teoria da dinâmica das instituições.

No que concerne ao COFEN, a urgência dessa conversão se faz necessária, uma vez que o enfermeiro que atua na atenção Básica de Saúde (ABS) lida diariamente com as intempéries do atendimento e da operacionalização desses serviços, e, por essa razão, é munido de elementos empíricos extraídos do dia a dia das unidades para melhor encaminhar as soluções para cada problema vivido. Isso demanda melhor pensar sobre a gestão econômica de finanças públicas voltadas para a saúde, setor este, aliás, para o qual as funções do Estado se voltaram de forma mais intensa, principalmente nas últimas décadas do século XX e início deste, visando oferecer saúde enquanto bens públicos.

A literatura apresentada pela economia institucional não traz, até o momento, estudos sobre as autarquias profissionais como instituições sociais com base em uma teoria institucionalista voltada para suas especificidades. Isso deixa o estudo ora em análise ao sabor de pesquisas heurísticas nessa área que melhor evidenciem seu papel à luz da amplitude e da complexidade do pensamento institucionalista capazes de incluir e permitir que esse tipo de instituição consistente nas autarquias profissionais possa avançar em direção a uma “teoria da dinâmica das instituições”⁸.

⁸⁵ “A construção de uma “teoria econômica das instituições” parece ter avançado ao longo das últimas duas décadas, tendo surgido importantes abordagens com ênfase no papel das instituições e na dinâmica de seu funcionamento. Exemplos são a Nova Economia Institucional, os neo-institucionalistas, os neo-schumpeterianos ou evolucionários, os regulacionistas, a economia das convenções e outras, que permitiram avanços teóricos, que ora se rivalizam, ora se complementam, sem perder o caráter institucional. Entretanto, por pelo menos meio século, tais estudos mantiveram-se em “estado de hibernação” (Hodgson, 1993a), ressurgindo, com notável vigor, a partir do final dos anos 70”. (*apud* CONCEIÇÃO, 2002, p. 88). Nesse aspecto “o institucionalismo é construído sobre a psicologia, antropologia, sociologia e outras áreas de pesquisa sobre como as pessoas se comportam. De fato, se o institucionalismo tivesse uma teoria geral, ela seria uma teoria geral indicativa de como desenvolver análises específicas e variadas de fenômenos específicos”. (*Ibidem*).

Portanto, não parece satisfatório que esse tipo de instituição tenha sua dinâmica estagnada, sem que se busquem os meios teóricos, históricos e conceituais de melhor compreendê-la, mesmo que as autarquias de natureza profissional possam transparecer como sendo de poucos movimentos de mudanças e crescimento, já que ficam engessadas nessa noção de instituição voltada apenas para as funções fiscalizadora e disciplinar. Nesse aspecto, concordamos com a ideia de que

A “evolução da estrutura social tem sido um processo de seleção natural de instituições” (Veblen *apud* Hodgson, 1993a, p. 17). Esse processo de seleção ou coerção institucional não implica que elas sejam imutáveis ou rígidas. Pelo contrário, as instituições mudam e, mesmo através de mudanças graduais, podem pressionar o sistema por meio de explosões, conflitos e crises, levando a mudanças de atitudes e ações. Em qualquer sistema social, há uma permanente tensão entre ruptura e regularidade, exigindo constante reavaliação de comportamentos rotinizados e decisões voláteis de outros agentes. Mesmo podendo persistir por longos períodos, está igualmente sujeita a súbitas rupturas e conseqüentes mudanças nos hábitos de pensar e nas ações, que são cumulativamente reforçados. A idéia de evolução em Veblen está intimamente associada à de “processo de causação circular”. (CONCEIÇÃO, 2002, p. 90-91).

Essa evolução é possível devido ao fato de em todo sistema social existir uma “permanente tensão entre ruptura e regularidade, o que exige constante reavaliação de comportamentos rotinizados e decisões voláteis de outros agentes”. Essas tensões podem pressionar o sistema por meio de conflitos e crises que o levem a novas ações, reiterando a ideia de que as instituições podem passar por mudanças, ainda que de forma gradual (CONCEIÇÃO, 2002, p. 123)

Com efeito, essas mudanças são intrínsecas à relação entre as instituições e os indivíduos, seus hábitos e rotinas. Como bem destaca Conceição (2002):

O indivíduo é equivocadamente visto em termos hedonísticos, sendo um ente socialmente passivo, inerte e imutável (Veblen, 1919, p. 73). A hipótese rejeitada por Veblen de que os indivíduos são supostamente tidos como “dados” estabelece como alternativa sua própria tentativa em construir uma “teoria econômica evolucionária”, onde instintos, hábitos e instituições exercem na evolução econômica papel análogo aos genes na Biologia (Veblen *apud* Hodgson, 1993a, p. 17). Isto significa que linhas de ação habituais definem “pontos de vista”, através dos quais os fatos e os eventos são percebidos. Por essa razão, a moderna Antropologia e a Psicologia vêm sugerindo que as instituições exercem um papel fundamental na definição da estrutura cognitiva para interpretar os dados, hábitos e rotinas na transformação de informações em conhecimento útil (Hodgson, 1993a). Para os antropólogos, as instituições sociais, a cultura e as rotinas dão origem a certas formas de seleção e compreensão dos dados. Com isto, estabelece-se importante vínculo entre o pensamento evolucionário e as concepções de Veblen sobre o papel das instituições. (CONCEIÇÃO, 2002, p. 90).

O papel demarcado por essas relações entre as instituições e os indivíduos é parte das tentativas de buscar entender uma dinâmica das instituições sabendo que o próprio processo social de onde emergem é também dinâmico. As posições de Veblen que buscavam definir e se

apoiar no suposto de que as linhas de ação habituais definem “Pontos de Vista” em que os fatos e os eventos são percebidos ainda permanecem atuais em suas tentativas de construir uma “teoria econômica evolucionária”, mesmo que outrora vencida em muitos de seus postulados pelas ideias dos institucionalistas contemporâneos.

A esse respeito, vale aqui destacar que, em uma espécie de redenção, a instituição COFEN precisa ser removida do engessamento e da imobilidade dessa linha de ação habitual que definem certos pontos de vistas – para usar uma noção de Veblen – que encerram a instituição COFEN em um sentido em que seu protagonismo é apenas fiscalizador e disciplinador. Ampliando a análise desse processo, poderia o COFEN inclusive valer-se dessa linha de ação habitual e dessa base ética em que se funda seu protagonismo para também ser posto na cena implementar políticas públicas com relação às ABSs, já que o lugar que estas ocupam e para as quais são chamadas para atuar na área da saúde lhe permitem acesso aos fatos por estarem no lugar onde os eventos são percebidos.

Nesse sentido, Hodgson (1993 *apud* CONCEIÇÃO, 2002, p. 90) insiste na ideia de que as “instituições exercem um papel fundamental na definição da estrutura cognitiva para interpretar os dados, hábitos e rotinas na transformação de informações em conhecimento útil”, portanto, é nessa direção que a moderna instituição COFEN deve buscar um caminho que lhe permita se redimir desse engessamento a que foi relegada no transcorrer das mudanças sociais ocorridas na sociedade nas últimas décadas.

Portanto, o COFEN, ao integrar o sentido de instituição, pode valer-se da definição de estrutura cognitiva visando interpretar dados, hábitos e rotinas e transformá-los em informações e em conhecimento útil, tornando-se um braço mais atuante e efetivo do Estado na definição e gestão de políticas públicas e abrindo espaço para implementar uma gestão econômica mais adequada de finanças públicas. A busca desse novo protagonismo para a instituição COFEN na esfera da administração central é plenamente possível a teor do que destacou Cavalcante (2014):

Os autores [Hodgson e Chang] não discordam que instituições possuem um componente restritivo no que concerne às regras, mas chamam a atenção para o fato de que as instituições moldam ao mesmo tempo em que são moldadas pela ação individual. Dito de outro modo, a ação individual não pode ocorrer num vácuo institucional, da mesma maneira que as instituições não podem existir na ausência da ação individual. Existe, portanto, uma mútua dependência ontológica entre instituições e ação humana, em que uma não pode existir sem a outra. (CAVALCANTE, 2014, p. 5).

Nesses termos e com nesse propósito, os próximos capítulos desta dissertação evidenciarão essa mútua dependência entre ação humana e instituições na área da saúde, bem como da ação do enfermeiro em sua atuação na linha de frente da Atenção Básica de Saúde,

apontando, em conformidade com os institucionalistas contemporâneos, para a necessidade de interdisciplinaridade.

Desse modo, adota-se, nas próximas análises, a postura de que as instituições moldam ao mesmo tempo em que são moldadas pela ação individual. Tudo isso é amplamente justificado pelo fato de que as “instituições ainda compõem o material da vida social”, sobretudo em sociedades ancoradas em uma base democrática, onde as instituições, como propôs North (1991) *apud* Cavalcante (2014, p. 383), são “estruturas que mais importam no domínio social”.

Essa inter-relação em seus diferentes pontos que marcam o envolvimento entre a atuação do Enfermeiro na Atenção Básica de Saúde (ABS), COFEN, Políticas Públicas e Gestão Econômica de Finanças Públicas são tema dos tópicos a seguir.

2 ASPECTOS ECONÔMICOS DA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 A LÓGICA PRODUTIVA DO SERVIÇO DE SAÚDE

A humanidade tem desenvolvido modelos de organização na busca de um contínuo aprimoramento do desempenho e da elevação da produtividade. Muitas dessas alterações tornam as relações de trabalho cada vez mais complexas e simultaneamente sofisticadas (MEZZOMO, 2003). O caminho de profissionalização e de organização dos diferentes tipos de trabalho pode ser caracterizado pela presença dos seguintes elementos: “conduzir um dever, mobilizar a experiência passada e antecipar o porvir.” (ZARIFIAN, 2012, p. 10). Por meio de exercícios constantes de reflexão e planejamento, cada categoria profissional é induzida a um processo de refinamento dos processos produtivos, de qualquer natureza, sendo conduzida ao ato de profissionalizar-se e, por consequência, organizar-se. No campo da saúde isso tende a ser ainda mais complexo.

O imperativo de ‘produzir mais’ tende a nutrir a divisão do trabalho, parcelando, desvalorizando e simplificando o trabalho individual, transformando o trabalho coletivo na somatória imprecisa de objetivos particulares e promovendo condições para sua autovalorização (SANTOS *et al.*, 2016). Divisão de trabalho implica divisão de tarefas entre trabalhadores com funções específicas e delimitadas. No entanto, os distintos conteúdos e a justificação que fornecem sentido para cada tarefa e os modos precisos como estas devem ser operadas, com suas prescrições tão exatas, alimentam uma comprometedor distância entre o trabalho real executado pelo profissional e o trabalho que lhe é prescrito.

Esse distanciamento é expresso na forma de objetivos, padrões, regras, normas e procedimentos técnicos. Tais elementos exercem fortes pressões sobre a equipe e tendem a regulamentar tão somente o domínio de técnicas (SANTOS *et al.*, 2016). No campo específico do trabalho na área da saúde, a organização do trabalho coletivo possui uma divisão técnica que absorve as características da manufatura e, dessa forma, teria valor de uso e lógica de qualificação no interior do setor terciário como serviço a ser consumido (PITTA, 1999). Para Peduzzi (2001), no âmbito da saúde, tal processo desenvolve intrinsecamente a subjetividade e a objetividade das relações de trabalho. O objeto de trabalho é o próprio ser humano, o que interfere na produção e, portanto, nas relações humanas, inerentes a esse processo.

Entre as características do trabalho na área da saúde está o fato de ele ser relacional por natureza e imprimir alta utilização de tecnologias. Essa relação pressupõe que a atividade produtiva traga em si um saber próprio que, ao ser utilizado, permite executar determinadas

tarefas que podem conduzir seus agentes a um processo produtivo (FERREIRA, 2001). O profissional da área da saúde convive cotidianamente com grandes contrassensos, pares paradoxais, como “vida e morte” e “dor e prazer”, coexistindo nos processos de construção de relações entre ele e o “objeto” de trabalho uma ação intensa, intrínseca e humanamente vinculada (MERHY, 1997), configurando-se, assim, ao mesmo tempo, como uma ação produtiva e de interação social (SCHRAIBER, 1999).

No entanto, no ambiente dos serviços de saúde, observa-se que o trabalho das equipes acaba por amoldar-se a uma forma de organização taylorista⁹, muitas vezes fragmentando as atividades produtivas em células de trabalho¹⁰ executadas por técnicos especializados em cada uma das tarefas necessárias à realização das suas atribuições. Essa divisão tecnicista do trabalho em saúde é legado do sistema de produção capitalista e acaba por determinar um padrão dos processos de forma hierarquizada, retirando do profissional da saúde a possibilidade de pensar a concepção de suas tarefas e controlar os processos de cuidado (PIRES, 2009). Assim, há significativa redução da ação autônoma e conseqüente alienação desse profissional. O viés dos processos passa a ser a execução de processos repetitivos, em um tempo especializado que subtrai do executor o aspecto criativo da atividade e a capacidade de decidir sobre o cuidar (PIRES, 2006a; 2006b).

Essa predominância do modelo tradicional de administração nos serviços de saúde apontada por Pires (2006a, 2006b) aborta, inclusive, elementos básicos da própria administração pelo fato de não se trabalhar com planejamento, suprimindo a participação dos trabalhadores e deixando de promover a integração interdisciplinar dos conhecimentos e das boas práticas em saúde. Essa forma de condução das tarefas promove a alienação, a especialização e a fragmentação.

Como consequência dessa ruptura, os modelos de gestão absorvem uma quantidade significativa de dominação e controle, com uma organização dos processos de trabalho sob rígida divisão de tarefas e não valorização dos saberes e das experiências dos colaboradores,

⁹ Expressão da administração que se refere a Frederick Taylor (1856 - 1915), que tinha por objetivo melhorar os processos produtivos, produzindo em menos tempo, mantendo a qualidade. Taylor acreditava que a administração tinha que ser vista como uma ciência e isso consistia em que suas ações fossem padronizadas de acordo com um estudo minucioso do tempo e dos movimentos usados pelos operários de acordo com suas funções. Para ele, o operário deveria saber realizar apenas a sua função específica porque analisar as demais funções ou o processo era considerado perda de tempo e, conseqüentemente, de dinheiro. (TEIXEIRA, 2014).

¹⁰ O modelo conhecido como Toyotismo conduziu os processos administrativos a uma estruturação eficiente da rede de fornecedores, estrategicamente dispostos e sob o jugo do zero defeito, com a entrega de quantidades exatas em prazos exatos, minimizando a constituição de estoques e diversificando a cadeia de produção, dando agilidade logística ao transporte e armazenamento de materiais escalares, que seriam "agregados" nos objetos de base nas fábricas, chamadas de "montadoras". (VERRI, 2014).

alimentando a alienação, como dito, e a conseqüente não responsabilização nas etapas do atendimento (MENDES, 2007).

Os modelos rigidamente estruturados do trabalho em saúde implicam uma relação estreita entre profissional-paciente, com redução do universo das necessidades e dos conhecimentos específicos necessários, tornando tal processo tantas vezes previsível. Essa rigidez pode fazer com que os agentes sofram redução do protagonismo profissional, assumindo a condição de executores de rituais, trocando a complexidade da vida pela simplificação do raciocínio, transformando os procedimentos em atos terapêuticos eficientes em si e validados pela impassibilidade da exatidão científica (CAMPOS, 2007).

A possibilidade de autogoverno e de cooperação entre uma equipe de profissionais da saúde, caracterizada pela autonomia frente as diversas necessidades da rotina profissional, pode estabelecer mudanças a partir da própria intersubjetividade dos agentes. Nesse cenário, passa-se para uma realidade de tomadas de decisão baseadas nas expectativas, nos valores, nas prioridades, nas necessidades e nas experiências de cada indivíduo, tornando os agentes sujeitos da ação (MERHY, 1997). Procedimentos estabelecidos sob esse prisma podem tornar os profissionais mais aptos a criar e reinventar formas de trabalhar cotidianamente, interferindo positivamente na forma e nos resultados do atendimento, possibilitando, ainda, a configuração de novos formatos tecnológicos e assistenciais (COSTA *et al.*, 2003).

Durante a ação, os profissionais poderão tanto adotar o que já está estabelecido, construído, quanto exercer autonomamente novas formas de cuidado em saúde. Esse espaço para o exercício da autonomia pressupõe a criatividade como uma possibilidade premente, podendo ser explorada para reinventar procedimentos e pensar dimensões ainda não exploradas. Mesmo nos processos mais comuns, há possibilidade de se formar abertura para o questionamento da lógica produtiva rigidamente estruturada, podendo o colaborador perceber “pontos de fuga” que ampliem sua percepção e sua autonomia (MERHY, 2002). Tem-se por certo, então, que a opção por um modo de organização dos processos de trabalho pode interferir significativamente nos resultados, positiva ou negativamente, de acordo com a influência dos diferentes elementos do processo, além das concepções e intenções dos agentes a respeito do produto a ser desenvolvido (SILVA *et al.*, 2016).

Os profissionais da saúde são, concomitantemente, agentes e produtos de relações nas quais estão inseridos e reprodutores do *modus operandi* do mesmo sistema. Nessa dupla relação, como objetos, tendem a sofrer passivamente os efeitos das regras, das leis, da política, dos valores, sendo por esses movimentos conduzidos à alienação (BASTOS *et al.*, 2018). No entanto, enquanto sujeitos, assumem a condição de produtores do saber, agentes que

influenciam as perspectivas dos seus colaboradores, tanto no trabalho quanto na vida social, configurando um grau relativo de autonomia (CAMPOS, 2007). Essa dupla condição ganha contornos de materialidade no processo de institucionalização da atividade profissional

2.2 PERSPECTIVAS INSTITUCIONAIS DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

O serviço público de saúde no Brasil iniciou-se em meados do século XIX associado apenas àqueles prestados aos indivíduos e às famílias, com um enfoque biomédico. No final da década de 1960, o campo da saúde passou a compor uma esfera que diz respeito à promoção da medicalização da saúde. Esta passou a ser associada também a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida. Nos dias atuais, superando essa visão estática e unidimensional, que tende a compreender a saúde apenas em seus aspectos biológicos, há as Determinantes Sociais da Saúde (DSS)¹¹ como elementos centrais, tanto no que se refere aos aspectos conceituais quanto aos operacionais, quando o assunto é ações de promoção da saúde (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Com a visão das DSS, a saúde passou a ser vista como um produto de uma ampla gama de fatores relacionados à qualidade de vida. Tais fatores são vistos como fenômenos que incluem um padrão adequado de alimentação e nutrição e de habitação. Além disso, numa perspectiva mais ampla, as DSS devem abarcar também questões como: o saneamento, as condições de trabalho adequadas, as aberturas para as ações de educação, o cuidado com a preservação do ambiente físico e o aporte de recursos de toda espécie para o desenvolvimento social das famílias e dos indivíduos, ou seja, as “Atividades que devem ser vistas como básicas, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente.” (BUSS, 2014, p. 306).

Nesse sentido, a noção de saúde requer, sobretudo, uma noção dos padrões culturais coletivos, que são também elementos determinantes das condições gerais de saúde. Buss (2014) aponta ser um erro os programas ou atividades de promoção da saúde propostos “concentrarem-se somente e quase que exclusivamente em componentes educativos dirigidos aos indivíduos, primariamente relacionados com riscos comportamentais.” (BUSS, 2014, p. 306). Esses riscos

¹¹ “DSS é a abreviatura de ‘Determinantes Sociais da Saúde’, um conceito da área de saúde pública que se refere a um conjunto de acontecimentos, fatos, situações e comportamentos da: vida econômica; social; ambiental; política; governamental; cultural e subjetiva. que afetam positiva ou negativamente a saúde de: indivíduos; segmentos sociais; coletividades; populações e territórios.” (FIOCRUZ, s.d. [b]).

comportamentais, em uma visão reducionista, estariam sob o reservado domínio dos próprios indivíduos.

As políticas públicas, contudo, referem-se a políticas equitativas de distribuição de renda e riqueza, bem como de saneamento básico, educação, moradia e emprego, com trabalhos dignos. Essa é a forma mais abrangente de promover saúde, e não apenas aquela associada à busca dos indivíduos pelos postos de saúde ou unidades de pronto de atendimento. A saúde é, pois, um produto de amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida (BUSS, 2014).

Essa perspectiva proporciona um empoderamento, tanto dos indivíduos quanto das comunidades, no sentido de possibilitar o desenvolvimento de novas experiências na incessante necessidade que a sociedade tem de produzir saúde, à medida que as condições socioeconômicas da sociedade tendem a tornar-se cada vez mais segregadas e excludentes. Enfrentar as “causas das causas”, como diria Buss (2014), referindo-se aos determinantes sociais e ambientais da saúde enquanto iniquidades sócio sanitárias, passa a ser um desafio cotidiano da sociedade.

Na mesma linha de inteligência, está a Carta de Ottawa, documento resultante da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrido em 1986. Nele a saúde consiste em um recurso para desenvolverem-se ações socioeconômicas, apresentando-se como um parâmetro da qualidade de vida. Dessa forma, tantos os aspectos sociais, culturais e ambientais, quanto os fatores econômicos e políticos aliam-se aos elementos comportamentais e biológicos, e podem tanto beneficiar quanto prejudicar a saúde. “As condições e os recursos fundamentais para a saúde são paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.” (BUSS, 1999, p. 306).

Superar, portanto, a ideia de saúde somente sob o enfoque biomédico representou e ainda representa um dos principais desafios na hora de definir políticas de gestão para a atenção básica de saúde. A saúde em seus aspectos biológicos deve estar também conectada com os aspectos das determinantes sociais, pois somente assim haverá um enfrentamento capaz de produzir e promover políticas de gestão de amplo alcance e impacto para a área da Atenção Básica de Saúde (ABS) (BUSS; PELLEGRINI, 2007). Esse tema tem ocupado posição de relevância desde o início deste milênio. Desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, de forma transversal, a perspectiva mais ampla da saúde tangencia os oito objetivos definidos pelas Nações Unidas para o Desenvolvimento do Milênio. Todos eles têm correlação ou reflexo na saúde, porém três são vistos como um encargo direto das instituições

do setor: redução da mortalidade infantil; melhoria da saúde das gestantes; e combate à AIDS, à malária e outras doenças (OMS, 2015; PIRES, 2016).

Nesse sentido, as políticas de gestão no âmbito da atenção à saúde básica envolvem o reconhecimento, sobretudo das nações, sobre a importância da saúde para a vida em sociedade. Desde 2015, com uma perspectiva para os 15 anos seguintes, discute-se a demarcação do acesso universal, entre as prioridades a serem assumidas pelas nações, com vistas ao desenvolvimento dos objetivos do milênio (OMS, 2015).

No Brasil, conquistou-se a guarida constitucional da saúde, que passou a ser vista como um direito universal e, mais que isso, como um dever do Estado (BRASIL, 1988). Portanto, apresenta-se como um direito humano e como uma responsabilidade dos governos, os quais devem prover ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de tratamento e de reabilitação. Desta forma, apoiar-se em abordagens exclusivamente médicas é restringir em muito a percepção de saúde. Assim, nos últimos quarenta anos, promover saúde tornou-se um desafio tanto médico quanto social, extrapolando os limites antes restritos aos segmentos da saúde para alcançar outras instâncias. É o que se passa a discutir.

