



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LIANE SANTIAGO ANDRADE

**GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA:
Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia**

**FEIRA DE SANTANA-BA
2011**

LIANE SANTIAGO ANDRADE

**GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA:
Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia**

Dissertação apresentada à banca examinadora para defesa como requisito final de avaliação do Programa de Pós-graduação – Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Thereza Christina Bahia Coelho.

**FEIRA DE SANTANA-BA
2011**

Ficha catalográfica
Elaborado por: Denise Mascarenhas Dantas
Bibliotecária CRB 5-531

A553 Andrade, Liane Santiago
Gestão estadual da atenção básica: características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia, 2010./Liane Santiago Andrade.-- Feira de Santana, 2011.
119f.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Thereza Christina Bahia Coelho.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, 2011.

1. Atenção Primária 2. Processo de trabalho em saúde 3. Gestão em saúde 4. Regionalização I. Universidade Estadual de Feira de Santana II. Título.

CDU:614.2

LIANE SANTIAGO ANDRADE

GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA:

Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado por:

Profª Drª. Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana

Profª Drª. Heloniza Oliveira Goncalves Costa
Escola de Enfermagem/Universidade Federal da Bahia

Profª. Drª. Ana Cristina Souto
Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia

Aos meus pais, **João e Lizete** (*in memoriam*)
Exemplo de pais guerreiros, que me ensinaram os primeiros passos da vida.

Ao meu amor, **Gil Braga**
Que sempre esteve ao meu lado vivendo todos os momentos de alegria e angústia,
Hoje comemoramos esta alegria de um sonho consolidado.

A minha pequena **Sofia**,
Um presente de Deus, um novo sentido para a minha vida.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço á Deus, por possibilitar a vida e o encontro das pessoas, e em especial as pessoas que, comigo, fizeram esta história acontecer, deixo meu agradecimento sincero!!

Agradeço aos meus pais (João e Lizete), que são eternos incentivadores de minha luta e do meu crescimento, obrigada “Painho” e “Mainha”!!!

Agradeço aos meus irmãos (Fábio e Fabrício) pelas experiências que vivemos e pela nossa união que permitiu vencermos.

Agradeço a Gil Braga, meu esposo, pelo carinho, atenção e apoio que fortaleceram a minha perseverança e a minha confiança para vencer a cada dia.

Agradeço a Laura Braga, minha querida sogra, que me acolheu, ajudou-me e acreditou no meu trabalho.

Agradeço aos meus tios e tias em especial, Tia Mara, que sempre me aconselhou e incentivou uma atitude questionadora, e Tia Norma, pelo acolhimento e aposta no meu trabalho.

Agradeço a Lílian Reis, uma prima irmã, que sempre esteve presente em todo os momentos de minha vida vivendo, acolhendo e torcendo.

Agradeço aos professores do mestrado da UEFS, minha segunda casa, pela torcida, conselhos e aposta no sucesso do meu trabalho.

A Jorge e Goreth, da secretaria do Mestrado em Saúde Coletiva/UEFS, pelo apoio e atenção.

Aos colegas do curso de mestrado pelo apoio, pela convivência prazerosa, pelo compartilhar das angústias e das alegrias, que criou uma rede forte de amizade e apoio.

Agradeço aos colegas da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, principalmente da Diretoria da Atenção Básica, da 12ª Diretoria Regional de Saúde, da Diretoria de Vigilância à Saúde do

Trabalhador e da Diretoria Regional de Saúde que participou do estudo, pelo apoio, incentivo e compreensão da importância da pesquisa na nossa instituição.

Agradeço as colegas Célia Bispo e Claudine Telles, pelas palavras e pelos momentos de troca que me deram força para continuar.

Agradeço a professora Prof. Dr^a Ana Luiza Vilasbôas, pela sua amizade e apoio contínuo que tem dado na construção de minha trajetória profissional.