2.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Num contexto mais amplo de entendimento sobre a saúde, não é possível admitir que conceitos, políticas e práticas fiquem restritos a segmentos apenas do setor da saúde. Há uma inequívoca necessidade de políticas, de políticos e de técnicos de outras áreas e de outros setores econômicos e sociais que também possam ser envolvidos na busca da meta de promovê-la. Restringir a questão da saúde a um órgão seria uma visão estreita, com baixa eficácia, por ignorar o peso que outros elementos, como os padrões culturais coletivos, os programas, as propagandas, entre outros, exercem sobre aquela. Essa perspectiva restritiva alia-se à prática de criação de monopólios, que procuram garantir uma reserva de mercado de trabalho, que pode ser usada para defender os interesses econômicos de um setor como um todo ou apenas de uma determinada ocupação a ser protegida.

Nesse cenário de embates, não se fornecem garantias de execução de um trabalho adequado, tendo-se por certo que a confiança em todo tipo de profissão deveria ser criada no âmbito da própria relação entre o prestador e o tomador dos serviços. Com o aumento exponencial da demanda, muitos artifícios retóricos e institucionais são criados, destinados a enganar ou mesmo simular essa confiança, de modo extremamente artificial. Nessa esteira, as proclamações legais de compromisso em servir, mais do que a busca da melhoria pessoal, os

juramentos formais de serviço prestados no momento de ingresso nas profissões, os códigos de ética e a formação de conselhos profissionais para vigiar o desempenho e os desvios da disciplina surgem como elementos catalisadores das diversas atividades profissionais (CERDEIRA; NEVES, 2011).

Nessa dimensão e sob viés muito próximo a esse, surge o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que se apresenta como um lugar estratégico para o desenrolar políticas de gestão voltadas para a Atenção Básica à Saúde. Em função desse caráter representativo, fatores determinantes gerais influenciam também as condições de saúde. Portanto, essa simples correlação é suficiente para possa afastar a ideia de que o Conselho não deve ser visto apenas como uma entidade dirigida aos indivíduos que a compõem. Nas palavras de Buss (2014, p. 306), a “promoção da saúde implica ação intersetorial e políticas públicas coerentes que tenham a explícita intenção de produzir saúde”.

Sob esse prisma, a função do COFEN, visando definir políticas de gestão voltadas para a ABS, deve levar em conta uma percepção de saúde, não apenas como assunto das áreas biomédicas. Sabendo disso, a própria instituição definiu que “visa materializar atualmente a intersetorialidade nas diversas localidades de seu alcance territorial com o propósito de identificar os instrumentos de gestão utilizados pelas gestões locais nos diferentes municípios para viabilizar essa nova proposta de saúde.” (COFEN, 2016, p. 32).

Desta forma, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em seu art. 2º, define que os recursos orçamentários de que trata a Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: “I – 10.301.1214.0589 – Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica; II – 10.301.1214.8577 – Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e III – 10.301.1214.8581 – Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.” (BRASIL, 2006a, p. 8). Assim, atuar na área da saúde é desenvolver um trabalho essencial para a vida humana. Portanto, trata-se de um trabalho que pode afetar direta e positivamente a vida de todos (PIRES, 2016).

Assim, num cenário em que a prática social da enfermagem consiste em um desafio que requer atualização permanente, o COFEN apresenta um amplo espectro de atuação para consolidar políticas de gestão voltadas para a Atenção Básica da Saúde da Família. Um desafio complexo, sobretudo porque demanda um olhar para as práticas concretas e para os ambientes onde elas são realizadas. Portanto, torna-se imprescindível considerar os sujeitos que as realizam, em toda sua diversidade e valores culturais orientadores do processo de tomada decisão. Do mesmo modo, torna-se necessário considerar os preceitos éticos e político-legais

da profissão, da saúde e da sociedade, vigentes em cada momento histórico. Ou seja, trata-se de “um espaço micro que é, dialeticamente, determinante e determinado pelo contexto macro político, histórico e social.” (PIRES, 2016, p. 2). Essa dimensão dialética implica pensar a gestão e o financiamento de gastos públicos sob a perspectiva de políticas de gestão responsáveis e efetivas, identificadas com os anseios democrático-populares.

Contudo, pensar essa gestão sem os profissionais de enfermagem é desconsiderar sua ampla presença nesses vários pontos de atuação para a promoção da saúde. Pois a enfermagem ocupa posição fundamental neste contexto, tanto que se pode afirmar com segurança que não há cuidados institucionalizados em saúde sem a enfermagem, afinal, “os profissionais de Enfermagem estão presentes na maioria das instituições de saúde e, nas em que há atendimento contínuo, estão presente todos os dias, nas 24 horas dos 365 dias do ano.” (PIRES, 2016, p. 5).

Nesse contexto, saúde e enfermagem enfrentam o desafio de capacitar profissionais para atuarem em um cenário instável, onde a gestão de políticas e das finanças públicas envolvem decisões que não são apenas numéricas, mas que se traduzem e se expressam em forma da necessidade de ações intersetoriais, para que se atendam os indispensáveis investimentos e a produção de novas políticas que precisam existir em saúde, no âmbito da ABS (PIRES, 2016).

Contudo, não dá para pensar esses indispensáveis investimentos sem a compreensão do principal fundamento conceitual e operacional para promover saúde: as já mencionadas DSS. Para Kriger (2001 *apud* BUSS, 2014, p. 307), as DSS são fatores e mecanismos por meio dos quais as condições sociais afetam a saúde e podem ser potencialmente alteradas mediante ações baseadas em informação. Já a intersetorialidade pressupõe a articulação de diversos níveis de poder, sociedade civil e empresas, pois não é possível alcançar políticas públicas “saudáveis”, nas palavras de Buss (2014), quando não se visa, por exemplo, o estímulo ao uso de espaços públicos para a prática regular de exercícios. Assim, verifica-se a existência de um problema de saúde quando esses mesmos espaços não recebem a devida atenção de uma política de planejamento urbano, minimamente preocupada com isso. Com isso, a atuação sobre os DSS extrapola as competências e as pertinências básicas das instituições de saúde, demandando ações coordenadas de diferentes instâncias e setores governamentais (BUSS, 2014).

2.3.1 A função crítica das instituições na formulação das DSS

O campo da saúde pública permaneceu em tensão ao longo do século XX – e é possível dizer que ainda permanece – entre o enfoque médico-biológico e os enfoques sociopolíticos e socioambientais, uma vez que a ideia de que as tecnologias médicas seriam a principal resposta

para os problemas de saúde das populações predominou até o final da década de 1970. Até que, no início do século XXI, tem-se a retomada da dimensão social do processo saúde-doença, que busca uma expressão de saúde para além de um enfoque centrado na doença (BUSS, 2014).

Com efeito, em 2005, é travada uma discussão acerca da importância das DSS e desencadeia-se um movimento global em torno delas. Em 2008, a Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde (CDSS), através de seu relatório final, propõe, além da melhoria das condições de vida dos grupos vulneráveis e de um melhor conhecimento e acompanhamento das tendências das iniquidades em saúde, enfrentar também a “desigual distribuição de poder, de dinheiro e de recursos para a atenção à saúde” (BUSS, 2014, p. 308).

Neste relatório final, intitulado “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”, há recomendações para o desenvolvimento de ações concretas. Em consequência, a Fiocruz (s.d.[c]) criou, em 2009, o Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde o (CEPI-DSS), que tem por objetivo apoiar as atividades do Governo e da sociedade civil que visem a promoção da equidade em saúde, mediante a produção e disseminação de conhecimentos. Esse centro de estudo busca nas experiências locais de combate às iniquidades em saúde uma vitrine das melhores experiências desenvolvidas nas regiões do país, normalmente desenvolvidas pelas Secretarias Municipais de Saúde em colaboração com diversos outros órgãos da administração municipal, estadual e federal e com organizações da sociedade civil (FIOCRUZ, s.d.[c]).

Em 2011, o Brasil ofereceu-se para sediar a Assembleia Mundial de Saúde. O evento contou com a participação de 120 representantes oficiais dos 194 países-membro da OMS. Isso trouxe bastante destaque para o tema na agenda global da saúde e, como resultado, foi possível obter um forte compromisso político com o combate às iniquidades em saúde (BUSS, 2014).

A intersetorialidade converte-se em um dilema em saúde, como analisou Lom (2006). Esse dilema envolve o fato de que, no Brasil, promover saúde corresponde a um processo em que os agentes econômicos, políticos, institucionais e médicos ainda estão aprendendo a gerir no combate às iniquidades sociais, a aprovação da Portaria do Gabinete do Ministro nº 687, de 30 de março de 2006, que aprovou a política de promoção da saúde (BRASIL, 2006c), e com a aprovação, antes, da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o “Pacto da Saúde 2006, que dispõe sobre a Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, e aprova as Diretrizes Operacionais do pacto (BRASIL, 2006b).

No entanto, o desafio maior está no compromisso com os DSS. A preocupação com os DSS evidenciou-se ainda na assembleia da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em Genebra, em 2009, onde registrou-se, por meio da resolução WHA 62.14, a proposição de

reduzir as iniquidades sanitárias, atuando nos DSS. No Brasil, a Declaração Política do Rio revela seus avanços e resultados sobre o tema, como resultante da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada em 2012. Desta forma, uma ampla produção de pesquisa aponta para a necessidade de se promover a saúde, por meio da construção de uma rede de municípios potencialmente mais bem orientados para a construção coletiva de ambientes saudáveis e maior qualidade de vida.

Mas os DSS não seriam da competência das instituições de saúde, tendo em vista que estas já se atêm às questões de enfoque biomédico. Desse modo, a promoção de saúde no âmbito das determinantes sociais caberia aos profissionais das áreas de humanas, de forma mais específica. Contudo, essa divisão de ações e de áreas científicas somente contribui para agravar o dilema (CNDSS, 2008). Dessa forma, o papel do COFEN na definição de políticas de gestão para a atenção básica deve se dar também no campo de uma discussão inter e transdisciplinar, o que a promoção de saúde naturalmente requer.

Buscar, portanto, uma visão mais ampla da saúde é também buscar as redes de intercâmbio e colaboração entre pesquisadores e gestores, entre conselhos e projetos estratégicos de políticas urbanas. A fragmentação das ações em diversos setores e a ausência de mecanismos que possibilitem a coordenação desses esforços intersetoriais podem representar barreiras significativas para que os DSS sejam pensadas de forma mais avançada. Isso porque a saúde não representa apenas uma forma biomédica, ela também revela sua forma cultural, quanto aos modos de cuidar, e social, quanto aos modos de ocupar e representar o espaço social em que se vive. Nesse sentido, diversos setores e instâncias governamentais precisam ensejar uma “decisão política supra-setorial”, como destaca Buss (2014, p. 323), em busca de um pacto pela saúde e pela qualidade de vida, em que o COFEN tem, e pode ter ainda mais, uma importância decisiva. Nisso pode estar sua guinada para um outro sentido de instituição, como já ponderamos em momentos anteriores nesta pesquisa.

Contudo, ainda conforme Buss (2014), já que a ABS integra a saúde pública, algumas questões se colocam, quais sejam: deve a saúde pública dedicar-se ao estudo das doenças específicas, enquanto um ramo especializado da medicina, baseando-se fundamentalmente na microbiologia, ou deve centrar-se no estudo das influências das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos? A saúde e a doença, afinal, devem ser estudadas no laboratório, como estudo biológico dos organismos infecciosos, ou nos ambientes onde surgem, nas fábricas, nos campos, buscando conhecer as condições de vida e os hábitos de seus hospedeiros?

A ideia que decorre das ações institucionais é retomar a “Saúde para Todos” e, para isso, torna-se fundamental que todos – setores do Governo, da sociedade e, até, da comunidade internacional – convirjam em prol da equidade em saúde, a qual exige a contribuição de todos os setores governamentais, da sociedade civil e da comunidade internacional, em ações sobre os DSS, organizadas por políticas públicas e fundadas em evidências científicas (BUSS, 2014). Assim, a partir de 2006, houve uma confluência de fatores, tanto nas bases conceituais como nas estratégias de ação dos movimentos de promoção da saúde, DSS e ABS. (BUSS, 2014).

Essas intervenções sobre os DSS para o combate às iniquidades em saúde não devem ser entendidas como constituintes de mais um “programa”. Elas, na verdade, atuam a partir de um modo diferente de formular políticas públicas e executá-las de maneira sustentável e no longo prazo, tanto no plano dos comportamentos individuais, quanto nas condições de vida e trabalho – referente a macroestrutura econômica, social e cultural –, e devem ser levadas em conta. Essas intervenções devem, ainda, estar obrigatoriamente baseadas na ação coordenada de diversos setores e firmemente fundamentadas em conhecimentos e informações, apoiada por uma ampla participação social em seu desenho e implantação (BUSS, 2014).

Assim, as bases estratégicas para as ações sobre os DSS devem seguir cinco dimensões de reforço mútuo: a) governança para atuar sobre os DSS; b) estímulo a processos participativos na definição e implantação de políticas; c) fortalecimento do papel do setor de saúde na redução das desigualdades; d) monitoramento e análise das tendências das iniquidades em saúde e dos impactos das ações sobre elas; e) esforço global de ação. Nessas estratégias de promoção da saúde, devem ser envolvidos municípios, escolas e ambientes de trabalho saudáveis (BUSS, 2014), além dos demais entes federativos (Estados, DF e União).

3 ASPECTOS SOCIAIS E INSTITUCIONAIS DA ABS NO BRASIL

Cabe ao Estado promover serviços e direcionar investimentos que envolvam a ABS, com o propósito de definir políticas de gestão, visando alcançar, entre outros objetivos, o bem estar da família, da maternidade, da infância, da adolescência e da velhice. Nessa direção, vêm ampliando-se as discussões e reflexões sobre a necessária definição de políticas de gestão, visando garantir a ABS voltada para a população que dela necessita, no âmbito das coletividades mais vulneráveis.

A Carta Magna de 1988 forneceu as diretrizes legais para a consolidação da máxima “a saúde como direito de todos e dever do Estado” dentro do conjunto das condições de vida da população (BRASIL, 1988). Para, foi elaborada, em relação à ABS, no escopo da série ‘Pactos pela Saúde 2006, Volume 4’, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento orientado pelos valores da ética, do profissionalismo e da participação, que expressa a definição dada pelo Ministério da Saúde de revitalizar a ABS no Brasil (BRASIL, 2006a).

Essa nova rota foi pavimentada a partir de um processo que agregou atores políticos de diversos municípios, dos estados e da federação. Além desses agentes, pôde-se contar com a participação de membros da academia, de profissionais da saúde, de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), de usuários e de entidades representativas do sistema de saúde (como o COFEN, por exemplo) (BRASIL, 2006a).

Até que se pudesse alcançar a PNAB, centrada nos princípios e nas diretrizes estabelecidas nas diretrizes dos ‘Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão’, a Secretaria de Atenção à Saúde apresentou, por meio do Departamento de Atenção Básica, na Comissão Intergestores Tripartite, o desenho da nova Política Nacional da ABS. As melhores práticas conhecidas nos diversos níveis de gestão serviram como base estratégica para complementar a regulamentação da Atenção Básica. Os desafios para estabelecer o formato final da PNAB se concentraram “nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação.” (BRASIL, 2006a, p. 3).

Desta forma, segue explicando o documento (BRASIL, 2006a), a PNAB aponta para o rearranjo dos princípios gerais, correlacionados aos encargos de órgão público, abarcando tanto questões da infraestrutura quanto os recursos necessários, redesenhando as características do processo de trabalho, as atribuições dos profissionais, as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia voltada para a Saúde da Família. Nessa redefinição histórica, a

ABS foi paulatinamente sendo fortalecida, devendo constituir-se, preferencialmente, como a porta de entrada do SUS, o ponto de partida para a reestruturação dos sistemas locais de saúde.

Uma vez aprovada e publicada a PNAB, e considerando seu alcance, não é apressada a ideia de que o ano de 2006 tornou-se um marco temporal no que se refere à ABS, que, ao atingir o seu ponto de maturação, passou a ser entendida como: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.” (BRASIL, 2006a, p. 10). Será pois nessa dimensão que estarão, entre as definições do Pacto pela Vida, as principais ações de: “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, 2006a, p. 10).

Assim, partindo de um conceito amplo de política para a saúde no Brasil, nota-se a gama de reflexos ao se trabalhar a saúde no espaço da atenção básica, onde a estruturação dos sistemas locais de saúde tem que se organizar para consolidar e qualificar a estratégia para a saúde da família, como modelo de atenção básica em seu aspecto de intersetorialidade. Nesse novo formato, a Estratégia Saúde da Família evidencia-se como tática de elaboração de um novo padrão de serviço de saúde, apoiado no viés do direito e em fundamentos conceituais como intersetorialidade e integralidade (PINHEIRO; MATTOS, 2001; CAMARGO; KENNETH, 2008). Contudo, a integração dessa proposta às diversas políticas existentes demanda a coesão dos distintos mecanismos institucionais, tanto os de formulação de políticas quanto os da gestão propriamente dita, assegurando os meios para a sua efetivação, sendo nesse aspecto particular que se coloca o papel do COFEN.

É preciso destacar que ABS traduz-se também em investimentos nas condições e nos recursos fundamentais para a família, quais sejam, paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, tendo a premissa de que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal (BUSS, 1999).

Nesse sentido, políticas setoriais nesta área revelam-se como sendo a ação do Estado em prestar serviço de saneamento ambiental integrado, de forma sustentável, contribuindo de modo direto para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Porém, quanto a isso, no Brasil muito pouco se investe. Pesquisas recentes demonstram que o investimento dos recursos fiscais no país é muito pouco direcionado aos serviços de melhoria da qualidade de vida dos brasileiros, e quando comparada aos índices de investimento fiscal de outros países, a situação pública

brasileira desce a patamares significativos (BNDES, 2018; OLENIKE, 2018; LISBOA *et al.*, 2020).

Tratar, portanto, da questão da ABS nos aspectos da intersectorialidade envolve investimento massivo no setor, especialmente em desenvolvimento profissional contínuo, particularmente entre os profissionais da enfermagem, mas também de outras áreas.

Há certo consenso de que por conta das muitas mudanças ocorridas no perfil demográfico e epidemiológico e pela intensa incorporação tecnológica, o cenário político-institucional em saúde tem demandado permanente qualificação profissional. Sabe-se que a disponibilidade de força de trabalho mais qualificada melhora os resultados do trabalho em saúde. Para tanto, é preciso destacar ainda que, no ciclo vital das pessoas, haverá sucessivos períodos em que a atuação oportuna e humana dos serviços de saúde é indispensável, em especial nas situações mais marcantes da vida, no início dela e no seu fim, nos momentos de dor ou de sofrimento, nas diferentes formas de dificuldade de exercer uma boa comunicação, nos episódios traumáticos, nos transtornos físicos e mentais e “nas condições diversas de mal estar biopsicossocial, manifestas em condições agudas e crônicas de agravos à saúde. A não atuação adequada dos serviços de saúde gera perdas e sofrimentos humanos irreparáveis.” (PIRES, 2016, p. 15).

Assim, centrar-se em territórios de maiores carências sociais, no tocante, sobretudo, à renda per capita e à composição da família inclui, sobretudo, infraestrutura, educação, moradia, emprego e saúde. Nesses contextos, o papel da enfermagem no desempenho dos serviços de saúde assume maior relevância, estando, via de regra, responsável pela assistência de enfermagem em si, bem como pela organização, manutenção e coordenação das operações de funcionamento de distintos ambientes terapêuticos. Ao exercerem, ainda, a articulação do trabalho dos diversos profissionais de saúde, bem como assumirem a responsabilidade pela disponibilização dos materiais assistenciais necessários, tais profissionais integram os principais quadros de serviços de saúde (PAIM, 2014).

Os trabalhadores da enfermagem constituem ainda o grupo profissional principal no atendimento rotineiro aos mais de 152 milhões de brasileiros que dependem básica ou exclusivamente do SUS, além dos cerca de 50 milhões que utilizam planos ou seguros privados de saúde. Desde o acolhimento, em todas as unidades da rede de serviços, até nos tratamentos mais complexos, a enfermagem assume cuidados, assistindo, gerenciando e orientando aqueles que buscam quaisquer um dos serviços de saúde disponíveis. De acordo com a OMS, “a enfermagem é responsável por 60 a 80% do total das ações na atenção básica e de aproximadamente 90% das ações de saúde em geral.” (PIRES, 2016, p. 15).

Deste modo, qualquer que seja a perspectiva sob a qual se observe o sistema de saúde, a ABS apresenta-se com um dos pilares fundamentais da organização desse sistema, configurando-se como o primeiro contato do usuário. Tem-se por certo que o nível básico de atenção à saúde tem um significativo potencial para resolver parte das queixas/demandas apresentadas (OMS, 2008).

Para tanto, a PNAB 2006 apresentou em um dos seus fundamentos a necessidade de efetivar-se a integralidade, em seus vários aspectos, buscando a ação interdisciplinar e em equipe. Nesse sentido, a integralidade é o cuidado integral, da promoção da saúde à cura e à reabilitação, permitindo que o usuário do SUS obtenha, além da atenção à doença, “um atendimento digno e uma atenção integral para caminhar em direção à promoção de saúde.” (ZAPPONI, 2012, p. 12).

3.1 AS BASES SOCIOPOLÍTICAS DO PAPEL DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

O tema das relações entre políticas públicas de saúde e o papel do COFEN passa pelo entendimento da necessidade de revitalização da ABS no Brasil, a partir de questões como habitação, alimentação, renda, entre outras. Assim, somente observando esses aspectos é que seria possível gerir políticas públicas coerentes. Desta forma, a ABS não se restringe apenas ao ambiente hospitalar e, portanto, formular a gestão de políticas públicas nessa área implica uma perspectiva bem mais ampla.

Buss (2014) destaca o conceito de promoção da saúde enquanto aspectos de proteção e recuperação da saúde por meio da atuação das Conferências Internacionais sobre promoção de saúde. Neste texto, o autor destaca que essas conferências internacionais voltadas para discutir e propor diretrizes para a promoção da saúde ocorreram nos últimos 40 anos nos países mais economicamente desenvolvidos, como Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental.

Essas conferências internacionais, ao todo sete, todas organizadas pela OMS, foram importantes para o desenvolvimento das bases conceituais e de políticas da promoção da saúde e serviram de espaço para o intercâmbio de experiências e práticas nesta área. Buss (2014) destacou em suas reflexões que o primeiro autor a mencionar uma concepção mais ampla de atenção à saúde foi Rosen (1979), quando definiu que as quatro tarefas essenciais da medicina eram: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação.

Essa perspectiva trata-se, contudo, de um enfoque da medicalização da saúde, perspectiva esta, como já visto, superada, desde que a promoção da saúde passou a ser associada

às medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida. Entre as distintas conceituações existentes para a promoção da saúde, identifica-se a existência de dois grandes grupos: no primeiro, a promoção da saúde consiste basicamente em atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, com enfoque no seu estilo de vida, no âmbito familiar e no ambiente das culturas da comunidade em que essas pessoas vivem; no segundo grupo estão aqueles que analisam a saúde sob uma perspectiva ampla e integrada e que consideram os seres humanos em seu contexto amplo e complexo.

Destaca Buss (2014) ainda que, para o primeiro grupo, os programas ou atividades de promoção da saúde propostos concentravam-se quase que exclusivamente em componentes educativos, dirigidos aos indivíduos, primariamente relacionados com riscos comportamentais que seriam passíveis de mudanças, os quais estariam, em uma visão reducionista, sob o restrito controle dos próprios indivíduos, tratando-se, portanto de uma visão estreita, com baixa eficácia, por ignorar o enorme peso dos padrões culturais coletivos, das políticas e das propagandas, entre outros fatores relacionados a comportamentos ditos exclusivamente individuais.

A ideia é de que a saúde tem um espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição e de habitação e saneamento, bem como condições de trabalho adequadas, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um prisma adequado de cuidados de saúde. Para esse grupo, as atividades estariam mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente abarcado, enquanto “sentido amplo de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde.” (BUSS, 2014, p. 306).

Por essa razão, a promoção da saúde implica ação intersetorial e políticas públicas coerentes que tenham a explícita intenção de produzir saúde, como políticas equitativas de produção de renda e riqueza, saneamento básico, educação, moradia, além de emprego e trabalho digno, entre outros aspectos. Desta forma, a concepção moderna se apoia amplamente na ideia de que quem realmente protagoniza as condições de saúde são os DSS. Portanto, tanto o planejamento quanto a produção de Gestão Econômica de Finanças Públicas (GEFP) devem estar alinhados com esse moderno conceito de promoção de saúde, com vistas a aplicá-la. Isso envolve o fato de que os gestores envolvidos no planejamento urbano como um todo, ao pensarem as cidades e sua urbanização, estão também fazendo, na verdade, um processo mais amplo de planejamento em saúde, visando sua promoção nos espaços urbanos.

3.1.1 As bases socioeconômicas do papel das instituições de saúde

Autores como Paim (2014), Silva e Furtado (2014) debatem, em seus estudos, os futuros possíveis da saúde coletiva através da correlação de forças políticas e sociais que redemocratizaram o Brasil e ampliaram, indiscutivelmente, a transparência e a participação coletiva na gestão pública do setor da saúde. Os autores dão destaque para o movimento da Reforma Sanitária, ocorrido no Brasil no início da década de 1970, como uma ação política capaz de conceber, estabelecer e consolidar o maior patrimônio de políticas públicas da Nação: o SUS. Lembram os autores ainda que o destino do SUS depende das políticas públicas que estão sendo promovidas atualmente.

Nesse processo, além da importância dos fatores e vetores atuantes nas últimas décadas, para uma prospecção de futuros sobre a saúde coletiva brasileira, destacam os autores que é preciso analisar as contradições e as tendências da conjuntura atual e os cenários possíveis e plausíveis para o desenvolvimento econômico e social do Brasil. Nessas reflexões, apontam para o fato de o Brasil passar por uma conjuntura rica e complexa, com elementos de avanço no sentido de uma sociedade democrática e socialmente desenvolvida, mas com elementos de desafios centradas no fato de que problemas têm sido gerados pelas escolhas e contextos, pelos determinantes históricos e estruturais ligados ao desenvolvimento capitalista, nessa formação social em específico (PAIM, 2014; SILVA; FURTADO, 2014).

Paim (2014) ainda destaca que há mais equidade no sentido econômico, com inegável melhoria nos padrões de distribuição de renda entre os assalariados, mas que, de forma contraditória, há também mais desigualdade social, com ampliação das brechas na saúde e na educação. Isso chama a responsabilidade do Estado brasileiro para a tarefa de estabelecimento de novas políticas públicas. Desse modo, o autor entende que o Estado não tem cumprido sua responsabilidade de garantir à população serviços públicos de qualidade com acesso pleno e equidade, e que, apesar dos avanços reconhecidos, persistem profundas desigualdades sociais.

Para que o Estado possa corrigir as iniquidades, é preciso que amplie o financiamento, promova gestão eficiente, governança participativa, política afirmativa, maior luta contra a corrupção e cesse com desvios e desperdícios de recursos. O alerta é para que se use bem os recursos públicos, sem desperdício e com eficiência e efetividade (PAIM, 2014).

Todavia, o que vem ocorrendo é uma reprodução de desigualdades, por meio de uma política pública supostamente voltada para reduzi-la. Nesse sentido, chamam a atenção três perversões da saúde brasileira, elencadas por Almeida Filho (2013):

1. [...] quem é mais pobre financia em maior medida o Estado brasileiro, por meio de uma estrutura tributária distorcida e regressiva.
2. Quem é mais pobre pouco se beneficia do dever constitucional do Estado na Saúde. O Estado brasileiro, ao contrário, subsidia por renúncia fiscal os mais ricos e potencialmente capazes de mobilizar recursos para dar conta desses custos.
3. a mais grave, do ponto de vista da justiça social: os ricos são os que mais se beneficiam, direta e indiretamente, do Sistema Único de Saúde. Políticas de saúde universalistas, incluindo investimentos para que a rede pública de atenção melhore, tenha mais qualidade e cobertura, têm sido secundarizadas por políticas focais, específicas e reforçadoras de modelos assistenciais baseado em alta e média complexidade, níveis de atenção que beneficiam direta e indiretamente justamente a minoria politicamente dominante da sociedade brasileira (ALMEIDA FILHO, 2013, p. 5).

Almeida Filho (2013, p. 6) ainda lembra que muitos desses fatores de iniquidade em saúde estão relacionados: (i) à educação por meio da ‘qualidade diferencial do cuidado’ (o “*information gap*”) que exclui muitos sujeitos de acesso aos meios de cuidado por desconhecimento ou ignorância; (ii) “ao filtro social dos que têm acesso aos anéis burocráticos por suas conexões políticas ou laços de parentesco”; à ideologia de classe-média que sobrevaloriza o cuidado individualizado e ao “baixo valor social que a população em geral atribui ao sistema público de saúde”.

Nesse processo, destacam-se três modalidades ou dimensões de políticas públicas destinadas a reduzir as desigualdades, quais sejam: políticas sociais amplas, como expansão do emprego, aumento real do salário-mínimo, previdência social, além de programa de transferências de renda visando superar a concentração de riqueza e, de efeito, a desigualdade socioeconômica; políticas educacionais e de saúde mais universalistas,; e políticas mais focais, específicas e compensatórias, envolvendo programas de redistribuição (PAIM, 2014; ALMEIDA FILHO, 2013).

Fato é que há uma enorme distância entre o direito enunciado e sua realização concreta, pois o sistema público de saúde no Brasil, com suas carências reconhecidas, contribui para aumentar a exclusão social dos pobres. Nesse cenário, o SUS tem carência reconhecida e está em uma encruzilhada em relação a seu futuro, sua natureza e missão. Dessa forma, Silva e Furtado (2014) chamam a atenção para o fato de uma minoria social politicamente dominante e economicamente privilegiada receber benefícios fiscais de um Estado financiado pela maioria pobre.

Em resumo, o sistema de saúde brasileiro padece de iniquidades no financiamento, exhibe desigualdades na qualidade e sofre com as distorções nos modelos de gestão e de formação em saúde (PAIM, 2014; ALMEIDA FILHO, 2013). O destaque é para o fato de que a iniquidade em saúde, que praticamente define a conjuntura atual, é de natureza muito mais qualitativa do que quantitativa. Esse diferencial de qualidade se revela subjetivamente no acolhimento, na

relação, no atendimento e do estigma associado a origem social, étnica, de gênero e relação (SILVA; FURTADO, 2014).

Os autores exploram alguns cenários de desenvolvimento econômico que vêm reduzir ou perpetuar tais iniquidades. Em um cenário ‘A’, um quadro geral mais otimista, haveria a redução de desigualdades, erradicação da pobreza, diminuição da violência e dos homicídios e o fim do analfabetismo, elevando-se por fim, a escolaridade média da população. Já no cenário ‘B’, mais pessimista, haveria uma piora das condições sociais e humanas, com a persistência da desigualdade social, da excessiva concentração territorial de suas atividades produtivas e da precariedade do mercado interno. Neste caso, os indicadores sociais seriam preocupantes nos campos da saúde, da segurança, da educação, do transporte, da habitação e do saneamento, e os limites de infraestrutura física colocariam a economia brasileira em um patamar de vulnerabilidade. Em um cenário C, que seria o mais realista e talvez o mais provável, a economia brasileira continua concentrada e restrita. No plano social, não há grandes mudanças na estrutura social brasileira e pode-se prever uma piora dos indicadores de desenvolvimento social e humano. Neste cenário, agrava-se a crise urbana, com o aumento da violência e das desigualdades sociais inaceitáveis, o que implica um crescimento econômico reduzido, com o Brasil crescendo pouco acima da média mundial (BNDES, 2018).

Na última década, o exame do sistema de saúde brasileiro revelou a concretização de muitas dessas previsões, configurando as características resumidas no cenário C, mas Silva e Furtado (2014) lembram que tendências não são destinos, uma vez que os sujeitos individuais e coletivos têm a potencialidade de atuar sobre as estruturas, as instituições e as políticas, para a consecução de distintos, de projetos ético-políticos. Não se pode perder de vista, ainda, que a saúde coletiva é prática, técnica, científica, tecnológica, filosófica, social e política e está permeada de diversos saberes e ações.

3.1.2 Os diagnósticos de saúde coletiva

Numa análise da situação de saúde são consideradas três dimensões da realidade: problemas, necessidades e determinantes de saúde. Os problemas representam discrepâncias entre a realidade observada e a norma socialmente construída, podendo ser problemas de estado de saúde da população ou do sistema de serviço ligados à infraestrutura, tais como gestão, organização, financiamento e modelos de atenção. Já as necessidades são representadas pelas condições que possibilitam gozar saúde e podem ser distinguidas em: necessidades de saúde (doença, carência, risco, vulnerabilidade e projetos ou ideais de saúde, passíveis de serem

supridas por vários setores, como alimentação, saneamento, habitação, lazer, educação, comunicação, arte etc.) e necessidades de serviço de saúde (correspondem ao consumo de serviços no sistema de saúde e podem ser expressas em termo de demanda). Quanto às determinantes, podem ser identificadas por meio de estudos epidemiológicos e sociais que visam explicar a determinante social do processo saúde-doença na população (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014a).

Os mesmos autores (2014a) destacam ainda que na análise da situação de saúde não se deve ficar limitado à identificação e à descrição dos problemas e necessidades, mas exigir a explicação do porquê de esses fenômenos acontecerem. Isso, contudo, vem possibilitar a discussão e a identificação das causas ou das determinantes de uma situação concreta. Portanto, o nível de saúde muda, sendo preciso estar atento às fontes de dados para acompanhar tal mudança. Neste processo, ainda que exclusivamente no planejamento de saúde, podem ser usadas algumas ferramentas para a análise dos “porquês”, a exemplo da árvore de problemas e do fluxograma situacional.

Paim e Almeida Filho (2014a) explicam que na árvore de problemas busca-se situar um problema central graficamente, que seria o caule; suas consequências, que seriam as folhas e os frutos; e as raízes, as suas causas. A partir dessas premissas, busca-se desenhar um modelo explicativo que procure relacionar um conjunto de determinantes e condicionantes de um problema de saúde, representado por indicadores que expressam o Valor de Definição do Problema (VDP). Deste modo, ainda que muitas intervenções sejam centradas em problemas, a face mais aparente da necessidade de saúde é que as pessoas e a sociedade, cada vez mais, expressam como necessidades os projetos ou os ideais de saúde, a exemplo da qualidade de vida e da paz. Essas aspirações sociais não se restringem a ter menos doenças ou não sofrer violência, mas apontam para uma dimensão positiva de saúde e bem-estar, sendo essa uma forma de análise da situação de saúde que torna possível chamar a atenção das fontes de dados para acompanhar tal mudança.

Assim, da relação entre situação de saúde e políticas de saúde destacam-se exemplos como: a partir da discussão de algumas das determinantes de um perfil epidemiológico seria possível perguntar quais os tipos de políticas de saúde poderiam ser formuladas para responder a tais problemas. Como provavelmente muitas das medidas propostas tendem a se relacionar com os serviços de saúde, pode ser que, deste modo, provoque-se uma discussão sobre o que se entende por política de saúde, face aos problemas e às necessidades de saúde, da produção, distribuição e regulação de bens e serviços e de ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014a).

Desta forma, as tecnologias empregadas no âmbito dos serviços para diagnóstico de prevenção e tratamento das doenças, ainda que eventualmente eficazes no plano individual (clínica), podem ser inefetivas em relação às necessidades de saúde da população. Pois, ainda que o conceito de necessidade apresente reflexões conceituais, teóricas e filosóficas, ele diz respeito especificamente às necessidades de saúde. Porém, muito embora haja um caráter moralista desse discurso, sobressai-se a ideologia que crê na autodeterminação dos sujeitos, supostamente livres, informados, capazes e com poder de exercer livre escolha. Já para a teoria crítica, a noção de necessidade está vinculada às relações sociais de produção, bem como às lutas econômicas, políticas e ideológicas de classes, e organicamente articulada ao conceito de trabalho e, especialmente, ao processo de trabalho (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014a).

A partir das observações de Heller (1986) sobre as “necessidades sociais”, entendidas como frutos do desejo consciente, da aspiração, da intenção dirigida, em todo momento, para um certo objeto e que motiva a ação como tal, o objeto de estudo passa a ser um produto social, independente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de “outro homem” (HELLER, 1986 *apud* PAIM, 2014, p. 33). No tocante às “necessidades existenciais”, reconhecidamente primárias, porque baseadas em instintos de autoconservação, elas vão além do impulso natural e incluem o descanso, uma atividade cultural, o jogo, a reflexão, a amizade, a realização pessoal, a atividade moral, entre outras.

Sob a égide do capitalismo, o conceito de necessidade social pode ser considerado uma categoria alienada, pois implica uma necessidade da sociedade, ou seja, um sistema de necessidades gerais que incide sobre os indivíduos e suas necessidades pessoais (HELLER, 1986). Assim, o conceito de necessidade social na perspectiva marxista se destaca por quatro acepções: a) necessidades sociais como necessidades sociais reais ou imaginárias, compreendidas como necessidades conscientes; b) necessidade social como uma categoria de valor positiva, ou seja, necessidade da pessoa socializada; c) necessidade social como “a medida de necessidades dirigidas a bens materiais em uma sociedade ou classe” (HELLER, 1986 *apud* PAIM, 2014, p. 81) e d) necessidade social no sentido de satisfação social com o entendimento de “não econômico”, que serve para expressar o fato de que os homens possuem necessidades não só produzidas socialmente, como também suscetíveis de satisfação por meio da criação de instituições sociais (HELLER, 1986).

Com isso, é possível estabelecer uma diferença entre necessidade de saúde e necessidade de serviços de saúde, sendo que esta última é determinada pela deterioração dos meios de vida (sofrer) e pela incorporação de informações e conhecimentos (saber) acerca dos processos de reposição de consumo nos serviços de saúde. Assim, as necessidades ficam reduzidas à consulta

médica e ao consumo de procedimentos de saúde, sabendo-se que as publicações científicas estão mais voltadas para a atenção hospitalar, com menor proporção para a atenção básica (PAIM, 2014).

Assim, embora muitas necessidades de saúde possam ser satisfeitas pelo sistema de saúde, enquanto necessidades de serviços de saúde, outras tantas têm a ver com o modo de vida da sociedade e requerem atuação de outros setores. Significa dizer que as necessidades de saúde não se reduzem a doenças, carências, riscos e sofrimentos, nem se esgotam na demanda, nas “necessidades sentidas”, nas necessidades médicas, nas “necessidades de serviços de saúde”, pois podem envolver as condições necessárias para o gozo da saúde, como alimentação, abrigo, segurança, afeto, educação, cultura, e os determinantes socioambientais, exigindo, portanto, ação intersetorial (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014a).

Desse modo, a clínica e a epidemiologia, enquanto saberes, não são suficientes para definir e identificar necessidades de saúde. Por essa razão, no desafio de sua definição, as contribuições das ciências humanas, da filosofia e da arte permitiriam trazer a ideia de projeto, ou seja, a visualização de uma finalidade, o que contribui para fornecer elementos para uma teoria de necessidades em saúde e para estimular novas ideias de saúde, ambas as ações voltadas para a qualidade de vida (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014a).

Neste sentido, entre as necessidades “necessárias” e necessidades “radicais” de que tratam esses autores, estão as ideias de saúde e qualidade de vida, os problemas de saúde, os riscos e a vulnerabilidade. Assim, torna-se necessário um conjunto de reflexões crítico-conceituais sobre necessidades e problemas de saúde.

3.1.2.1 Bases conceituais para um diagnóstico de saúde coletiva

Almeida Filho e Paim (2014b) analisam, em um artigo intitulado “Conceitos de Saúde: atualização do debate teórico-metodológico”, o fato de a noção e de o significado de saúde passarem por uma diversidade de definições. Os países vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU), que criaram a OMS, em 1949, convencionaram chamar de ‘saúde’ um completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças, o que permitiu muitas controvérsias em torno de tal definição.

Partindo dessa realidade complexa, torna-se necessário fundamentar minimamente uma concepção e uma prática vinculadas à ideia de saúde. Isso constitui um ambicioso projeto que visa transformar a forma quase que hegemônica, porém equivocada, de conceitualizá-la,

“desmedicalizando”-a e passando a concebê-la também como capacidade social para gozar a vida, ter prazer em viver e conquistar a qualidade de vida.

Deste modo, a saúde pode ser reconhecida enquanto qualidade de vida, solidariedade, alegria de viver, gozo estético, prazer, projeto de felicidade. Essa perspectiva holística procura dar-lhe um conceito mais rico e, ao mesmo tempo, complexo, de grande interesse filosófico, científico e, sobretudo, prático.

Almeida Filho e Paim (2014b) apontam, nesse aspecto, que saúde constitui uma realidade múltipla e complexa referenciada por meios de conceitos, apreensível empiricamente pelas ciências biológicas, em particular pelas ciências clínicas, e analisável no plano lógico-matemático e probabilístico, por meio da epidemiologia. Contudo, é também perceptível por seus efeitos sobre o modo de vida dos sujeitos, por meio das ciências sociais e humanas. Portanto, a noção de saúde tem seus aspectos centrais nas bases filosóficas, científicas e práticas do conhecimento sobre fatos e fenômenos, ideias e processos relativos à saúde.

Perguntar sobre a natureza e as propriedades do conceito de saúde em si, como objeto de conhecimento, se faz necessário, principalmente para os operadores de transformações no mundo e na vida dos sujeitos que nele habitam. Assim, indaga-se: a saúde é um algo com materialidade, tangível, mensurável? A saúde tem uma existência sensível no sentido de ser capaz de ativar nosso aparato sensorial? “É preciso questionar o sentido e o lugar das práticas pessoais, profissionais, institucionais e sociais que, de modo articulado, conformam os espaços onde a saúde se constitui.” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 20).

Nesse sentido, esses mesmos autores fazem outras perguntas: será a saúde um campo cultural, um campo científico, um campo de saberes ou um campo de práticas sociais? Que natureza, modalidade e condições de existência distinguem tais práticas de tantas outras da vida humana em sociedade? Então, como designar atos de promoção, proteção, cuidado e prolongamento da vida, como serviços de saúde que não caiam em redundâncias? (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014b).

Pode-se dizer que foi buscando responder a questões como essas que surgiram distintas escolas de pensamento, tais como: a) a questão conceitual de saúde deve ser vista como uma problemática filosófica e epistemológica, tão crucial para o reconhecimento dos saberes sistemáticos; b) a saúde deve ser analisada como fato, atributo, função orgânica, estado vital individual ou fenômeno natural definido negativamente, como ausência de doenças; c) a medida da saúde se dá no sentido de avaliação do estado de saúde da população, indicadores demográficos e epidemiológicos, análogos de riscos, competindo com estimadores econométricos de salubridade ou cargas de doenças; d) o valor da saúde materializa-se sob a

forma de procedimentos, serviços e atos regulados e legitimados, indevidamente apropriados tanto como mercadorias quanto como direito social, serviço público ou bem comum, como parte da cidadania global contemporânea; e) é a práxis da saúde que permite o seu reconhecimento e apreensão, enquanto um conjunto de atos sociais de cuidado e atenção a necessidades e carências de saúde e qualidade de vida, conformados em campos e subcampos de saberes e práticas institucionalmente regulados, operados em setores de governo e de mercados, em redes sociais e institucionais (PAIM, 2014; SILVA; FURTADO, 2014).

Cada uma dessas abordagens carrega consigo diversas facetas, modos e estruturas conceituais, que são indicadores da complexidade desse fenômeno e dos processos que envolvem a ideia da saúde-doença-cuidado de forma mais ampla.

A saúde como conceito filosófico constitui uma questão filosófica secular, pois os filósofos clássicos já traziam em suas obras temas relacionados a saúde e doença. Para Platão, a virtude e o vício teriam uma oposição conceitual, em que a virtude significaria saúde, beleza, boa disposição de ânimo, ao contrário de vício, que implicaria doença, feiura e fraqueza. Assim, com a intenção de demarcar uma diferença essencial entre os conceitos, Platão põe na boca de Sócrates a seguinte afirmação: “Engendrar a saúde é estabelecer, conforme a natureza, relações de comando e submissão entre os diferentes elementos do corpo; engendrar a doença é permitir-lhes comandar ou ser comandados um pelo outro ao arrepio da natureza.” (PLATÃO, 2004).

Ainda que sob a perspectiva platônica, pode-se dizer que em Aristóteles o conceito de saúde se apresenta numa díade saúde-doença, como ilustração de que opostos se encontram em contradição, não necessariamente por serem um verdadeiro e outro falso, mas por atribuírem uma qualidade afirmativa. Assim, saúde e doença não são conceitos verdadeiros e nem falsos, mas uma qualidade afirmativa.

No século XVIII, Immanuel Kant levantou duas interessantes questões sobre o conceito de saúde. Na primeira, ele postula uma oposição entre dialética e terapêutica (clínica referida à doença) e, na segunda, uma dialética preventiva (referida à saúde). Segundo o filósofo, o sentimento de saúde deve ser visto como uma das faculdades privadas do ser humano. Na perspectiva terapêutica, a saúde é relegada a um plano inferior, pois o que se busca é a eliminação ou mesmo a atenuação da doença, por meio de procedimentos práticos. Nesse aspecto, busca-se aplicar a racionalidade científica para proteger a saúde, reduzindo a possibilidade de ocorrência de doença. Para Kant, sentir-se mal significaria sempre inexistência de doença (FIGUEIREDO, 2005).

Canguilhem (1990) também propõe que a saúde é uma questão filosófica, na medida em que está fora do alcance dos instrumentos, protocolos e aparelhos da ciência. Esta “saúde

filosófica” recobriria, sem com ela se confundir, a saúde individual, privada e subjetiva, tratando-se, nesse caso, de uma saúde sem conceito, que emerge da práxis, na relação médico-paciente, validada exclusivamente pelo sujeito doente e seu médico. Além desse, Canguilhem (1990) apresenta outros possíveis enfoques para a saúde, tais como: um fenômeno natural; a saúde como equilíbrio; a saúde como funcionalidade; a saúde como ausência de doença; a saúde ou a doença como um processo; a saúde como medida; a definição dos valores da saúde e da práxis da saúde como uma espécie de parâmetro.

A partir disso, Paim (2014) propõe a necessidade de construção de um marco teórico-conceitual capaz de reconfigurar o campo social da saúde, atualizando-a em face das evidências de esgotamento do paradigma científico que sustenta suas práticas e assinalando as possibilidades de análises de novos paradigmas.

É nesse vasto contexto de possibilidades e nessa necessidade de novos caminhos que os serviços de enfermagem estão inseridos, sendo premente a tarefa de repensar ou mesmo redesenhar seu papel, aproveitando o fato de que há, nesse contexto, uma forte correlação de forças políticas e sociais que vêm atuando no sentido da redemocratização do país, bem como ampliando indiscutivelmente a transparência e a participação coletiva no que tange à gestão pública do setor saúde e as políticas voltadas para a ABS.

Portanto, em meio a conflitos e a um emaranhado conceitual, e diante de um cenário de profundas iniquidades sociais, o desafio maior das instituições vinculadas à prestação de serviços de saúde será o de entrelaçar as políticas de financiamento público com a atuação institucional, o que implica também o estabelecimento de uma agenda permanente de compromissos de saúde coletiva que seja abrangente, abarcando os aspectos da água, da habitação e, principalmente, da renda dessas famílias, de onde provêm crianças e jovens. Nessa direção, abre-se um caminho de tendências as quais o COFEN, no âmbito da definição de política de gestão a Atenção Básica à Saúde, deve seguir.

3.2 INVESTIMENTOS DE RECURSOS PÚBLICOS NA ABS

Pensar a gestão de políticas públicas na área de saúde investindo, entre outros fatores, recursos públicos na ABS é, seguramente, um importante elemento operador de transformações na vida dos sujeitos. Contudo, é preciso também questionar o sentido e o lugar das práticas profissionais, institucionais e sociais que se entrelaçam nos espaços onde a saúde se efetiva.

É certo que não existe gestão de política para atenção básica sem financiamento público e sem gestão de seguridade social que, numa acepção mais ampla, abranja também saúde e

educação. Significa dizer que gestão e financiamento de gastos públicos não devem ser entendidos apenas de forma mecânica e numérica. Na alocação de recursos públicos, o Estado tem que propor ações e definir gastos, levando em conta os impactos sociais decorrentes de seus financiamentos (MACHADO, 1997).

Nesse contexto, fazer gestão de financiamentos sem levar em conta as várias e constantes mudanças nos processos sociais da vida urbana nas cidades é perder de vista uma noção de sociedade e de coletividade em que a ideia de saúde se apoia e se efetiva. Uma gestão de saúde privada e mercadológica que leve em conta somente os ditames do mercado é algo totalmente contrário à ideia de democracia. É imprescindível propor gastos públicos conectados com a seguridade social, universal e solidária, para, somente então, poder a gestão de saúde ser chamada de ação democrática (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Não se pode esquecer a primazia do Estado nessa responsabilidade de efetivar gastos públicos, e que uma agenda político-social contemporânea do financiamento e dos gastos públicos não pode estar dissociada das reais necessidades das novas gerações, particularmente no que diz respeito à gestão da ABS. É importante ressaltar que tudo isso passa também por vontade política que envolve os laços entre instituições, como o COFEN.

Os problemas atuais vivenciados na saúde pública brasileira envolvem uma crescente de massas descartáveis, sobrantes, que vivenciam direitos apenas no papel. Assim, diante dos efeitos mais nocivos de um capitalismo globalizado, a gestão da economia e do financiamento público precisa estar comprometida, de fato, com a defesa e a ampliação dos direitos sociais. É justamente nesse espaço das questões sociais, na qual se situa, entre outras, a atenção básica à saúde, que instituições como o COFEN podem ter protagonismo fundamental no sentido da direção social a ser dada, permitindo que saúde e enfermagem coexistam de forma interdependente e sinestésica na esfera pública.

Neste sentido, em vez de um paradigma voltado apenas para o indivíduo ou para o sentido biomédico, é possível e desejável planejar a gestão da economia e do financiamento de gastos públicos tendo em vista o coletivo e maior justiça social. No âmbito da enfermagem, esse elo deve iniciar-se mediante a presença mais efetiva e crítica do COFEN na construção dessa percepção de gestão integradora, particularmente no tocante à ABS. Assim, como ressalta Nazareno (2010, p. 9), “os problemas econômicos do setor público estão relacionados no dia-a-dia da nossa sociedade”. Mas, qual é o dia a dia da nossa sociedade? Sabe-se que esse processo está eivado de desigualdades sociais marcantes e de conflitos que não se extinguem apenas através de um cálculo financeiro.

Ora, é inequívoca a ideia de que a gestão pública e seus investimentos constituem um elemento fundamental na administração pública, visando conter a sua negligência. O Estado, na função de promotor da distribuição de recursos públicos na área da ABS, se propõe a ser também um instrumento financeiro, a propor renda, receita, financiamento, controle, sistemas tributários e, principalmente, distribuição orçamentária para as diversas demandas que a sociedade expressa em seu dia a dia, tanto mais na área de saúde (NAZARENO, 2010). Contudo, como propõe Nazareno (2010), de ser também o Estado um instrumento financeiro, é preciso ter o devido cuidado para não esbarrar no que apontou Giddens (2012) acerca da coerção estrutural.¹²

Este tema pode ser examinado sob dois pontos de vista fundamentais para as finanças públicas. O primeiro apresenta-se como disciplina de estudo focada no conhecimento, onde se inserem os estudos das receitas, das despesas, do orçamento e da dívida pública. O segundo aponta para as finanças públicas no contexto das atividades financeiras do Estado, com o propósito de satisfazer os interesses públicos. Com isso, “os gestores públicos, no exercício das atividades financeiras, executam ações em favor da sociedade relacionadas a bens e serviços, como saúde pública, educação, segurança e outros.” (NAZARENO, 2010, p. 15).

Desse modo, o segundo ponto de vista, relacionado com as finanças públicas, representa a necessidade de satisfazer os interesses públicos, o que consiste em ponto de partida para a execução de ações em favor da sociedade quando o assunto é distribuição de bens e serviços. Nessa dimensão, saúde e ABS são, ao mesmo tempo, um bem e um serviço que promovem o efetivo exercício do direito e da cidadania. Por essa razão, tornam-se tão importantes na definição de papéis institucionais na prestação de serviços de saúde. Ou seja, na gestão das finanças públicas deve-se procurar “explicar os fenômenos ligados à obtenção e dispêndio do dinheiro necessário ao funcionamento dos serviços a cargo do Estado, ou outras pessoas de direito público, assim como os efeitos outros resultantes dessa atividade governamental.” (BALEIRO, 2003, p. 6).

Nazareno (2010, p. 16) acrescenta que “as finanças públicas emergem justamente das falhas existentes no mercado e por isso apresentam necessidades de intervenção do Governo, a

¹² A visão somente do cálculo financeiro nos remete ao que Giddens (2012) chamou de “coerção estrutural”, que opera independentemente dos motivos e razões dos agentes, para o que fazem, e com isso, “compele” o indivíduo para que se comporte de um modo particular. O estudo de conjuntos estruturais ou estruturas envolve o isolamento de distintos “grupos” de relações responsáveis pela transformação e pela mediação. Tais desafios estão implícitos na designação de princípios estruturais. Nos conjuntos estruturais, formados pela mútua conversibilidade das regras e dos recursos envolvidos na reprodução social, os mecanismos podem ser analiticamente distinguidos, dentro de cada uma das três dimensões de estruturação – significação, legitimação e dominação – ou por meio de todas estas (GIDDENS, 2012).

partir do estudo de suas funções, tributação e gastos públicos.”. “Numa sociedade democrática, a Constituição regulamenta, por meio de suas subdivisões, as atividades do Estado como um todo. Assim, a Constituição orçamentária, que é uma subdivisão da Constituição financeira, junto com a Constituição tributária e moratória”, são, em conjunto, responsáveis pelas regras de arrecadação, de receita e de realização de despesas. Com isso, “o Estado, quando aplica e executa os recursos, tem a finalidade de custear os serviços em prol do bem-estar da sociedade, chamados de Ação Fiscal.” (NAZARENO, 2010, p. 23).

Será, portanto, por meio de ação fiscal que serão pesadas as possibilidades de implementar políticas públicas e gerir a realização de despesas, visando custear os serviços em prol do bem-estar da sociedade. A Ação Fiscal teve seu papel mais efetivo nas mudanças ocorridas após a década de 1930, que colocou o Estado como interventor da aplicação dos tributos. De acordo com Musgarve (*apud* REZENDE, 2001), a intervenção do Estado na ordem econômica tem três objetivos: 1) promover ajustamentos na locação de recursos; 2) promover ajustamentos na distribuição de renda; 3) manter a estabilidade econômica.

No tocante aos recursos públicos, os investimentos na área da ABS devem estar voltados para a operacionalização dos princípios e das diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), dispostos no Quadro 1.

Quadro 1 – Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS

Princípios	Universalidade	Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e, a partir daí, construir respostas para suas demandas e necessidades.
	Equidade	Ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Fica proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença,

		nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.
	Integralidade	É um princípio doutrinário que visa enxergar o ser humano como um todo, incluindo seus aspectos biopsicossociais, com ações em todos os níveis de prevenção e serviços dos mais variados níveis de atenção. Ou seja, é um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema, com prioridade em ações preventivas.
Diretrizes	Regionalização e Hierarquização	São ações e serviços públicos integrados em uma rede regionalizada, com serviços organizados e circunscritos considerando uma área geográfica delimitada para atender às características de determinada região. Seu principal objetivo é facilitar o acesso da população à rede por organizá-la em regiões de saúde.
	Territorialização	Considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.
	População Adscrita	População que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.
	Cuidado centrado na pessoa	Aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua

		própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.
	Resolutividade	Reforça a importância de a Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.
	Longitudinalidade do cuidado	Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.
	Coordenação do cuidado	Elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atua como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articula também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.
	Ordenação da rede	Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

	Participação da comunidade	Estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerar o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde por meio de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.
--	----------------------------	---

Fonte: elaborado pela autora com informações de Brasil (2017).

Quando se estabelecem princípios e diretrizes, deve-se observar a dinâmica de correlação entre eles, sabendo-se que os princípios perpassam as diretrizes e se materializam nas ações. Ao definir, por exemplo, a integralidade como um princípio, essa vertente deve moldar todas as diretrizes. Assim, a regionalização e a hierarquização devem ocorrer de modo integral, com tudo que isso possa significar. O mesmo deve acontecer com as ações de territorialização, e assim por diante.

Desse modo, como instrumento de materialização desses princípios e dessas diretrizes, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política nacional de Atenção Básica (PNAB) e revisa as diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O normativo estabelece, em seu art. 4º, que “a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) e, no art. 5º, que “a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde, e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.” Verifica-se nos dispositivos a confluência do princípio da integração nas ações de “Vigilância em Saúde” e de “Atenção Básica”, como condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população.

Em seu artigo 2º, o Ministério da Saúde conceitua a Atenção Básica como sendo a resultante do conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado

integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A partir disso, tem-se um princípio de grande importância usado nas Finanças Públicas, que é o da justiça tributária, que se aproxima da noção de equidade de tratamento entre as pessoas, sendo um dos indicadores a capacidade de renda na economia na modernidade. Essa equidade é o que permite as práticas de cuidado integrado nas ações de saúde, já que a equipe multiprofissional não pode promover exclusão baseada em idade, gênero, raça ou cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual ou funcional.

Com isso, a adoção de estratégias que permitam minimizar as desigualdades e iniquidades e evitar a exclusão social e a estigmatização de grupos que possam ser impactados por sua situação de saúde encontra respaldo na própria ideia de justiça tributária, um princípio nas Finanças Públicas que visa se aproximar também da equidade de tratamento entre as pessoas. Desse modo, na arrecadação dos tributos, ao prevalecer o imposto direto – cujos contribuintes são os mesmos que arcam com o ônus da respectiva contribuição – tem-se, de forma equivalente, as ações e os serviços disponibilizados na rede, que devem arcar com as estratégias para minimizar desigualdades e evitar exclusão social. Ou seja, a equipe multiprofissional, por meio de suas práticas de cuidado integrado, deverá vigiar para que não haja exclusão social de qualquer espécie (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Os profissionais da enfermagem, ao integrarem a equipe multiprofissional, também podem exercer influência na atividade orçamentária, especialmente por meio do seu Conselho, visando o estabelecimento de estratégias para gerir políticas públicas nas ações e serviços de saúde que convergem no sistema da rede de atenção básica de saúde.

Na área das Finanças Públicas, de onde saem os recursos públicos para serem investidos na área da saúde, há um problema que pode afetar a sociedade como um todo e diminuir a capacidade de investimento dos recursos públicos: ao prever e fixar as despesas dos poderes legislativo, executivo e judiciário, o orçamento público acaba sendo permeado de vários aspectos, como político, judiciário, contábil, econômico financeiro e administrativo, além dos muitos conflitos de interesse. Com o passar do tempo, o orçamento público teve várias evoluções, que são bastante diferentes daquilo que se aplicava no passado, mas ainda permanece numa intensa batalha campal.

A discussão ainda gira em torno do tamanho do Estado, sabendo-se que a perspectiva neoliberal de um Estado mais leve acaba por traduzir-se em ausência. Se, por um lado, a redução da carga tributária causa alívio imediato aos cidadãos, por outro, se os impostos não forem

cobrados, o Estado é obrigado a diminuir os gastos, ficando a sociedade prejudicada por sua ausência. Porém, o excesso de impostos produz uma avalanche de sonegações e desestimula a poupança. Como resultante, “os investimentos desaparecem e o trabalho fica delimitado, a economia fica abalada e o governo é levado a tomar decisões que, às vezes, não são muito aceitas pela sociedade em geral.” (NAZARENO, 2010, p. 32).

Nesse caso, não se pode negar o fato de que o Estado, desprovido de recursos públicos, termina por diminuir seus investimentos em políticas públicas, o que incidirá diretamente na qualidade dos serviços esperados pela sociedade. Contudo, a questão não é apenas financeira, mas também de gestão. A conjunção dos princípios e das diretrizes da PNAB apontam na direção de uma descentralização por meio de pequenas unidades, dinâmicas e eficazes. Assim, sabe-se que é no Plano Municipal de Saúde que as medidas do financiamento da Atenção Básica devem se materializar de forma tripartite, com detalhamento do plano local garantido nos instrumentos especificados nos Planos Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS.

O financiamento das ações de Atenção Básica depende, assim, de um amplo e complexo sistema a ser definido pela política tributária, que promove a arrecadação dos recursos que serão convertidos em serviços. Nesse aspecto, o Estado apresenta uma função econômica importante, devendo o financiamento federal para as ações da Atenção Básica ser composto por: a) recursos *per capita* que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos; b) recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para municípios que implantarem as equipes de Saúde da Família (eSF), de Atenção Básica (eAB), de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde das Famílias Fluviais (eSFF), de Saúde das Famílias Ribeirinhas (eSFR) e do Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde; c) recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços; d) recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Esse cenário expressa uma complexidade de detalhamentos procedimentais para que recursos da esfera federal possam chegar até as equipes de Atenção Básica, coordenadas por enfermeiros. Porém, vale ressaltar que todo esse caminho que os investimentos públicos precisam percorrer segue uma política de finanças, em que “todas as questões sobre eficiência e eficácia de serviços e programas públicos apresentam oportunidades de reforma” (DUTRA, 2011, p. 101). Nesse sentido, tem-se que a previsibilidade de recursos é afetada pelas alterações

realizadas na formulação e na execução do orçamento no Brasil, já que a ênfase ainda está nos processos e na legalidade (DUTRA, 2011). Com isso, a gestão das finanças públicas transcorre quase que em meio a uma romaria, até que se torne gasto público efetivo para a área da saúde, como será visto a seguir.

3.2.1 A romaria do credenciamento dos serviços da ABS na estrutura social

O momento do credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica coloca na cena política o papel importante que o Estado tem para o desenvolvimento social. Esse credenciamento, normatizado pela PNAB, conforme a Portaria MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, constitui uma etapa estratégica por representar a oportunidade de se fazer a gestão de políticas públicas, pois, para se credenciar, é necessário apresentar uma proposta de projeto de credenciamento, que deve estar alinhado com os princípios e as diretrizes da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, trata-se de numa participação realmente efetiva nos conselhos, ou seja, no Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal. Nesse espaço democrático, instituições como o COFEN podem vislumbrar um real protagonismo capaz de redefinir o seu papel na gestão das políticas públicas, sobretudo na atenção básica.

Nesse sentido, atuar na promoção da saúde como parte importante das atribuições dos profissionais da enfermagem representa o momento oportuno para fazer parte da gestão das políticas públicas e da inter-relação entre saúde e sociedade, de forma mais ampla. Aliás, a teor do que estabelece o art. 2º da Resolução nº 311/2007 do COFEN, “o profissional de enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população.” (COFEN, 2007).

Ainda que burocraticamente, o projeto de credenciamento envolve instituições como o COFEN, o Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal e dos Estados, que têm o papel de aprovar a proposta do projeto de credenciamento das equipes que irão atuar na ABS. Com isso, os trâmites institucionais que fazem parte da atuação do COFEN e dos Conselhos, que envolvem também o Ministério da Saúde e outras instituições, acabam por compor um verdadeiro mosaico de estruturas sociais que determina a elaboração da gestão de políticas públicas voltadas para a ABS.

Dessa forma, instituições diversas vinculadas à promoção da saúde, entre elas o COFEN passam a articular interesses, numa trama de estruturas sociais concatenadas, em que a política nacional detém o controle e a execução das possibilidades de obtenção de recursos. Assim,

pleitear o recebimento de incentivos financeiros e a disponibilidade orçamentária envolve, no caso do COFEN, o papel de participar e ter cadeira nos órgãos decisórios, como nos conselhos de saúde, na Conferência Municipal de Saúde, no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entre outros, cujos objetivos, enquanto órgãos colegiados, abarcam tanto a atuação, em caráter permanentemente e deliberativo, na formulação de estratégias, quanto o controle da execução da política de saúde, principalmente em seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990).

Portanto, após passar por todas essas estruturas sociais de controle é que as equipes que atuam na atenção básica poderão, enfim, receber seus incentivos financeiros. Para o recebimento, os Municípios deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e a execução das atividades. O não cumprimento dessas medidas por parte das equipes implicará a suspensão do repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal. Desse modo, o desempenho da gestão e a atuação das equipes tornam-se fatores que influenciam diretamente no repasse de recursos para a ABS, o que a coloca em ligação direta com as finanças públicas do Estado, conforme preceitua a PNAB (BRASIL, 2017).

Cabe destacar que a PNAB, criada por meio da Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e revisada pela Portaria MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, define a organização em redes como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017). Porém, nesse contexto jurídico-normativo, a inserção das equipes que irão atuar na efetivação da ABS – como os profissionais da enfermagem, que visam, sobretudo, promover saúde, e não apenas assistência – acaba por inscrever o COFEN como a principal categoria profissional nessa rede, respaldada por aqueles que atuam na ponta, para influenciar a superação de compreensões simplistas, as quais impedem que a saúde seja vista a partir de suas múltiplas determinações e que, por isso mesmo, colocam sobre o COFEN a responsabilidade de atuar rompendo paradigmas nessa área, a qual exige muito mais do que uma “romaria” burocrática que as estruturas governamentais subscrevem para esse órgão.

Para tanto, é preciso considerar que nessa relação de serviços ofertados na Atenção Básica (cujos profissionais na área de frente são os enfermeiros e os técnicos em enfermagem representados pelo COFEN), a equipe de enfermagem configura-se como uma ponte de diálogo fecundo entre a construção das respostas para as demandas e necessidades das pessoas que procuram os serviços do sistema de saúde.

Nesse ínterim, o COFEN, como responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, encontra seu papel ou mesmo o redesenha, não apenas em suas funções administrativas¹³, por serem autarquias vinculadas ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (BRASIL, 1973) e órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e demais serviços. Significa dizer que, por ter jurisdição em todo o território nacional e sede na capital da República, seu papel e alcance tornam-se estratégicos na promoção de avanços na gestão de políticas públicas para a ABS.

Uma vez que o COFEN tem ampla inserção na estrutura social do território nacional, deve exercer uma função igualmente ampla, para além de suas atribuições disciplinadoras e técnicas. Isso é particularmente importante para as pretensões de fazer do SUS um sistema de atendimento universal e sem discriminação e exclusão social. Nesses processos de constante estruturação pela qual passa a sociedade, o COFEN pode tornar-se um órgão propositivo, ao ensejar também um protagonismo em um ambiente político, já que são as equipes de profissionais compostas por enfermeiros e demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem que estão na porta de entrada nos serviços de Atenção Básica.

Partindo desse contexto de exposições até aqui tecidas, e considerando: (i) que a trajetória de reconstrução de questões relacionadas à saúde coletiva, à organização social, por meio da recuperação de informações relativas aos inúmeros movimentos institucionais e políticos, rotineiramente imersos em emaranhados burocráticos em meio a crises de diversas naturezas, nunca é um caminho fácil; (ii) o papel fundamental da equipe de enfermagem na prestação de serviços de saúde; (iii) que é justamente nos momentos de crise que o sistema de saúde é mais exigido; e (iv) o atual quadro pandêmico¹⁴, a questão norteadora que surge é: como a área da enfermagem enfrenta as crises na Atenção Básica de Saúde?

¹³ As atribuições do COFEN são definidas na Lei nº 5.905/1973. Como órgão técnico, o COFEN tem um papel importante no dimensionamento de pessoal de enfermagem e nas demais normativas técnicas de funcionamento dos serviços de enfermagem.

¹⁴ Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. O termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A designação reconhece que, no momento, existem surtos de Covid-19 em vários países e regiões do mundo. Até o momento de conclusão dessa pesquisa (outubro/2022), o quadro pandêmico permanece e o vírus SARS-CoV-2, causador da Covid-19, vitimou, aproximadamente, 6.532.007 pessoas em todo o Planeta, sendo que, pelo menos, 686.036 desses óbitos ocorreram no Brasil.

4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

4.1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa adota uma abordagem analítica de textos científicos, levando-se em conta o que propõe Severino (2013):

A pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos. (SEVERINO, 2013, p. 106).

Nesse sentido, a presente pesquisa, de base qualitativa, foi realizada mediante o levantamento de registros científicos disponíveis, nos quais foram identificadas categorias teóricas trabalhadas por vários autores da economia institucional aqui apresentados e abordadas diferentes dimensões presentes na dinâmica das instituições, buscando refletir sobre suas perspectivas para a elaboração de novos sentidos para o COFEN em seu papel de instituição e atuação no processo social. Além da base científica, foram analisados documentos oficiais, diretrizes nacionais, decretos, emendas constitucionais e portarias nos sites oficiais do governo federal, compondo o referencial teórico e fornecendo subsídios para o alcance do objetivo proposto, qual seja, o de apontar novos contornos para o COFEN como órgão propositivo que atue como protagonista em um ambiente político. A pesquisa documental foi realizada em documentos digitais, disponibilizados nos sites oficiais.

A partir disso, Giddens (1997), com o conceito de “Estrutura Social” e “Reflexividade”, ajudou-nos a entender e analisar como o COFEN, uma das principais instituições vinculadas ao serviço de enfermagem, inscreve-se numa natureza de relações sociais na condição de partícipe da estrutura da sociedade, e, a partir do conceito de reflexividade, compreender essa instituição partindo da necessidade de ampliar seu papel em conexão com a atuação do enfermeiro nos serviços de ABS sob uma perspectiva interdisciplinar na busca de melhor entender a dimensão institucional que o COFEN precisa empreender.

Na pesquisa bibliográfica, identificamos referenciais teóricos que elucidaram as bases da economia institucional que, por sua vez, possibilitaram o entendimento acerca da dinâmica das instituições. Buscou-se, em seguida, estabelecer uma aproximação dessa perspectiva com a dimensão em que a instituição COFEN se insere. Utilizando-se ainda dos conceitos de

reflexividade, de modernidade reflexiva e de estruturas sociais, foi possível identificar e apontar os dilemas e as análises de autores acerca das relações que envolvem a PNAB, o COFEN e a Política de Finanças nos Gastos Públicos.

A partir desses conceitos, foram desenvolvidas análises que permitiram algumas reflexões, visando responder qual seria o papel do COFEN como Conselho fiscalizador no âmbito da enfermagem para o enfrentamento das crises na saúde, analisando de que forma ele pode impulsionar esses profissionais a desempenhar funções que extrapolem as já desempenhadas, enquadrando essa perspectiva nas discussões que envolvem a dinâmica das instituições.

Quanto aos objetivos, a pesquisa é de base inicialmente exploratória, buscando levantar informações sobre o COFEN, a PNAB e o modelo de gestão no financiamento público brasileiro, bem como discussões acerca da dinâmica das instituições (Economia Institucional) com vistas a melhor compreender o COFEN como uma instituição em movimento. Desse modo, delimitou-se o campo de análise da pesquisa, mapeando como o papel do COFEN poderia ser analisado em seus desdobramentos enquanto instituição. Na sequência, a pesquisa bibliográfica passou a receber tratamento voltado para um eixo explicativo nos aspectos que envolviam a gestão pública de Atenção Básica em suas conexões com o COFEN, enquadrando-o nas discussões sobre a dinâmica das instituições pelo viés da economia institucional.

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise das fontes bibliográfica e documental da reflexão teórica, foram utilizados livros e artigos. A bibliografia como técnica tem por objetivo a descrição e a classificação dos livros e documentos similares. Segundo critérios (tais como autor, gênero literário, conteúdo temático), procedeu-se à análise a partir da classificação dos livros. Dessa técnica bibliográfica especial, a escolha das obras foi criteriosa, retendo apenas aquelas que interessavam especificamente ao assunto tratado nesta pesquisa. Inicialmente, foi feita a análise em obras especializadas por meio do levantamento das publicações restritas às áreas determinadas pela pesquisa, o que facilitou e enriqueceu sobretudo o levantamento das fontes documentais que se seguiu.

Nesse sentido, alguns *sites* oficiais de grande importância permitiram que as análises da pesquisa explicativa fosse efetivada, como, por exemplo, o sítio da Capes, do MEC, do COFEN, entre outros. Outro exemplo é o *site* <www.bireme.br>, que integra o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, criado pela Organização Pan-Americana de

Saúde (OPAS). ele sistematiza e divulga informações técnico-científicas na área da saúde, incluindo uma biblioteca virtual com um banco de dados.

Outra técnica utilizada para a análise dos dados nesta pesquisa foi o estabelecimento de uma unidade de leitura dentro das fontes bibliográficas. Após esse processo, ia-se concluindo o raciocínio global da fonte o qual era refeito e reduzido a uma forma sintética. Todas as fontes bibliográficas selecionadas foram submetidas à técnica de análise textual. Essa técnica, para Severino (2013, p. 48), “pode ser encerrada com uma esquematização do texto cuja finalidade é apresentar uma visão de conjunto da unidade. O esquema organiza a estrutura redacional do texto que serve de suporte material ao raciocínio”.

Após a conclusão da análise textual, o penúltimo procedimento foi a análise temática, por meio da qual procurou-se “ouvir o autor, apreender, sem intervir nele, o conteúdo de sua mensagem. Praticamente, trata-se de fazer ao texto uma série de perguntas, cujas respostas fornecem o conteúdo da mensagem.” (SEVERINO, 2013, p. 49). A partir dessas perguntas que eram feitas ao texto lido, os conteúdos da mensagem iam fluindo e sendo devidamente anotados em fichas de resumo crítico. Desta forma, a argumentação ganhou corpo e evidenciou posições adotadas para entender e analisar o papel que área da enfermagem tem no enfrentamento das crises de saúde, particularmente, na Gestão de Políticas Públicas de Atenção Básica.

Por último, partindo das fontes bibliográficas – tendo em vista que não se fez pesquisa de campo devido ao fato de a pandemia de Covid-19 afetar qualquer possibilidade de estar em campo de forma segura –, seguiu-se com o procedimento da análise interpretativa como forma de analisar os dados. Essa técnica consiste em:

Interpretar, em sentido restrito, é tomar uma posição própria a respeito das ideias enunciadas, é superar a estrita mensagem do texto, é ler nas entrelinhas, é forçar o autor a um diálogo, é explorar toda a fecundidade das ideias expostas, é cotejá-las com outras, enfim, é dialogar com o autor. (SEVERINO, 2013, p. 51).

E assim foi feito, quando se propôs, no Capítulo III, “refazer o que já está feito na continuidade da práxis”, conforme proposto por Giddens (2012), buscando superar a estrita mensagem do texto, com vistas a demonstrar que o COFEN, ao representar a categoria de profissionais de enfermagem imersos nos serviços de ABS, agregaria outro sentido, outro papel às suas funções, como parte de uma estrutura social e instituição vigente na sociedade, pautando-se não mais na continuidade da velha práxis, mas buscando uma nova que fosse remodelada pela recomposição de novas subjetividades capazes de emergir da autoconfrontação entre os enfermeiros que atuam nos serviços de ABS e sua condição de filiados no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) numa perspectiva da interdisciplinaridade, como propõem os institucionalistas contemporâneos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 AÇÕES INTRA E EXTRAINSTITUCIONAIS EM TEMPOS DE CRISE

Para analisar as principais ações de uma categoria profissional em determinado contexto social, é imprescindível a observação dos movimentos institucionais, que fornece um panorama amplo que pode revelar muito do que acontece na rotina dos inúmeros membros que compõem essa classe. Assim, mantendo o foco no movimento institucional da enfermagem, fundamentalmente por meio dos conselhos, em particular o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e na sua dinâmica enquanto instituição, partimos, nesta seção, para o exame das ações coletivas das equipes de enfermagem na prestação de serviços de saúde. Como recorte, são investigadas aqui as ações institucionais desenvolvidas em um dos momentos mais críticos da história brasileira, o grave e atual quadro pandêmico de Covid-19, destacando-se as ações do COFEN entre os anos 2020 e 2021.

Para essa análise, tomou-se por base o “Relatório de Gestão no Período da Pandemia de Covid-19” (COFEN, 2021), que consolida todas as ações desenvolvidas pelo Conselho no trato da crise sanitária em questão. Deste documento, destacam-se dois principais grupos de ações: a edição de “Portarias” e as “Ações Institucionais”.

Essas ações foram arroladas cronologicamente no Quadro 2, a seguir, sendo identificadas pelo tipo de ação e número de origem, por uma descrição breve de cada ação, na forma como apontado no documento do COFEN, e, para que se possa ponderar a respeito da efetividade dessas ações, por uma avaliação de impacto acrescida pela autora, classificando as ações em uma escala “intra” ou “extrainstitucional”, em razão do alcance de cada uma delas.

Quadro 2 – Ações principais do COFEN no enfrentamento da pandemia de Covid-19

Data	Ações	Descrição	Avaliação de Impacto Institucional	
			Intra	Extra
31/01/2020	Portaria nº 063/2020	Designar os membros da CTAS para realizar reunião extraordinária na sede do COFEN a fim de tratar da situação do coronavírus no País, nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2020, em Brasília-DF		X
12/03/2020	Comunicado	Publicação de nota de esclarecimento sobre o Coronavírus (Covid-19)		X
16/03/2020	Portaria nº 251/2020	Constitui Comitê Gestor de Crise (CGC), no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, com o objetivo de baixar recomendações e estratégias de atuação emergenciais, considerando as previsões do Ministério da Saúde e das autoridades sanitárias		X
18/03/2020	Comunicado	Estabelece medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo novo Coronavírus (Covid-19), voltadas aos colaboradores do Sistema Cofen/Conselhos Regionais	X	
19/03/2020	Comunicado	Cartilha sobre Recomendações Gerais para organização dos serviços de saúde e das equipes de Enfermagem / Elaboração de Formulário de		X

		levantamento Situacional de Riscos Relacionados à Covid-19, para uso dos Enfermeiros Fiscais em inspeções às Instituições		
19/03/2020	Comunicado	Suspende por sessenta dias, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, todos os prazos processuais previstos no Código de Processo Ético-Disciplinar da Enfermagem	X	
20/03/2020	Comunicado	Prorrogado por 120 dias o prazo para pagamento das anuidades devidas pelas pessoas físicas e jurídicas inscritas nos Conselhos Regionais de Enfermagem	X	
20/03/2020	Comunicado	Cofen publica diretrizes para serviços de Enfermagem frente a Covid-19. As orientações incluem a formação de uma equipe de resposta rápida, definição de pontos de recepção específicos para pacientes com sintomas respiratórios e outras medidas para adequar a assistência de Enfermagem à crise e trazer mais segurança aos profissionais		X
24/03/2020	Comunicado	Altera, em caráter excepcional, os processos administrativos de atendimento ao profissional, referentes ao registro de títulos, concessão de inscrição, inscrição remida, suspensão de inscrição, cancelamento e reinscrição, inscrição secundária, substituição e renovação da carteira profissional de identidade e transferência de inscrição / Normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem nas conversas modalidades de atendimento móvel	X	
24/03/2020	Comunicado	Lançamento da campanha “Proteger a enfermagem é proteger a saúde do Brasil”		X
25/03/2020	PAD 448/2020 – OE 14	Aquisição Emergencial de EPI (máscaras N95/PPF2) e doação aos Conselhos Regionais de Enfermagem, envolvendo os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde na logística de distribuição		X
25/03/2020	Comunicado	Cofen publica nota sobre o pronunciamento do Presidente da República, Jair Bolsonaro, na qual lamenta o pronunciamento deste de 24/03/2020, que incentivou a população a desconsiderar as diretrizes de isolamento social fundamentais para conter a pandemia de Coronavírus (Covid-19)		X
26/03/2020	Resolução nº 634/2020	Autoriza e normatiza o serviço de teleconsulta de enfermagem		X
26/03/2020	Comunicado	Disponibiliza canal 24h para ajuda emocional a profissionais de enfermagem no Portal do Cofen	X	
27/03/2020	Resolução	Cofen adota as medidas jurídicas cabíveis contra a Medida Provisória nº 927, que altera as relações de trabalho, permitindo a ampliação da jornada dos profissionais de Saúde por até 24 horas e as reduções do tempo de descanso para 12 horas, e da proteção trabalhista durante a pandemia	X	
30/03/2020	Comunicado	Cartilha sobre Orientações sobre colocação e retirada dos EPIs.	X	
16/04/2020	Resolução	Convênio com o Banco do Brasil para obtenção de benefícios para os profissionais de enfermagem	X	
22/04/2020	Resolução	Contratação de empresa especializada no fornecimento e aplicação de Vacina Influenza Trivalente, para aplicação no âmbito do Conselho Federal de Enfermagem	X	
25/04/2020	PAD 2687/2016	Contratação de Serviços de Publicidade – Acréscimo no contrato para atender demanda de campanhas relacionadas à Covid-19		X
30/04/2020	Resolução	Oficia ao Ministério da Saúde a requisição de EPI, de contratação emergencial de profissionais de enfermagem de profissionais de enfermagem, bem como a aquisição de equipamentos, insumos e materiais		X
29/05/2020	Portaria 306/2020	Aprovar o novo Plano de Contingenciamento elaborado pelo do Comitê Gestor de Crise (esse Plano passou por diversas atualizações ao longo do período analisado)		X
01/05/2020	Resolução	Cofen aciona MPF contra agressores da Praça dos Três Poderes		X
08/05/2020	Resolução – 639/2020	Dispõe sobre as competências do Enfermeiro no cuidado aos pacientes em ventilação mecânica no ambiente extra e intra-hospitalar	X	
01/06/2020	Comunicado	Cofen publica nota sobre Práticas Integrativas e Complementares		X
02/06/2020	Resolução	Após fiscalizações, conselhos direcionam 4.533 denúncias a órgãos governamentais		X
10/06/2020	Comunicado	Cofen publica parecer sobre segurança das seringas autorretrateis		X
15/07/2020	Resolução	Cofen certifica Hospitais de Referência para tratamento de Covid-19		X
13/08/2020	Portaria 411/2020	Institui Grupo de Trabalho para apresentar um projeto de criação do Observatório de Enfermagem, com o objetivo de pesquisar as dinâmicas sociodemográficas de interesse dos profissionais de enfermagem residentes no Brasil e na América Latina	X	

31/08/2020	Comunicado	Cartilha orienta sobre amamentação no sistema prisional durante a pandemia		X
04/12/2020	Portaria 783/2020	Atualiza o Plano de Contingenciamento, acrescido da Declaração para Trabalho Presencial (Grupo de Risco)		X
19/01/2021	Comunicado	Cofen publica orientações para a vacinação contra a Covid-19		X
06/04/2021	Resolução	Cofen apura denúncias sobre a vacinação contra a Covid-19		X
16/04/2021	Resolução	Cofen cria Equipe de Resposta Rápida para Covid-19		X

Fonte: elaborado pela autora com dados do Cofen (2021).

As ações institucionais constantes do Quadro 2 foram selecionadas entre aquelas que notadamente teriam sido desenvolvidas pelo próprio Conselho, conforme relatório por ele emitido. Nota-se, numa rápida observação, que as ações institucionais do setor de enfermagem concentraram-se mais intensivamente nos primeiros meses da pandemia. Destaca-se ainda que as primeiras ações efetivas do Conselho no enfrentamento da Covid-19 ocorreram após a caracterização pela OMS de que se tratava de uma pandemia, a despeito das informações da velocidade com que a enfermidade vinha se alastrando, especialmente na Europa.

Diante da impossibilidade de analisar, dentro do escopo desta pesquisa, cada uma das ações institucionais da equipe de enfermagem nesse momento de crise sanitária, optou-se pela avaliação do alcance do impacto das principais ações.

Como era de se esperar de uma instituição com área de atuação de abrangência nacional, dois terços das ações relacionadas tiveram alcance extrainstitucional, envolvendo basicamente órgãos relacionados ao serviço público, notadamente aqueles diretamente ligados ao Ministério da Saúde. Dentro desse campo de ação, destacam-se as comunicações, com a publicação de cartilhas, notas e outras formas de transmissão de informações para a população sobre a forma como lidar com a enfermidade e como prevenir a contaminação.

Deve-se destacar, no entanto, como um dos resultados da observação e análise do documento, que, além da participação no Comitê Gestor de Crise, não há qualquer referência ao estabelecimento de parcerias com conselhos vinculados à saúde, como, por exemplo, o Conselho Federal de Medicina. Aliás, em todo o Relatório não há qualquer ocorrência de expressões como “médico” ou “medicina”. Provavelmente muitas das ações foram realizadas de forma conjunta, mas a ausência de referências ao estabelecimento de parcerias formais, em um relatório consolidado, não deixa de ser um indicativo de certa distância entre os distintos conselhos – uma distância que pode ser vista como substancial e potencialmente nociva no enfrentamento de uma crise de saúde de dimensões pandêmicas.

Outros dois pontos relevantes da pesquisa são observados nas ações de alcance intrainstitucional que, por sua vez, podem ser classificadas em duas vertentes: 1) uma de caráter essencialmente operacional, que abarca ações coordenadas de produção de protocolo; 2) e outra

mais afeita aos aspectos burocráticos do exercício da atividade profissional, no qual se observam ações próprias da institucionalidade.

Outro ponto observado na pesquisa tange aos mecanismos de controle institucionais. Nesse caso, não seria apressada a consideração de que, em momentos de crise aguda, os procedimentos burocráticos são amenizados por meio de medidas de simplificação dos processos. Como um fiel da balança, esse movimento de alívio do peso dos processos burocráticos gera, por certo, alguma instabilidade, ou mesmo insegurança, em razão da celeridade e da efetividade desejadas. Por outro lado, as diversas ações de flexibilização confirmam a existência de oportunidades de melhoria.

5.2 APRIMORAMENTO DAS AÇÕES INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE

A institucionalização dos serviços de saúde é uma realidade incontestável e inevitável. Sendo, ainda, uma atividade profissional essencial para a preservação da estrutura socioeconômica, seu aprimoramento gera benefícios diretos e indiretos para a sociedade. Por estar inserido em uma estrutura legal e institucional de grande magnitude, o serviço de enfermagem enfrenta certa fricção com as estruturas das políticas públicas, desde os cuidados mais rotineiros na ABS até os embates políticos na definição dos caminhos das finanças públicas. Ora, sabe-se o processo de institucionalização é inerente à vida em sociedade, podendo ser visto, inclusive, como um dos eixos de sustentação da estrutura social. Assim, sem um arranjo institucional coeso, coerente, consistente e, até mesmo, convergente, a vida em sociedade torna-se cada dia mais instável. Nesse cenário, os conselhos, sobretudo o COFEN, estão e estarão em contato com inúmeras outras instituições.

Sob esse prisma, ao pensar o modelo de gestão das finanças públicas no Brasil, pode-se seguir, por exemplo, os apontamentos de Dutra (2011), que trazem uma rota de enfrentamento da alta hierarquia, tanto no ordenamento jurídico quanto na burocracia executiva, nos modelos de gestão financeira em estados e municípios, que “são muito parecidos em termos institucionais e procedimentais com o governo federal.” (DUTRA, 2011, p. 72). Não é novidade o fato de que o Brasil se apresenta, paradoxalmente, como um país com expressivo potencial socioeconômico, estando entre as dez maiores economias do mundo e, ao mesmo tempo, como

um país com baixa produtividade em muitos setores, não sendo diferente no campo da saúde (OMS, 2022).¹⁵

As diversas instituições, incluindo os Conselhos de Enfermagem, enfrentarão questões-chave a respeito dos baixos números dos diversos setores da economia brasileira. Dutra (2011) argumenta que há três aspectos que os justificariam: 1) altas taxas de juros; 2) alta carga tributária; 3) baixa qualidade do gasto público. Nesta pesquisa, para fins de análise, nos concentramos no terceiro aspecto.

Nas falhas existentes na concepção, na execução e no controle de políticas públicas de investimentos, especificamente na área da saúde, verifica-se a existência de um ponto de entrada para se pensar uma atuação institucional de forma mais propositiva e reflexiva, em vez de somente técnico-administrativa, como se tem observado.

É notório na literatura corrente o fato de que a gestão nas finanças públicas é profundamente afetada pelas decisões políticas, o que reflete em nosso Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹⁶ que foi, em 2020, de acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2020 (com base em dados de 2019), de 0,765, estando, portanto, na faixa de alto desenvolvimento, mas que, paradoxalmente, em mais de uma década transcorrida, não empreendeu grandes saltos. No período atual, conforme a plataforma Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, a região Norte, a título de exemplo, na evolução do IDH para as UF, entre 1991 e 2017, apresentava-se um IDH Municipal (IDHM) variando entre 0,698 e 0,752, lembrando que o IDH varia de 0 a 1. Esses indicadores são de grande valia para melhor direcionar a política orçamentária do País, servindo de parâmetro, por exemplo, para ações de mudanças no curso da gestão dos gastos públicos (ATLAS BRASIL, 2020). A suspensão da realização do Censo 2020 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (recenseamento ainda em andamento quando do fechamento dessa pesquisa) interrompeu uma série histórica de coleta de dados socioeconômicos e influenciou indiretamente a produção de diversos índices. Quanto ao IDHM, as instituições envolvidas em sua elaboração trabalharam

¹⁵ Dados publicados pela OMS (2022) revelam que o Brasil superou todos os países europeus em números absolutos de óbitos por Covid-19 e está abaixo apenas de Estados Unidos, sendo seguido pela Índia, locais com uma população muito superior à brasileira. O Brasil tem 212,6 milhões de habitantes, os EUA 329,6 milhões e a Índia 1,38 bilhão.

¹⁶ O IDH serve para medir a qualidade de vida da população servindo para investigar se determinado país é um local onde o cidadão pode se desenvolver plenamente. O IDH mede as questões que envolvem a sociedade como a saúde, educação, expectativa de vida, entre outras questões relevantes, no período das transformações tecnológicas atuais. Esse índice foi criado na década de 1990 pela ONU, pelo trabalho dos economistas Amartya Sen e Mahbub ul Haq, com intuito de investigar a qualidade e condição de vida dos países, para tanto, pode ser fragmentado por países, regiões, estado e até mesmo município (ATLAS BRASIL, 2020).

a partir dos dados disponíveis no banco de dados do IBGE, compondo a Tabela 1 apresentada a seguir:

Tabela 1 – IDHM nas territorialidades brasileiras em 2020

Territórios	Posição IDHM	IDHM	Posição IDHM Renda	IDHM Renda	Posição IDHM Educação	IDHM Educação	Posição IDHM Longevidade	IDHM Longevidade
DF	1	0,824	1	0,873	1	0,742	1	0,863
SP	2	0,783	3	0,845	2	0,719	2	0,789
SC	3	0,774	2	0,86	3	0,697	4	0,773
RJ	4	0,761	6	0,835	4	0,675	3	0,782
PR	5	0,749	8	0,83	5	0,668	6	0,757
RS	6	0,746	4	0,84	8	0,642	5	0,769
ES	7	0,74	6	0,835	6	0,653	7	0,743
GO	8	0,735	9	0,827	7	0,646	8	0,742
MG	9	0,731	5	0,838	9	0,638	11	0,73
MS	10	0,729	7	0,833	11	0,629	9	0,74
MT	11	0,725	10	0,821	10	0,635	10	0,732
AP	12	0,708	11	0,813	11	0,629	14	0,694
RR	13	0,707	12	0,809	12	0,628	13	0,695
TO	14	0,699	15	0,793	13	0,624	15	0,69
RO	15	0,69	14	0,8	16	0,577	12	0,712
RN	16	0,684	16	0,792	15	0,597	16	0,678
CE	17	0,682	15	0,793	14	0,615	23	0,651
AM	18	0,674	13	0,805	19	0,561	17	0,677
PE	19	0,673	17	0,789	17	0,574	18	0,673
SE	20	0,665	19	0,781	20	0,56	19	0,672
AC	21	0,663	20	0,777	21	0,559	20	0,671
BA	22	0,66	18	0,783	22	0,555	21	0,663
PB	23	0,658	18	0,783	22	0,555	22	0,656
PI	24	0,646	20	0,777	23	0,547	26	0,635
PA	24	0,646	17	0,789	24	0,528	24	0,646
MA	25	0,639	21	0,757	18	0,562	27	0,612
AL	26	0,631	22	0,755	25	0,52	25	0,641

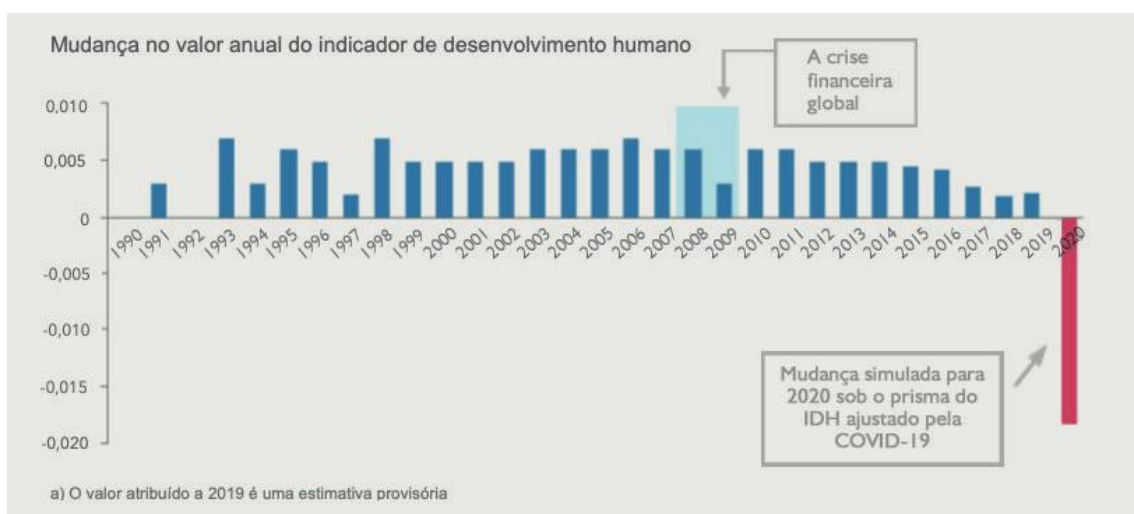
Fonte: Atlas Brasil (2020).

A separação do índice em seus subíndices permite a visualização do peso que a área da saúde tem na composição do IDHM, muito embora, como já analisado, uma perspectiva integral da saúde certamente abarca cada um dos eixos desse índice. No entanto, não se pode ignorar o fato de que as ações institucionais do setor de saúde afetam, mais diretamente, a longevidade. Interessante observar que em quase todos os estados brasileiros os subíndices relativos à longevidade são os que mais se aproximam da média global do IDHM de cada unidade da federação.

Contudo, deve-se considerar que a longevidade em si não contribui de modo significativo para compreender o quadro situacional mais imediato da saúde, notando-se

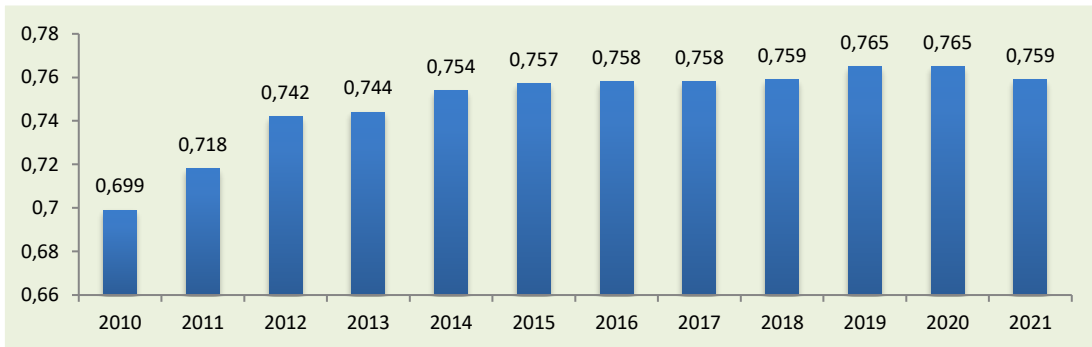
pequenas variações no *ranking* quando observado cada fator do índice. No contexto pandêmico de Covid-19, a OMS e o PNUD, por exemplo, coordenaram um trabalho de elaboração de simulações, por meio do Gabinete do Relatório de Desenvolvimento Humano, construindo projeções baseadas nos dados da União Internacional de Telecomunicações e do Instituto de Estatísticas das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Como era de se esperar, a pandemia influenciou negativamente a construção do cenário global para 2020, como se observa na Figura 1.

Figura 1 – Projeção do IDH Global para 2020/Impacto causado pela Covid-19



Fonte: PNUD (2020).

A curva de evolução do índice revela que as mudanças abruptas são raras, sendo rapidamente identificados os “acidentes” com algum evento pontual que tenha afetado drasticamente a qualidade de vida da população. Sabe-se que a pandemia de Covid-19 desencadeou crises em praticamente todas as dimensões da vida, que estão diretamente atreladas ao desenvolvimento humano. Assim, a Figura 1 projetou uma queda expressiva (concretizada posteriormente) por considerar que a renda média experimentaria redução abrupta em razão da mais importante retração da atividade econômica registrada no século atual, além do número de mortes (que já estava no patamar de 4,5 milhões de pessoas, até setembro de 2021), bem como pelos impactos diretos na educação (com os estudantes fora da escola, e muitos sem o devido acesso ao ensino remoto), agravando as desigualdades existentes. No entanto, no contexto brasileiro, o IDHM também apontou viés de queda, porém, em movimento gradual, como se observa na Figura 2.

Figura 2 – IDHM Brasil até 2021

Fonte: adaptado pela autora com base em dados do Atlas Brasil (2022).

É nesse contexto que, para melhorar a qualidade dos serviços públicos na ABS, como os previstos no PNAB, toda instituição que atua diretamente no setor não deve sustentar posição de neutralidade ante as estruturas sociais que compõem, podendo definir alguns dos rumos do bem-estar social. Nesse sentido, se o Sistema COFEN/Corens permanecer em um papel técnico-administrativo de fiscalização, não ajudará a enfrentar uma realidade que precisa efetivamente melhorar os degraus no *ranking* das melhores condições de vida em sociedade.

O real papel que estruturas sociais na sociedade, como o COFEN, podem ter estará irremediavelmente comprometido, particularmente no que se refere à sua ação como agente potencial de mudanças. Alargar, portanto, a atribuição dos profissionais de saúde em direção ao exercício de controle social dos gastos públicos, enquanto estrutura integrante da sociedade, pode representar um meio de garantir as possibilidades de também influenciarem na gestão de políticas públicas para a Atenção Básica. Para tanto, deve-se sair de um posicionamento de neutralidade adotado em suas funções burocráticas intrainstitucionais para uma postura política declarada, não partidária, mas em busca de comprometer-se cada vez mais com as demandas que a ABS imprime na agenda governamental.

Trabalhar com uma agenda de demandas para serem incorporadas e transformadas em políticas públicas que se tornem pauta permanente nas relações entre as respectivas instituições imbricadas no tema da saúde seria um primeiro passo importante, visando mudanças nesse cenário, que urge por melhor entendimento entre recursos orçamentários e financeiros e metas de governo. Para tanto, os diálogos extrainstitucional entre os diversos conselhos federais e intra-institucional, travado entre os conselhos regionais, seriam fundamentais.

Nas instituições representativas, por serem órgãos de regulamentação e desenvolverem funcionalidades técnicas no elenco de suas atribuições¹⁷, poderiam ser incorporadas novas

¹⁷ As atribuições do COFEN são definidas, como já dito, na Lei nº 5.905/1973 e estão voltadas, basicamente, para a gestão intrainstitucional e para a regulação externa do exercício da atividade profissional da enfermagem.

atribuições que permitam aos profissionais da enfermagem e de serviços coligados que atuam na ABS verbalizar problemas os efetivos que vivenciam no trato da saúde.

Apenas à guisa de exemplo, para se compreender o aspecto prático dessas análises, pode-se transformar alguns dos resultados desta pesquisa em ação prática. Assim, sob a supervisão de uma espécie de Comitê Gestor de Aprimoramento Institucional – cujos integrantes seriam requisitados de cada setor chave do Conselho, os quais estariam em permanente contato com cada um dos setores internos –, seria possível propor ações inovadoras, tais como:

Quadro 3 – Proposta de Ações de Aprimoramento Institucional

Ação	Objetivos	Resultados esperados
Parcerias Institucionais	Estabelecimento de parcerias com conselhos vinculados à saúde com definição de protocolos para enfrentamento de crises sanitárias epidêmicas ou pandêmicas	Parceria firmada com o Conselho Federal de Medicina
Consolidação do conhecimento	Ações coordenadas de produção de protocolo a partir do fluxo de informações relativas às melhores práticas	Elaboração e divulgação de novos protocolos em momentos de crise
Desburocratização	Redução dos aspectos meramente burocráticos do exercício da atividade profissional	Simplificação dos processos

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Os exemplos apontados advêm da observação das principais ações desenvolvidas pelo COFEN no contexto pandêmico atual, tanto com o alcance intrainstitucional quanto extrainstitucional, e trazem propostas de modificações nos mecanismos de controle para a crise enfrentada. Com isso, reitera-se que, em momentos de crise aguda, os aspectos mais burocráticos são diretamente atingidos pela necessidade de aprimoramento e de simplificação. Na dimensão reflexiva, da forma como apontado quando da revisão dos apontamentos de Giddens (2012)¹⁸, os profissionais de saúde podem refletir sobre sua situação interna, em análise constante de aprimoramento, bem como ampliar essas ações para o contexto macro, ou

¹⁸ Anthony Giddens é um autor que faz estudos na área da vida social contemporânea e cunhou o termo “Modernidade Reflexiva” em sua obra “Modernização reflexiva”. Em seus estudos, debruçou-se sobre as transformações do mundo atual, o processo de crise e as suas consequências. Acentua a ideia de que vivemos em um mundo cada vez mais reflexivo, que estimula a crítica ativa e autoconfrontação.

seja, abarcando o aspecto social, a realidade social do contexto em que vivem e, a partir dessa reflexão, fazer ou criar novas legislações ou mesmo alterar as vigentes.

O conceito de reflexividade é importante para que se possa entender a atuação dos enfermeiros ao exercerem suas funções na ABS, visando oferecer um panorama de conjunturas de situações-problema encontradas nos serviços de atendimento à saúde que aqueles vivenciam em campo para, com isso, propor possíveis soluções que possam apoiar tanto o debate quanto o planejamento da gestão de políticas públicas na condução dos serviços da ABS. Para que isso possa acontecer no campo da enfermagem, por exemplo, o COFEN deveria ser um órgão que garantisse essa representatividade e legalidade, na condição de um espaço de escuta e de fala possível para esses profissionais.

Isto porque, na perspectiva atual do modelo de institucionalização, o COFEN, por exemplo, ao se colocar apenas como um órgão de regulamentação, pode estar contribuindo para reproduzir sistemas sociais injustos, o que é contrário à sua própria natureza ou mesmo à sua atribuição legal, e com isso passar a exercer uma influência coercitiva sobre a ação dos profissionais da enfermagem.

Uma evidência disso pode ser observada nas críticas que Manoel Neri apontou, quando presidente do COFEN ao Conselho Federal de Medicina (CFM) em que destacou o fato de que “A saúde perde com restrição à atuação da enfermagem”. Ele explicou ainda que o CFM, ao limitar a ação de enfermeiros e enfermeiras, acaba também promovendo prejuízos para o SUS (REVISTA NURSING, 2017). A fala remonta a uma crítica contundente ao cooperativismo médico, que impede que os enfermeiros e enfermeiras possam agir no atendimento e, por essa razão, são causados prejuízos assistenciais, o que é incompatível com os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica (REVISTA NURSING, 2017)¹⁹. O que o CFM Federal é uma concessão da tutela antecipada, baseada em uma antiga Lei do exercício profissional que já foi superada que limita a ação e atuação do enfermeiro na atenção básica.

Cabe mencionar, nesse ponto, que o CFM reivindicou, em uma ação movida contra a União em 2017, a suspensão da Portaria nº 2.488 de 2011, que prevê no escopo de trabalho das enfermeiras e dos enfermeiros a realização de “Consulta de Enfermagem, procedimentos, atividades em grupo”, além de outros protocolos. Essa ação foi vista pelo COFEN como um cerceamento da atividade profissional do enfermeiro na área da atenção básica de saúde que busca, no contexto contemporâneo, afirmar uma identidade profissional baseada no cuidado e no protagonismo. O COFEN, assim, colocou-se em oposição clara ao fato de o corporativismo

¹⁹ Íntegra da entrevista na página oficial do COFEN (<http://www.cofen.gov.br/>), matéria “Saúde perde com restrição da atuação da enfermagem”, de 14 de novembro de 2017.

médico não poder estar acima da saúde pública. Nesse caso, a coerção estrutural proposta por Giddens (2012) se verifica, nesse caso específico, em um órgão de regulamentação que se opõe a outro, o que torna a questão ainda mais sensível. Isso reafirma o que o autor propõe em relação às propriedades estruturais da sociedade e as influências coercitivas sobre a ação²⁰. Ele defende que o papel do indivíduo não é apenas o de mero apêndice das estruturas que compõem a sociedade. Com uma ação compatível com a reflexão e a recomposição das subjetividades, todas as sociedades devem ser sistemas sociais constituídos pela interseção de múltiplos sistemas estruturais. “Estes podem ser totalmente ‘internos’ às sociedades ou transpor as linhas divisórias entre o ‘interior’ e o ‘exterior’, formando uma diversidade de possíveis modos de conexão entre totalidades sociais e sistemas intersociais.” (GIDDENS, 2012, p. 34).

Assim, com base nas ideias de Giddens, a categoria dos profissionais de enfermagem que atuam nos serviços da ABS, empreendendo sua ação social no processo em questão, devem colocar em ação seus processos de reflexividade.²¹ Ao fazer isso, recompõem-se as subjetividades em meio às relações existentes nos modos de conexão entre totalidades sociais e sistemas intersociais, os quais integram suas relações com os indivíduos alvo da ABS.

Para que isso se torne realidade, o COFEN precisa aderir a essa modernidade reflexiva a que Giddens (2012) se refere, como uma forma crítica e ativa de autoconfrontação. Portanto, por meio da autoconfrontação as equipes profissionais podem refletir seus contextos e os problemas advindos das dificuldades, bem como as possíveis soluções que encontram para otimização dos serviços de ABS e, com isso, de forma crítica, fazer a recomposição de suas subjetividades, podendo fomentar um debate mais qualificado, no concerne ao planejamento e gestão de políticas públicas na saúde²², sem que para isso uma tenha que tentar anular a atuação da outra.

Deste modo, na perspectiva giddeana, refazer o que já está feito na continuidade da práxis é o único objetivo movente em relações sociais humanas, pois são os agentes individuais que empregam recursos para fazer as coisas acontecerem intencionalmente ou não (GIDDENS,

²⁰ Giddens (2012) chamou de “coerção estrutural” aquela que opera independentemente dos motivos e razões dos agentes; com isso, “compele-se” o indivíduo para que se comporte de um modo particular. O estudo de conjuntos estruturais, ou estruturas, envolve o isolamento de distintos “grupos” de relações responsáveis pela transformação e pela mediação. Para Giddens (2012), o conceito de estrutura pode ser usado de um modo técnico e de um modo mais geral. Entendida como regras e recursos, a estrutura está repetidamente subentendida na reprodução de sistemas sociais.

²¹ “A reflexividade social diz respeito a uma sociedade em que as condições em que vivemos são cada vez mais o resultado de nossas próprias ações, e, inversamente, nossas ações vivem cada vez mais a administrar ou enfrentar os riscos e oportunidades que nós mesmos criamos” (GIDDENS, 2012, p. 20).

²² As sociedades humanas, ou sistemas sociais, não existiriam, em absoluto, sem a agência humana. Mas não se trata de que os agentes, ou autores, criam sistemas sociais. Eles os reproduzem ou transformam, refazendo o que já está feito na continuidade da práxis. (GIDDENS, 2012, p. 24).

2012). Assim, o COFEN, representando a categoria de profissionais de enfermagem imersos nos serviços da ABS, agregaria outro sentido, outro papel às suas funções, enquanto estrutura social vigente na sociedade, pautada na continuidade não da velha práxis, mas de outra nova, remodelada pela recomposição de novas subjetividades que emergiriam da autoconfrontação, resultante das relações dos sistemas intersociais vivenciados nos serviços de saúde.

Tudo isso, por óbvio, sendo pautado pelo diálogo necessário entre as instituições diretamente relacionadas com a questão da saúde, que, por meio de sua representatividade, particularmente nos Conselhos Municipais de Saúde, apresentariam o que foi feito na continuidade da práxis, dentro das relações travadas nos serviços da ABS efetivada pelos enfermeiros. Assim, essa práxis refeita através da ação reflexiva do enfermeiro que atua nos serviços da Atenção Básica imprimirá muito mais objetividade e foco nos reais problemas que perpassam a saúde, orientando gastos públicos e permitindo a recomposição das subjetividades, fazendo emergir uma gestão de políticas públicas muito mais eficiente e menos tecnicista²³.

Partindo disso, e ampliando seu raio de atuação, o COFEN agregará em suas práticas um papel que estimula a crítica ativa e a autoconfrontação, enquanto mecanismo que valoriza a ação social dos enfermeiros e usuários inseridos nos serviços da ABS no SUS.

Dito de outro modo, a ação social presente nos sistemas intersociais, que evidencia uma ação compatível com a reflexão e a recomposição das subjetividades, precisa alcançar maior institucionalidade para tornar-se uma protagonista que apresenta suas demandas e denuncia as contradições. Cabe ao COFEN garantir essa institucionalidade aos grupos que operam pelo viés da ação social e, portanto, rever sua prática e seu papel enquanto estrutura social, enquadrada no princípio da modernidade reflexiva, como propôs Giddens (2012), onde o papel do indivíduo não seja apenas um apêndice das estruturas que compõem a sociedade.

Tendo em vista que o enfermeiro é responsável pela coordenação da equipe e a assistência direta da população, suas experiências nos serviços de saúde o colocam em uma posição estratégica para um diálogo mais profícuo na elaboração de um modelo de gestão de políticas públicas na ABS que contemple um trabalho inter e multidisciplinar, bem como evidenciam sua real importância no contexto do cuidado com a saúde da população brasileira.

²³ Como bem frisou Cohn (2011, p. 8), “a ênfase analítica como algo que há tempos vem sendo objeto de preocupação de gestores e pesquisadores da área social: o que é apontado como uma crescente ‘despolitização’ da sociedade frente às políticas públicas, tendo como contrapartida – não em uma relação de causa e efeito imediata, obviamente – uma crescente tecnificação das políticas públicas, em detrimento da sua dimensão social e política no processo de tomada de decisões.”

Esse cenário reflete a problemática existente, como modalidade estatal de produção de serviços, que envolve o necessário e o adequado papel que o COFEN deve cumprir nos temas da cidadania e da saúde, no tocante às políticas de gestão destinadas para a ABS, conforme pode-se evidenciar no documento da prática da enfermagem, o Código de Ética dos profissionais de enfermagem, instituído pela Resolução nº 311/2007 do COFEN. Isso posto, diagnosticar e tratar os problemas envolvendo a ABS é necessário e urgente, visando promover educação e construção da cidadania.

Deste modo, implementar as condições ideais para o exercício pleno de suas atribuições e o verdadeiro reconhecimento e respeito à essencialidade e imprescindibilidade de sua presença nas equipes de saúde torna-se parte dessa urgência em repensar o próprio caminho frente ao cenário cerceador atual que busca colocar barreiras às suas funções e atuações.

5.3 O PAPEL DO COFEN NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ABS

Os estudos na área da saúde voltados para o papel do COFEN e sua definição de políticas de gestão para a atenção básica de saúde em todo o país têm apresentado como discussão as reais possibilidades de alcance dos direitos sociais, entre eles, o direito à saúde básica tendo a ABS como tema central.

Nesse sentido, o espaço de atuação do COFEN incorpora uma ação política de intervenção significativa no âmbito da fiscalização da atuação profissional nas atividades de atenção à saúde básica brasileira, sabendo-se que, na definição de políticas promotoras de saúde, a atenção básica tem destacada dimensão, em nível de gestão e financiamento público. Isso requer gastos com o profissional de saúde pública que atua em atenção primária, no campo de ação e abrangência, com inquestionável impacto na dimensão do concreto da vida das famílias atendidas.

Com vistas a solucionar a ausência ou a pouca presença do Estado na oferta dos serviços públicos ao cidadão, o que influi decisivamente nas formas das desigualdades sociais existentes, a Carta Cidadã de 1988 consagrou a Assistência Social como status de Política de Seguridade Social, integrante da Proteção Social Básica, assegurando a garantia de direitos ao cidadão que dele necessita, como uma nova forma de consolidar os direitos sociais da população (BRASIL, 1988). Assim, evidencia-se o compromisso da Federação em assumir seu papel de proteção ao cidadão, de forma a contemplá-lo com ações que possibilitarão o desenvolvimento de suas potencialidades e do protagonismo social, o qual começa na atenção primária em saúde básica,

enquanto promotora de direitos assegurados à proteção social dos diversos grupos que a requerem.

Nessa conjuntura, segundo preceitua o art. 2º da Lei nº 8.472/1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, 1993) –, a Assistência Social tem por objetivo: “a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente, a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes.” (BRASIL, 1993).

No Brasil, esse cenário evidencia problemas de políticas intersetoriais que vão além da necessidade de investimentos em Saúde Básica da Família, envolvendo, sobretudo, a necessidade de se criar um processo educativo nas formas da gestão das finanças públicas, frente ao planejamento de gastos nesta área. Por esta razão é que se justifica a urgente necessidade de se analisar o movimento institucional da enfermagem buscando entender o passado e construir o futuro.

As necessárias articulações políticas intersetoriais se sustentam devido ao fato de os profissionais de enfermagem somarem com os demais profissionais de saúde e com a população na defesa incondicional do SUS, constantemente ameaçado por cíclicas crises econômicas e pelos embates políticos vivenciados no país. Se havia, por um lado, uma batalha para a preservação dos valores conquistados para a manutenção desse sistema, por outro, a luta deve ser por sua própria sobrevivência com vistas à manutenção dos cuidados essenciais para a vida dos brasileiros. É preciso, a partir disso, que a enfermagem se faça presente, que se posicione em defesa desse que é uma das maiores políticas públicas brasileiras, o SUS, visando garantir, “por meio da ampla participação da sua força de trabalho, um espaço maior de efetivação para a promoção da saúde” (PIRES, 2016, p. 18).

5.4 A BUSCA POR UM MODELO DE GESTÃO DE RECURSOS PÚBLICOS

Para Santos (1987), pelo nascimento, o indivíduo é investido de uma soma inalienável de direitos, apenas pelo fato de ingressar na sociedade humana: “viver torna-se um ser no mundo e assumir, com os demais, uma herança moral, direito a um teto, a comida, a educação, a saúde, direito ao trabalho, a justiça, a liberdade e a uma existência digna.” (SANTOS, 1987, p. 7).

Nesse contexto de realidades diversas vivenciadas no espaço de atuação do COFEN, a ABS tem uma conotação mais específica, como uma política pública “de” e “para” a definição de políticas de gestão. Assim, com a finalidade de analisar o processo histórico em curso, de

forma mais crítica, tais políticas devem ser organizadas em torno de quatro eixos: boas condições de vida, acesso às tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida, vínculos com a equipe e com os serviços de saúde e autonomia quanto ao modo de levar a vida. Significa dizer que as necessidades de saúde devem ser compreendidas como o resultado de articulações específicas entre condições biológicas, psíquicas e sociais de um indivíduo, em um determinado momento da vida (CECÍLIO, 2001).

Essas evidências são corroboradas por estudiosos que identificam que as definições mais comuns de diagnóstico de enfermagem, que se atêm ao julgamento clínico das respostas do indivíduo aos processos vitais ou aos problemas de saúde reais ou potenciais, transmitem uma visão biologista do cuidado, visão esta que não atende a realidade. Não há, portanto, uma consolidação da visão da necessidade de saúde como resposta a estímulos que integram características biológicas, sociais e culturais (BARROS; CHIESA, 2007).

Outra evidência passível de ser encontrada nas pesquisas bibliográficas é a de que a relação do ser humano nesta concepção integradora está constantemente interligada com o meio ambiente, em que as necessidades são definidas como elementos de equilíbrio: corpo, mente, meio ambiente e a relação com o mundo no qual está inserido. A ação de enfermagem nesta perspectiva mais ampla não é vista como derivada das necessidades, mas como um fenômeno independente.

Desta forma, o enfoque biomédico e biologista como ponto de partida para o estudo das ações de uma enfermagem voltada para o corpo físico significa a perpetuação do modelo biomédico e biologista do cuidado, que faz prevalecer na ação de enfermagem o propósito de identificar qualquer anormalidade física, biológica que possa ser um sinal do processo saúde e doença, no qual a saúde é equivocadamente sinalizada apenas como ausência de sinais e sintomas (BARROS; CHIESA, 2007).

Portanto, chega-se a uma constatação de que tomar as necessidades de saúde como objeto das práticas implica considerar a inserção dos diferentes grupos sociais. Dessa forma, as estratégias em saúde devem abranger, além do enfoque biológico, as dimensões cultural, ecológica, econômica e política. Mais do que pensar uma prática articulada em torno das necessidades biológicas, individualmente concebidas, é preciso considerar a relação estabelecida entre necessidades de saúde e a qualidade de vida, o autodesenvolvimento humano e as discriminações sociais, tidos como aportes urgentes e integradores capazes de forjar um futuro mais integrador entre a equipe de saúde e um modelo de gestão para os recursos públicos.

Isso tudo implica uma visão que considere os DSS. E deverá ser nessa direção o alinhamento do papel do COFEN na definição de políticas de gestão para a ABS, fazendo com

que sua atuação seja ampliada e com que a enfermagem avance para além de uma visão biológica do cuidado. A partir dessa perspectiva, o Conselho pode propor novas políticas de gestão que impactem a ABS.

Deste modo, entende-se que a integração ou mesmo a intersectorialidade das áreas da saúde e de seus profissionais com outras áreas não pode continuar à margem da política de gestão frente as demandas de saúde coletiva que a ABS demanda. Nessa necessidade de refletir sobre esse lugar, surge uma nova perspectiva de política de gestão da ABS que se faz urgente e necessária para atender às novas demandas que o COFEN, por estar inserido nesses espaços, também passa a demandar, não de uma posição externa, meramente burocrática, mas interna, como agente ativo do processo. Esta relação necessária pressupõe a valorização da cidadania e exige o envolvimento dos diversos atores que compõem este universo: enfermeiros, familiares, líderes comunitários e profissionais de saúde de um modo geral.

Nesse sentido, portanto, a saúde, como principal recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assume uma importante dimensão da qualidade de vida e principalmente na formação futura das novas gerações, como forma de dar legitimidade àqueles que demandam atenção básica no Brasil. Assim, com o intuito de estimular a reflexão e propor outras possíveis pesquisas nesta perspectiva, conhecer, investigar e aclarar algumas questões em torno do papel do COFEN na definição de políticas de gestão para a saúde básica brasileira, constrói-se um caminho, um futuro possível para suas novas formas de gestão.

Esse é um contexto que fica mais evidente à medida que as políticas públicas na aplicação de seus recursos na área da ABS no Brasil se convertem em gestão econômica “de” e “para” financiamentos públicos, e estes em serviço das necessidades sociais. Ao se colocar como condutor dos processos de desenvolvimento social e humano, o papel do COFEN passa a representar um espaço estratégico para tornar possível outras formas de intervenção e desenvolvimento da saúde básica no território brasileiro, sendo esta a razão maior do financiamento público e da gestão econômica, especialmente quando o alvo é atender crianças, jovens mulheres e idosos em suas demandas de saúde básica.

Nesse contexto, entende-se que o reflexo de uma descontinuidade ou falta de conexão entre COFEN e ABS pode afetar, sobretudo, o desenvolvimento do conhecimento e da formação de futuras gerações, com reflexos diretos no exercício legítimo da cidadania para estas novas gerações, consubstanciado, entre outros fatores, no direito de acesso à saúde básica de forma mais ampla.

5.5 AS BASES SOCIAIS PARA A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Um processo social implica a representação de múltiplos papéis sociais. Enquanto ente federalizado, o COFEN tem alcance nacional e, por ser uma entidade autônoma de interesse público, seu papel institucional tanto pode conduzir à coesão social quanto produzir conflitos e a divisão da sociedade em classes. Saber identificar qual dessas duas tendências o Conselho segue na atualidade é também saber identificar uma trajetória que, no segundo caso, diz respeito a uma construção social como sendo aquela que, segundo Giddens (2012), advém do pensamento sociológico clássico, o qual compreende a organização da sociedade por meio de estruturas sociais.

Essas estruturas sociais influenciam o comportamento humano e agem como forças externas ao indivíduo. Em outros termos, as estruturas sociais compelem os indivíduos a agir da forma que agem e são identificadas como classes, partidos, grupos de prestígio etc. (GIDDENS, 2012). Deste modo, as instituições sociais exercem uma função estrutural na qual a sociedade é um sistema complexo, cujas partes se conjugam para garantir estabilidade e solidariedade. Nesta perspectiva sociológica, aqueles que pretendem compreender uma sociedade devem investigar o relacionamento das partes entre si e para com a sociedade enquanto um todo. Ou seja, estudar a função de uma instituição ou prática social perpassa o caminho da análise da contribuição dessa instituição ou de determinada prática para a continuidade da própria sociedade em que se inserem. Nesse sentido, “os funcionalistas, incluindo Comte ou Durkheim, usaram muitas vezes uma analogia orgânica para comparar a atividade da sociedade com a de um organismo vivo.” (GIDDENS, 2012, p. 32). Tais pensadores defendiam que as partes da sociedade se conjugam em benefício da sociedade enquanto um todo, à imagem dos vários componentes do corpo humano.

As principais diferenças de abordagem nos estudos do mundo social revelam os sentidos de busca por uma coesão fundamental que seja fruto da ação humana. Essa busca por coesão na vida social indica que comportamentos humanos são estreitamente influenciados pelo contexto social que essas estruturas sociais possibilitam e constroem, tendo em vista seus valores e tradições. A estrutura social corresponde, nesse sentido, a uma definição onde os contextos sociais da vida humana não consistem apenas em acontecimentos e ações ordenadas aleatoriamente, antes, “eles estão estruturados, ou padronizados, de diferentes maneiras” (GIDDENS, 2012, p. 21). Por certo, há certa regularidade na forma como as pessoas se comportam ou nas relações que têm umas com outras. Mas essa constância na estrutura social, ainda que perceptível, não se traduz como uma estrutura física rígida, como um edifício, que

existe de forma independente das ações humanas, pois “as sociedades humanas nunca deixam de estar em processo de estruturação. Elas são reconstruídas a todo o momento pelos vários ‘blocos’ que as compõem – seres humanos como nós” (GIDDENS, 2012, p. 21).

Deste modo é que podem ser entendidas, em uma direção de conformação, as estruturas sociais, o agir das políticas públicas e o papel das instituições, no tocante à ABS. Políticas públicas, nessa dimensão da saúde, quando relacionadas às estruturas sociais, requerem avaliação dos seus efeitos no campo das reformas das práticas, na consecução dos objetivos que os seus autores pretendem produzir. Nesse sentido, a intenção que o COFEN pretende atingir enquanto uma organização político-profissional da enfermagem, ao fazer seus questionamentos internos na busca de construir novos papéis “na” e “para” a sua atuação na estrutura social mais ampla, termina por colocar em discussão que espécie de coesão social esta organização pretende atingir desempenhando um papel que segue um modelo assistencial de saúde excludente, individualista e medicocêntrico? (ENFERMAGEM EM FOCO, 2011).

O questionamento que perpassa a análise da atuação do COFEN na definição da gestão de políticas públicas, mais especificamente na ABS, leva à necessidade de verificar, de forma mais recente, se esse modelo assistencial de saúde excludente ainda se verifica, e em qual medida, nas práticas do Conselho em seus processos contemporâneos. Nem o COFEN, tampouco as políticas públicas, podem ser pensados única e exclusivamente por um campo burocrático. Se assim o for, perde-se de vista que o fato de que esta instituição integra a estrutura social e, como tal, sempre estará em um processo de estruturação. Desta forma, o papel do COFEN é também um processo estruturante das relações sociais.

Sabe-se que as organizações que congregam as diferentes classes profissionais são, em princípio, espaços de fomento ao desenvolvimento político desses profissionais, e não se pode pensar em representação de classe levando em conta apenas seu papel burocrático. As organizações profissionais da enfermagem brasileira, por exemplo, devem ser espaços inovadores, desafiadores, tanto para os próprios profissionais quanto para a sociedade em geral, “razão pela qual não se pode conceber organizações herméticas, resistentes às críticas e articuladas apenas nos motivos que a fundaram.” (COFEN, 2016, p. 46).

Com base nesse tipo de perspectiva social, o COFEN pode encontrar um novo papel que vise identificar o porquê de a sociedade estar estruturada da forma como está. Sob essa perspectiva de busca por uma nova coesão social, o COFEN pode se ver sob a necessidade de conduzir as políticas públicas de ABS pelo viés do conflito, e, em certa medida, da divisão. Sob a perspectiva do conflito, o seu papel será o de apresentar uma agenda que continue sublinhando

a importância das estruturas na sociedade, a despeito da necessidade de consenso, visando garantir apenas estabilidade e solidariedade.

Ainda sob a perspectiva do conflito, seja qual for o papel que o COFEN desempenhe, deve trilhá-lo levando em consideração as questões relacionadas ao poder e à desigualdade. Isso é fato quando se observa que as políticas públicas de ABS estão recorrentemente permeadas de desigualdade social e de iminentes conflitos. Portanto, a forma como o COFEN se porta na sociedade reflete diretamente no modelo e na natureza das políticas públicas de ABS. Desse modo, buscar entender como a sociedade funciona é também construir e produzir o tipo de racionalidade com que a política pública poderá ser implementada.

Seguindo na perspectiva do conflito, o papel do COFEN seria o de rejeitar a ideia de coesão social e sublinhar a importância das divisões na sociedade. Ao buscar essa perspectiva social, que ultrapasse as práticas de um modelo assistencial de saúde excludente, individualista e medicocêntrico, o COFEN estará sempre inserido em um processo de estruturação, buscando analisar as tensões que permeiam os grupos dominantes e os desfavorecidos da sociedade.

No que concerne à ABS, isso é representativo, uma vez que os grupos alvo dessas políticas são, em boa medida, grupos desfavorecidos da sociedade. Esse fato inclusive pode ser constatado também em autores como Dahrendorf (1959), que em sua obra “Classe e conflito de classe na Sociedade Industrial” assinala que os pensadores funcionalistas só tomam em consideração uma parte da sociedade – aqueles aspectos da vida social em que existem harmonia e concordância. No entanto, tão ou mais importantes são os campos que se caracterizam pelo conflito e pela divisão.

Busca-se essa constatação no diálogo bibliográfico proposto por Dahrendorf (1959): o conflito surge, basicamente, do fato de os indivíduos e os grupos sociais terem diferentes interesses. Se Karl Marx (1818-1883) concebia as diferenças de interesses, sobretudo em função das classes, para Dahrendorf (1959) o conceito de classes tem vínculo mais forte com as noções de autoridade e de poder. Para ele, “em todas as sociedades há uma separação de interesses entre aqueles que detêm autoridade e aqueles que estão em grande medida excluídos dela, uma separação entre governantes e governados, portanto.” (DAHRENDORF *apud* GIDDENS, 2012, p. 33).

Nesse sentido, buscar ampliar o papel do COFEN, indo além de uma mera função burocrática, torna a perspectiva do conflito um campo importante que oferece perspectivas de análise da realidade de forma mais crítica, especialmente na hora de implementar políticas voltadas para a ABS, tanto mais quando se olha para a realidade brasileira, marcada por campos que se caracterizam pelo conflito e pela divisão, e não apenas isso, mas pelos campos daqueles

que detêm ou não a autoridade. Nessa perspectiva, o papel do COFEN vai além daqueles aspectos que só levam em conta uma parte da sociedade, onde só haveria harmonia e concordância.

Por isso mesmo, gestar políticas públicas voltadas para as ABS nos campos onde há conflito é sublinhar a importância das estruturas na sociedade. Dito desta forma, a ênfase no consenso é desconsiderada e recai agora nas tensões existentes, entre os grupos dominantes e os desfavorecidos da sociedade. Deste modo, por ter um papel social alicerçado num grupo de prestígio e constituir, por isso mesmo, uma estrutura social forte, o COFEN estará sempre em processo de estruturação, pois que inserido na dinâmica de instituição, devendo procurar desempenhar um papel mais crítico em suas formas de gestar a ABS.

Nessa direção, será necessário que o COFEN observe cuidadosamente certos aspectos da vida social dos diferentes grupos, principalmente dos mais desfavorecidos da sociedade, para verificar as principais influências que dão forma à sociedade como um todo e às de grupos específicos nesse permanente processo de estruturação e reestruturação que vida social pede. Na perspectiva do conflito, o relacionamento das partes de uma sociedade entre si não estaria conjugado para garantir estabilidade e solidariedade, ao contrário, a estrutura social fornece sentido à sociedade e requer, a depender do campo de interesses, uma prática social nova para que possa coexistir, e é nisso que reside a perspectiva da interdisciplinaridade proposta pelos pensadores do institucionalismo contemporâneo.

No que tange às teorias das estruturas sociais, acredita-se no seu poder explicativo dos elementos (coesão social e perspectiva do conflito) para compreender a dinâmica de inserção e atuação do COFEN no desempenho de seu papel, enquanto uma estrutura social na sociedade, e de suas possibilidades de definir gestão de políticas públicas de ABS.

É nesse contexto que o papel da estrutura social melhor evidencia seu poder no processo de mudança. Assim, o COFEN enquanto estrutura social atuante na sociedade pode ser visto como parte de um emaranhado de inter-relações mais amplas, que, repita-se, podem ir além dos aspectos da vida social onde somente se vê harmonia e concordância, para a partir disso, compreender seu papel em espaços de conflito de mudanças e de necessidade de crescimento.

Assim, o papel do COFEN pode ser visto também como uma tecnologia, a qual pode ser utilizada na busca de uma gestão mais justa e equitativa, na forma de operar a aplicabilidade de políticas públicas em ABS, uma vez que as estruturas sociais influenciam o comportamento humano e vice-versa, podendo agir como forças externas ao indivíduo, e apresentam-se como uma força capaz de imprimir mudanças e novos padrões de entendimento na sociedade.

Por certo, pela diversidade de formas dinâmicas de inserção e de gestão na promoção políticas públicas, o papel institucional é também um papel de poder intervir no contexto político das relações sociais, visando atingir novos patamares de inserção presentes na vida social, reconhecidamente marcada pelas relações de conflito e mudança contidas na dinâmica das instituições de um modo geral. Isso representaria para o COFEN a necessidade de mergulhar em novas práticas de gestão de políticas públicas, visando realinhar-se na estrutura social e, portanto, redescobrir novos papéis a partir da busca de novos sentidos de instituição para si, na sua atuação e, com isso, atuar no permanente processo de estruturação da vida social.

Há um aspecto didático nas ações de implementação de estratégias emergenciais, que possam otimizar os recursos e promover e produzir melhor qualidade do gasto público. Estabelecer flexibilidade de processos em razão da necessidade da ampliação da produtividade significa também a possibilidade de rever o modelo de gestão, o modo com que se fez até aqui. Isso vale também na condução das Finanças Públicas no Brasil. Sem entender isso, de nada adianta investir esforços para pensar modelos de gestão das políticas públicas para a Atenção Básica de Saúde, se os muitos gargalos já estão de certa forma cristalizados, tornando-se elementos impeditivos de aprimoramento da matriz político-orçamentária.

De modo propositivo, levando-se em conta as questões norteadoras desta pesquisa, sugere-se que o COFEN conduza suas ações levando em conta tais tendências e cenários, os quais devem compor as linhas de ação da Política Nacional de Atenção Básica, para, assim, fazer o devido enfrentamento, visando tornar mais efetivo os direitos sociais do cidadão na área da promoção de saúde. Mas não apenas isso: a mudança de paradigma possibilita que o Conselho atenda a uma função de conhecer e valorizar novas perspectivas de políticas de gestão voltadas para a saúde básica no Brasil, de forma integrada e inovadora, sobretudo, em áreas de situação vulnerabilidade social.

Essas são direções e caminhos que o COFEN pode seguir na ação de definição de políticas de gestão para a ABS no Brasil, podendo e devendo buscar a melhor maneira de integrar-se às novas demandas, não apenas as inerentes a suas funções e atuações previstas em normas, como também aquelas que a sociedade se propõe.

Ao percorrer esse caminho, a instituição terá que enfrentar contradições e tendências presentes na conjuntura atual. Nesse processo é preciso compreender ainda que os dados e o orçamento do setor público, entendidos como uma descrição de seus planos de gasto e financiamento, não devem protagonizar sozinhos o rumo das grandes transformações que ainda precisam acontecer nessa relação que envolve a saúde e os DSS.

Portanto, o papel do Conselho Federal de Enfermagem não será depreendido apenas enquanto um viés biológico do cuidar, pois, se assim o for, o equilíbrio orçamentário proveniente das receitas públicas e dos gastos públicos já teria sido suficientemente alcançado, o que na prática não se verifica.

No âmbito sócio-organizacional, os tutelados da ABS trata-se de pessoas em estado fragilizado, física e psicologicamente, a envolver a dimensão patrimonial e mesmo simbólica da vida. Nisso é preciso que se veja a necessidade da saúde sob outros aspectos, principalmente os que envolvem a vulnerabilidade social da maioria desses grupos, pois “a vulnerabilidade é social, antes de tudo. Esta é definida pela posição do grupo na sociedade e de cada indivíduo no interior do grupo a demandar atenção básica de saúde.” (RIBEIRO, p. 33, 2008).

Certamente, saúde e renda estão cada vez mais associadas e imbricadas. Portanto, invariavelmente, são as camadas mais pobres da população – que sofrem mais com as situações de risco e de vulnerabilidade – que mais demandam ABS. Promover, pois, políticas de gestão para a ABS ainda se coloca como um desafio para os Conselhos, já que isso implicaria avançar em alguns de seus paradigmas, entre eles, reitera-se, o de superar a visão do cuidar somente sob uma perspectiva biológica.

A indiscutível necessidade de transparência e de participação coletiva na gestão pública no setor saúde (PAIM, 2014); a inevitável cobrança em relação à postura dos membros dos Conselhos para a vida democrática da sociedade atual (BRAVO; PEREIRA, 2008); a inclusão de um padrão adequado de alimentação e nutrição, bem como de habitação e saneamento; as adequadas condições de trabalho e de oportunidades de educação ao longo de toda a vida; o ambiente físico limpo; o apoio social para as famílias e indivíduos; a adoção de um estilo de vida responsável e de um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2014), todos esses fatores formam um tripé fundamental cujas atividades devem estar voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente compreendido enquanto sentido amplo de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde.

Por esta razão, a promoção da saúde implica ação intersetorial e políticas públicas coerentes que tenham a explícita intenção de produzir saúde, como uma resultante de políticas equitativas de produção de renda e riqueza, saneamento básico, educação, moradia e emprego e trabalho digno, entre outras. Desta forma, a concepção moderna se apoia amplamente na ideia de que quem realmente protagoniza as condições de saúde são as DSS. O COFEN, nessa perspectiva, em seu papel social, não pode ser depreendido apenas como um viés biológico do cuidar. A criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) é um bom

exemplo que realça a necessidade de se dar maior importância ao papel do Conselho e de sua facticidade em poder promover políticas públicas.

Na promoção da definição de políticas de gestão para a ABS, o COFEN cumpre um processo fundamental a ser dissecado no que diz respeito à evolução de suas normativas em políticas públicas, como um fruto das ações do Estado, voltadas para determinados setores, visando atender necessidades de saúde na vida social e democrática. Para o COFEN, deve haver a necessidade de proporcionar um enfrentamento em relação às problemáticas existentes no campo da ABS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca de um novo sentido para aplicar o conceito de instituição ao COFEN precisa se dar tendo em vista a busca de um novo caminho a ser trilhado. Isso implica a adoção de uma nova dimensão de dinâmica de gestão que imprima novas perspectivas para sua atuação, inserido que está na dinâmica das instituições. Assim, buscar aprimorar as relações do papel da enfermagem em direção a um modelo de gestão que contemple as Políticas Públicas na ABS é necessário, especialmente em um contexto atual no qual a sociedade brasileira passa por várias fragilidades de seus laços sociais.

Cabe destacar que esse processo de fragilidade, ou melhor, de vulnerabilidade social, coloca o papel das instituições em amplos processos de oportunidades de rever suas práticas e buscar a interdisciplinaridade, seja para discutir a gestão das políticas públicas de ABS em outros termos e sentidos, seja para inserir de vez o COFEN nessa dinâmica de busca por uma teoria das instituições ainda em construção no período atual. A tarefa de construir contemporaneamente uma enfermagem plena e essencial capaz de ser protagonista nas equipes de saúde implica, ainda, e combater o próprio corporativismo que advém de outras autarquias profissionais as quais visam imprimir uma visão restritiva à própria atuação do COFEN.

Repensar o papel que a enfermagem como um todo desempenha com vistas à definição de seus próprios rumos nas relações intersociais envolve um processo de autoconfrontação e de crítica, não somente interna, mas também – e sobretudo – externa, pois o modo como as outras autarquias profissionais enxergam o COFEN interfere de forma direta nessa complexa relação de construir um futuro que realmente o leve a novos patamares de compreensão e concepção frente as suas funções desempenhadas até aqui. Repensar seu papel atual, incidindo em uma neutralidade frente aos desafios mais desestruturantes das mudanças em curso no mundo globalizado, representa, por assim dizer, uma questão de urgência, devido ao vínculo estreito que isso estabelece com as políticas orçamentárias do Governo e seus ditames de gastos e finanças públicas bem como pelas novas perspectivas abertas pelos pensadores do institucionalismo contemporâneo que afirmam a necessidade da interdisciplinaridade ao propor que se rompa com a ideia de tentar dar ênfase a uma mera oposição entre duas vertentes do pensamento institucionalista.

Nesse contexto, a percepção de que os sistemas sociais reproduzem ou transformam, refazendo o que já está feito na continuidade da práxis, é um bom exemplo para inserir a interdisciplinaridade que o pensamento institucionalista contemporâneo propõe, e por meio do qual a dinâmica institucional associada ao que se faz necessário fundamentar na ação pode de

fato contribuir para ampliar a própria percepção que se tem de sociedade. Tudo a ser facultado à categoria profissional, que se vê engessada e presa às estruturas sociais, como se tal situação não pudesse ser passível de alterações, mudanças e crescimento.

Esse processo, sim, é o que deve ser visto como subsídio para o debate e os novos rumos de atuação que os serviços de enfermagem podem evidenciar na ampliação de seu papel e funções na sociedade, principalmente por meio da atuação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Essa correlação entre a atuação do Conselho, o financiamento, os gastos e a gestão das políticas públicas na ABS é cada vez mais estreita e marcante, especialmente no que tange aos resultados efetivos para a sociedade que gera a demanda.

As desigualdades reinantes no Brasil não podem ser vistas de largo por qualquer estrutura social, tampouco por uma instituição dedicada à gestão dos serviços de saúde, como o COFEN, cuja importância é identificada já na porta de entrada do SUS, ao possibilitar que as equipes profissionais que integram a enfermagem possam ver sua práxis sendo refeitas, ao poder dar-lhes a oportunidade de sua ação social, trazendo à tona formas de subjetividade que ainda não são conhecidas pelas estruturas sociais.

Em conjunto com a presença dos Conselhos Regionais, que são subordinados ao COFEN, observa-se uma ampla estrutura na vida social que pode integrar formas distintas de ação, como um campo fértil para que os princípios e as diretrizes da Atenção Básica possam ser de fato efetivados em maior proporção e com melhor qualidade, a partir de uma simples abertura para olhar o processo pela via da dinâmica das instituições no campo interdisciplinar.

Desta forma, princípios como universalidade, equidade (considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade), integralidade, entre outros que integram as diretrizes, como a de territorialização, permitem com que o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais – com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço – possam ser tratados a partir de uma perspectiva dos aspectos que integram as totalidades sociais, e isso não deixa de fora, de modo algum, a dinâmica enquanto instituição que o COFEN pode e ainda precisa empreender.

Portanto, é importante observar que o COFEN, por seu alcance institucional, pode ampliar a natureza do seu diálogo com os Conselhos Regionais, podendo ser um forte aliado, tanto para encontrar um novo papel de atuação por meio da ação reflexiva em sua operacionalidade, quanto ser ele mesmo o eixo transformador de uma nova visão de gestão de políticas públicas na ABS, permitindo que o COFEN encontre para si uma outra dimensão de

instituição. Assim, para além de uma visão apenas de fiscalização e normatização do exercício profissional da equipe de enfermagem, o COFEN tem a oportunidade de ampliar seu papel, permitindo que esses profissionais também possam, mediante o processo da reflexividade, recompor suas subjetividades, que estão sendo tecidas em interação com os indivíduos por meio da participação da comunidade, visando ações de saúde na Atenção Básica.

No processo atual em que os serviços de enfermagem se encontram, permanecer num papel apenas tecnicista pode entrar em contradição com um modelo de vida social que já não é aceito, por ser apenas apêndice de suas estruturas sociais, muito embora existam aspectos institucionais que apontem para estratégias entre espaços de decisão, onde equipes de gestores refletem e aprendem para transformar os processos de trabalho no dia a dia. Essa é uma necessidade premente, considerando que as atuais estratégias não têm produzido mudanças significativas. Nessa direção, os esforços de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações do tipo mais horizontais que ampliem a democratização e a autonomia dos trabalhadores e gestores na área da Atenção Básica ainda soam bastante quiméricos.

Aprender a fazer esse diálogo entre estruturas sociais e ação social é um caminho que a enfermagem parece ainda estar aprendendo a trilhar, muito embora o SUS tenha introduzido mudanças significativas na relação Estado-sociedade, por meio da descentralização da gestão, da participação popular e do controle social em todos os níveis de gestão. Ainda assim, essa perspectiva não parece ser, de fato, o real caminho tomado, nem pela estrutura social do Estado, a qual o COFEN integra, nem pelas políticas governamentais orçamentárias que vêm suprimindo cada vez mais os gastos com ABS.

Entendemos, portanto, que o COFEN precisa avançar em uma compreensão mais crítica de seu real papel na estrutura social, de forma mais reflexiva, permitindo que os enfermeiros integrantes das equipes de profissionais à frente dos serviços da ABS possam ter tempo e apoio institucional para construir a recomposição de suas subjetividades, em meio ao que observam na prática das relações vividas, quando na linha de frente prestando os serviços de saúde. Nesse sentido, é preciso que se abra espaço para que a equipe de enfermagem possa refazer o que já está feito na continuidade da práxis, e, partindo disso, encontrarem-se em uma nova dimensão de dinâmica institucional visando suplantar velhos hábitos já internalizados pela velha perspectiva da economia institucional (VEI). Sem essa reflexividade, de nada adiantam normativos legais cobrando dos gestores a responsabilidade fiscal, quando as próprias estruturas sociais da sociedade não estão dispostas a reconhecer a autonomia e o direito do sujeito (indivíduo e coletividade) de fazer sua própria reflexão sobre sua realidade social e com isso vivenciar na prática a construção de novos sentidos de instituição.

As crises na saúde são constantes. O que houve no momento de profusão pandêmica da Covid-19 foi um agravamento dessas crises. Com isso, há a necessidade de se repensar as funções que a equipe de enfermagem tem e deve ter na gestão de políticas públicas na ABS: uma necessidade inafastável de gerir as finanças públicas no Brasil de forma crítica, ampla e reflexiva.

A preocupação central das políticas de saúde deve estar na busca da adoção da equidade em saúde. Isso significa que instituições como o COFEN acabam por ter um papel primordial, já que a Atenção Básica em Saúde deve ser entendida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, e deve abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde como critérios a serem observados. Isso serviria de material para a construção de novos princípios de instituição enquanto organizações.

Especialmente no crítico contexto pandêmico de Covid-19 as noções de conceitos como a integralidade e a intersetorialidade ganham força, mediados por um maior aprofundamento na vasta contribuição que a Economia Institucional tende a nos oferecer por meio do estudo da dinâmica das instituições. Contudo, a integração das estratégias para as diferentes políticas demanda a existência de mecanismos institucionais e de gestão que garantam os meios para a sua efetivação. É com relação a esses mecanismos institucionais que o COFEN pode e deve ser acionado, visando efetivar suas possibilidades de também poder exercer um papel importante como formulador de políticas de gestão voltadas para a ABS no que tange a essa dimensão interdisciplinar de dinâmica institucional.

Por fim, os resultados desta pesquisa apontam para a relevância e para o imperativo de o COFEN buscar um novo sentido enquanto instituição e, em relação aos aspectos da qualificação das equipes de enfermagem, de traçar maior interdisciplinaridade. Pois há sempre uma necessidade básica de mobilização de equipes em torno de objetivos claros, reorganizando os processos produtivos, com procedimentos mais eficazes, gerando valorização dos profissionais e oferecendo-lhes o espaço necessário para exposição de suas percepções e abertura para expressarem-se intuitivamente com mais segurança.

Ou seja, pela valorização da fala, alimenta-se uma inteligência prática, e na sua dinâmica institucional, cabe ao Conselho inclinar-se às tendências defendidas pelos institucionalistas contemporâneos de que ações conjuntas de construção e coordenação produzem novas ideias para os mesmos serviços, valorizando a autonomia e autenticidade de seus filiados. Assim, uma possível falha ou erro individual pode ser mitigado, minimizado ou mesmo contornado pela força da performance coletiva, que sinergicamente tende a obter resultados superiores aos

individuais, gerando com isso um menor papel punitivo para o atual sentido de instituição que COFEN pratica em seu período atual. Nesse sentido, o COFEN pode exercer um papel fundamental na definição da gestão das políticas voltadas para a atenção básica, mas levando em conta também os agravos à saúde provocados pelos DSS. Isso significaria dispor de um arcabouço mais voltado para entender a dinâmica dessa instituição entrelaçada com outras.

Nesse sentido, portanto, torna-se premente entender que as mudanças em curso nos processos sociais da vida urbana nas cidades requerem o financiamento de gastos públicos que favoreçam não apenas aos interesses do mercado, mas, essencialmente, as necessidades da sociedade e da saúde em suas demandas por novos sentidos de instituição. Isso para destacar a necessidade de se avançar na concepção de saúde para além de um enfoque centrado na doença. Nessa mesma direção, a enfermagem precisa avançar na concepção do cuidar para além de um enfoque biologista e o COFEN precisa avançar para um novo sentido de instituição para além da lógica fiscalizadora que o acompanha no período atual.

Portanto, o COFEN, em seu papel de contribuir com a definição de políticas de gestão para a ABS no Brasil como gestor de finanças públicas pode exercer um protagonismo fundamental em sua direção social na efetivação de direitos sociais básicos, permitindo com que saúde e enfermagem coexistam de forma interdependente na esfera pública e na esfera de uma representação profissional. Desta forma, políticas sociais, direitos sociais, democracia e cidadania encontram nas formas de definir políticas de gestão voltadas para a ABS no Brasil um desafio que melhor direcione a gestão econômica de finanças públicas para um processo de promoção, ampliação e efetivação de justiça social e equidade, bem como como a descoberta de novos papéis para o sentido de novas dimensões de instituição ao qual o COFEN parece ainda não haver encontrado.

Não é apressada a ideia de que planejar a gestão da economia e o financiamento de gastos públicos deva começar com a presença do COFEN propondo novos caminhos na construção dessa gestão a partir de um real interesse em se conferir um novo sentido de instituição tanto para si quanto para a sociedade que procura resguardar. Desta forma, esta pesquisa se pautou na complexidade e na riqueza do pensamento institucionalista como fonte de reflexão para entender o COFEN em seu papel primeiro de conselho profissional, mas não apenas isso: é necessário imergir numa necessidade de trilhar novos rumos enquanto instituição em mudança, por não se pretender prisioneiro de uma visão única.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. M. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. M. de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 18 (6), Jun 2013.
- ANDRADE L. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. Physis. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 24 [4]: 1207-1228, 2006.
- AYRES, J. R. de C. M. O Cuidado, os Modos de Ser (do) Humano e as Práticas de Saúde. **Saúde e Sociedade**. vol. 13, n. 3, p. 16-29 set/dez, São Paulo, 2004.
- ATLAS BRASIL. **Ranking 2020**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>. Acesso em: 20 set. 2022.
- BALEEIRO, A. **Uma introdução à ciência das finanças**. Atualização de Djalma de Campos. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.
- BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (BNDES). **Perspectivas Depec 2018: o crescimento da economia brasileira 2018-2023**. Brasília: BNDES, 2018.
- BASTOS, L. B. et al. Práticas e desafios da regulação do sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública** 54. 2018 . <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.202005400151>.
- BARROS, D. G; CHIESA, A. M. Autonomia e Necessidades de Saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no Olhar da Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm**, USP, v. 41 (Esp), p. 793-8. São Paulo, 2007.
- BRASIL. **Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973**. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15905.htm. Acesso em: 2 ago. 2021.
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967**. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm#view. Acesso em: 5 set. 2022.
- BRASIL. **Constituição Federal Brasileira de 1988** (CF/88). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 set. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 8.472/1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742compilado.htm. Acesso em: 10 set. 2022.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006[a].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006[b].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006[c].

BRASIL. **Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. **Portaria MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 set. 2021.

BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde no Brasil Hoje. **Boletim da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, [S.l.], a. XVII, 1999.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77–93, jan. 2007.

BUSS, C. E CARVALHO. A. I. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva** 14 (6) • Dez 2009 • <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>.

BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e Seus Fundamentos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2014.

CANGUILHEM, G. O Normal e O patológico. Rio de Janeiro. Forense Universitária. 1990.

CAMARGO, J. R.; KENNETH, R. *et al.* Avaliação da Atenção Básica pela Ótica Político Institucional e da Organização da Atenção com Ênfase na Integralidade. **Cad. Saúde Pública**. vol. 24, n. 1, p. 58-68, jan./mar., Rio de Janeiro, 2008.

CAMPOS, C. E. A. As Origens da Rede de Serviços de Atenção Básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos; 14(3):877-906. Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS. A. M. S. Espaços e Caminhos Para a Pesquisa em Administração: estimulando a prática da reflexividade. *Ciência política e Administração do estado - Centro universitário La Salle - RAP – Rio de Janeiro – ed especial comemorativa 37-38 2007*.

CAVALCANTE, C. M. A economia Institucional e as três dimensões das Instituições. Rio de Janeiro, **Rev. Econ. Contemp.**, v. 18, n. 3, p. 373-392, set-dez/2014.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CERDEIRA, J. P.; NEVES, P. C. **Confiança, Cidadania e Responsabilidade Social nas Organizações**. Coimbra: Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Coimbra, 2011.

CHANG, H. J.; EVANS, P. The role of institutions in Economic Change. In: DYMSKI, G.; PAUL, S. (Eds.) *Re-imagining Growth*. London: Zed Press, 2005, p. 99-140. In: CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 18, n. Rev. econ. contemp., 2014 18(3), p. 373–392, set. 2014.

COASE, R. The new institutional economics. *The American Economic Review*, v. 88, n. 2, p. 72-74, mai. 1998. In CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. *Revista de Economia Contemporânea*, **Rev. econ. contemp.**, 2014 18(3), p. 373–392, set. 2014.

COMMONS, J. Institutional economics. *American Economic Review*, v. 21, p. 648-657, 1931. In CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. **Revista de Economia Contemporânea**, 2014 18(3), p. 373–392, set. 2014.

CONCEIÇÃO, O. A. C. **Instituições, crescimento e mudança na ótica institucionalista**. Secretaria da Coordenação e Planejamento. Fundação de economia e estatística. ISBN 85-7173-007-5. Porto Alegre, 2002.

COHN, A. **Participação Social e Conselhos de Políticas Públicas**. Brasília: CEPAL/IPEA, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Código de Ética dos Profissionais Enfermagem** (Resolução COFEN 311/2007). Disponível em: <www.corenrg.org.br>. Acesso em: 30 jun. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Enfermagem em Números**. Disponível em: <<http://www.Cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 5 set. 2021.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V.; ALMEIDA, P. C. Stress no trabalho do enfermeiro. **Rev. Esc. Enfermagem**, USP, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 63-71, 2003.

DAHRENDORF, Ralf. (1959). **Classe e Conflito na sociedade Industrial**. London: Routledge; first pub. 1957).

DUTRA, T. A. G. L. **Gestão das Finanças Públicas Oportunidades de Reforma para o Modelo Brasileiro na Comparação com Países Desenvolvidos da OCDE**. Dissertação de Mestrado em Administração Pública. Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa, 2011.

ENFERMAGEM EM FOCO. Editorial. Organização político-profissional da enfermagem Sistema Cofen/Conselhos Regionais na luta pelos ideais da enfermagem brasileira. **Enfermagem em Foco**, 2011; 2(1): 46-50.

FERRAZ, L. **Controle da Administração Pública: elementos para a compreensão dos tribunais de contas**. Belo Horizonte – Mandamentos – 1999.

FERREIRA, A. V. Qualidade de Vida no Trabalho. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v.08, n 01, janeiro/março 2001.

FERREIRA, M. C.; TAMAYO, A. Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional. **Psicologia**, USF, v. 6, n. 1, p. 39-46, 2001.

FIGUEIREDO, V. de. **Kant e a Crítica da Razão Pura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

FIOCRUZ. **Atenção básica**. Sus de A a Z. [s.d.] Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em: 15 set. 2022.

FIOCRUZ. **O que é DSS?** 2022. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/>. Acesso em: 10 dez. 2022.

GALA, P. A Teoria Institucional de Douglass North. **J. Polit. Econ.**, 23 (2), Apr-Jun 2003, <https://doi.org/10.1590/0101-31572003-0684>.

GIDDENS, A. **Modernização Reflexiva**. São Paulo: Editora da UNESP, 2012.

HELLER, A. **A Teoria de las necesidades em Marx**. Barcelona: Ediciones Península, 1986.

HODGSON, G. M. Institutional economics: surveying the ‘old’ and the ‘new’. *Metroeconomica*, v. 44, n. 1, p. 1-28, 1993. In: CONCEIÇÃO, O. A. C. O conceito de instituição nas modernas abordagens institucionalistas. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 119-146, jul./dez. 2002.

HODGSON, G. M. A evolução das instituições: uma agenda para pesquisa teórica futura. *Revista Econômica*, v. 3, n. 1, p. 97-125, jun. 2001. In: CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. **Revista de Economia Contemporânea**, 2014, 18(3), p. 373–392, set. 2014.

HODGSON, G. M. A evolução das instituições: uma agenda para pesquisa teórica futura. *Revista Econômica*, v. 3, n. 1, p. 97-125, jun. 2001. In: CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. **Revista de Economia Contemporânea**, 2014, 18(3), p. 373–392, set. 2014.

HODGSON, G. M. What are Institutions? *Journal of Economic Issues*, v. 40, n. 1, mar. 2006. *In: CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. Revista de Economia Contemporânea*, 2014 18(3), p. 373–392, set. 2014.

HODGSON, G.; KNUDSEN, T. The complex evolution of a simple traffic convention: the functions and implications of habit. *Journal of Economic Behavior & Organization*, v. 54, p. 19-47, 2004. *In: CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. Revista de Economia Contemporânea*, 2014, 18(3), p. 373–392, set. 2014.

KRIEGER, N. **Determinantes Sociais de Saúde**. 2001 Cf. *In: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/determinantes-sociais-saude*. Acesso em 23 de maio 2022.

LISBOA, Marcos (Coord.) *et al.* **Uma agenda econômica pós-pandemia: parte I – qualidade do gasto público e tributação**. São Paulo: Insper, 2020.

LORENZETTI J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS F. R. S. **Gestão em Saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. Texto & Contexto Enferm**, abr/jun; 23(2): 417-25. Florianópolis: UFSC, 2014.

MACHADO, M. L. T. **Educação e Saúde: concepções teóricas e práticas profissionais em um serviço público de saúde**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. São Carlos: Universidade de São Carlos/SP, 1997.

MENDES, E. G. **A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local**. *In: MENDES, E. G. (Org.). A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-56.

MENDES, A. M. (Org). **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.

MEZZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. Barueri: Manole, 2003.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

NAZARENO, N. **Finanças Públicas**. 2. ed. Florianópolis: Publicações do IF-SC, 2010.

NORTH, D. Structure and change in economic history. New York: Norton, 1981. *In: CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. Revista de Economia Contemporânea*, 2014, 18(3), p. 373–392, set. 2014.

NORTH, D. Institutions, Institutional Change and Economic performance, Cambridge University Press, Cambridge, 1990. *In: GALA, P. A teoria institucional de Douglass North. J. Polit. Econ.*, 23 (2), Apr-Jun 2003. <https://doi.org/10.1590/0101-31572003-0684>.

NORTH, D. Institutions. *The Journal of Economic Perspectives* (1986-1998), v. 5, n. 1, 1991. *In*: CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. **Revista de Economia Contemporânea**, 2014, 18(3), p. 373–392, set. 2014.

NORTH, D. Understanding the process of economic change. Princeton: Princeton University Press, 2005. *In*: CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. **Revista de Economia Contemporânea**, 2014, 18(3), p. 373–392, set. 2014.

OLENIKE, J. E.; AMARAL, G. L. do; AMARAL, L. M. F. do. **Estudo sobre Carga Tributária/PIB X IDH: cálculo do IRBES (Índice de Retorno de Bem Estar à Sociedade)**. Curitiba: IBPT, 2018.

OLIVEIRA, D. C. de. Revendo a Categoria: necessidades humanas nas teorias de enfermagem. **Rev. Enferm**, v. 10, n. 3, p. 231-6, set/out. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

OLIVEIRA, R. P. **Autarquias – histórico, o que são e para que servem**. Estratégia Concursos, ano 2021. Disponível em: <<https://www.estrategiaconcursos.com.br/blog/autarquias-que-sao-para-que-servem/>> Acesso em: 24 mar. 2022.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. *In*: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em 20 – maio2022.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Estatísticas mundiais de saúde 2022: Monitoramento da Saúde para os ODS, Desenvolvimento Sustentável Metas**. Genebra; 2022.

PAIM, J. S. **Saúde Coletiva: futuros possíveis**. Rio de Janeiro: Med Book, 2014.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. M. de (orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014[a].

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. M. de. **Conceitos de Saúde: atualização do debate teórico-metodológico**. 2014[b].

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PERES, E. M. *et al.* **Programa de Atenção Integral à Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, 1995.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001.

PIRES, D. E. P. Divisão social do trabalho. *In*: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org). **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006a. v. 1. p. 87- 92.

PIRES, D. E. P. Divisão técnica do trabalho. *In*: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org). **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006b, v. 1., p. 92-97.

PIRES, D.E.P. **A Enfermagem enquanto Disciplina: Profissão e Trabalho**. Rev Bras. Enferm, Brasília, 2009.

PIRES, D. E. P. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Rev. Bras. Enferm.** 69 (2) • Mar-Apr 2016 • <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690202i>

PIRES D.E.P., KRUSE H.S. E. **A enfermagem e a produção do conhecimento**. J Assoc Bras Enferm 2006.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

PLATÃO. **A República**. Trad. de Enrico Corvisieri. São Paulo: Nova Cultural, 2004.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD/ONU). **Relatório do Desenvolvimento Humano 2020**. A próxima fronteira – O desenvolvimento humano e o Antropoceno. New York: PNUD, 2020.

REZENDE. Fernando, 2ª edição, Finanças Públicas, editora Atlas, 2001.

REZENDE, M. T. M. C. de. O papel social dos conselhos profissionais na área da saúde. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, 2007 12(1), p. VIII–X, jan. 2007.

RIBEIRO, W. C. Riscos e Vulnerabilidade Urbana no Brasil. **Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**. Universidad de Barcelona, vol. XIV, nº 331(65), 2008. Disponível em: <<http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-331/sn-331-65.htm> 2008>. Acesso em: 30 jun. 2022.

RUTHERFORD, M. Institutional economics: then and now. Journal of Economic Perspectives, v. 15, n. 3, p. 173-194, 2001. *In*: CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. **Revista de Economia Contemporânea**, 2014, 18(3), p. 373–392, set. 2014.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. 1999, Anais. São Paulo: APSP, 1999.

SANDRONI, Paulo. **Dicionário de economia do sec. XXI** [recurso eletrônico]. 1º ed. Rio de Janeiro: Record, 2016.

SANTOS, M. **O Espaço do Cidadão**. São Paulo: Nobel, 1987.

SANTOS, E. C. dos; OLIVEIRA, I. C. M. de; FEIJÃO, A. R. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2016, vol. 29, n. 4, pp. 363-373.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1999.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico** [livro eletrônico]. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SILVA, A. A. **A Gestão da Seguridade Social: entre a política pública e o mercado**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, L. M. V. da; FURTADO, J. P. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(12):2643-2655, dez, 2014.

SILVA, L. A. A. da; PINNO, C.; SCHMIDT, S. M. S.; NOAL, H. C., GOMES, I. E. M.; SIGNOR, E. A inserção da educação permanente no processo de trabalho da enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 6(3), 2016.

TEIXEIRA, L. A. **Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde**. Análise • Hist. cienc. Saúde -Manguinhos 21 (1) • Jan-Mar 2014 • <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

TIBÚRCIO, A. L. **Autarquias Especiais e Fundações**. Estratégia Concursos, 2022. Disponível em: <<https://www.estrategiaconcursos.com.br/blog/autarquias-especiais-e-fundacoes>>. Acesso em: 12 set. 2022.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Decisão 701/98 Plenário, de 7.10.98**. Brasília: TCU, 1998.

TROSTER, R. L. **Introdução à economia**. Edição revisada e ampliada. São Paulo: Makron Books, 1999.

VEBLEN, T. Why is Economics not an evolutionary science? *In*: VEBLEN, T. The place of science in modern civilization and other essays. New York: Russel & Russel, 1961[1898]. *In*: CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. **Revista de Economia Contemporânea**, 2014, 18(3), p. 373–392, set. 2014.

VEBLEN, T. A teoria da classe ociosa: um estudo econômico das instituições. São Paulo: Nova Cultural, 1988[1899]. *In*: CAVALCANTE, C. M. A economia institucional e as três dimensões das instituições. **Revista de Economia Contemporânea**, 2014, 18(3), p. 373–392, set. 2014.

ZAPPONI, A. L. B. **O Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde da Mulher: integralidade da assistência?** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, 2012.

ZARIFIAN, P. O Tempo do Trabalho: o tempo-devir frente ao tempo espacializado. *Tempo Social*. **Rev. Sociol.** USP, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 1-18, out. 2012.