Agradeço a professora Prof. Dr^a. Ana Cristina Souto, pela sua sensibilidade e colocando-se a disposição para ajudar-me, bem como as professoras Prof^a Dr^a Heloniza Oliveira Gonçalves Costa e Prof^a Dr^a Gisélia Santana Souza ao apoiarem na composição da banca de defesa.

Por fim, um agradecimento especial, a Prof^a Thereza Christina Bahia Coelho, minha orientadora, por incentivar e por acreditar na minha busca, por ter possibilitado o encontro do prazer no estudo da gestão regional e por ter me ajudado com muita tranquilidade e paciência a encontrar os caminhos do conhecimento.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que este momento fosse possível deixo o meu MUITO OBRIGADA!!!!

“Ninguém nasce feito, é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos”

Paulo Freire

RESUMO

Gestão estadual da atenção básica: Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia

O federalismo brasileiro provocou, ao longo do tempo, a estruturação de arranjos institucionais que abarcassem as funções do Estado diante das necessidades da população. A revalorização do papel das secretarias estaduais de saúde e do processo de regionalização desencadeados principalmente pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e pelo o Pacto de gestão que provocaram uma reestruturação da política de saúde de vários estados. Na Bahia, no caso da atual Política Estadual da Atenção Básica, o destaque ao fortalecimento do componente loco - regional reflete um redesenho organizacional de valorização das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), ressignificando a relação entre a esfera estadual e a municipal aos moldes da regionalização solidária e cooperativa proposta pelo Pacto pela Saúde. (BAHIAb, 2008). O presente estudo objetivou analisar a gestão da atenção básica no âmbito de uma diretoria regional da secretaria de saúde do estado da Bahia no ano de 2010. O quadro teórico toma a prática da gestão a luz da Teoria da Macroorganização e do Processo de Trabalho. O estudo é qualitativo, do tipo estudo de caso. As técnicas de coleta de dados foram a observação sistematizada, as entrevistas semi-estruturadas e a análise documental. Os sujeitos da pesquisa são gestores e técnicos da atenção básica representantes de três níveis de gestão. O nível estadual regional constitui o foco do estudo com cinco representantes. Os outros foram inseridos como informantes-chave. Os resultados foram organizados em dois artigos, um tratando do processo de trabalho em si e o outro abordando as características da gestão da atenção básica da DIRES a luz do *Triângulo de Ferro* de Carlos Matus (1996). No artigo 1, os resultados revelam que os investimentos até então feitos para a reformulação do modelo de gestão da DIRES ainda são insuficientes para uma mudança da cultura organizacional enraizada por um modelo burocrático-funcional adotado pelo estado, refletindo uma atuação ainda fragmentada, descoordenada e dependente. O apoio do nível central balizada por uma proposta de educação permanente tem contribuído para a reflexão deste trabalho. No artigo 2, a análise do *Triângulo de Ferro* revelou uma gestão com baixa responsabilidade, com predomínio de urgências e improvisações. Há uma

limitada cobrança na prestação de contas por desempenho e um predomínio de um estilo mais rotineiro na solução dos problemas (pouca inovação e criatividade). A Responsabilidade apresentou-se como o vértice mais fragilizado. O mais forte foi a Direcionalidade, o que pode estar associado com o processo implementação da Política Estadual da Atenção Básica, através do apoio institucional e da educação permanente. Apesar de melhorias destacadas na descentralização de algumas ações para a gestão da atenção básica, na Dires estudada observou-se uma forte centralização de algumas decisões. O salto da mudança para dar conta de um vazio histórico da governança regional requer uma quebra das barreiras dos territórios políticos, reconfigurando e investindo nas estruturas regionais para uma gestão forte, autônoma, articulada e coesa com os propósitos da política estadual de saúde em consonância com as especificidades de cada região.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica. Processo de Trabalho em Saúde. Gestão em Saúde. Regionalização.

ABSTRACT

State management of primary: Characteristics of the working process of a Regional Health Board of Bahia

Brazilian federalism has caused, over time, the structuring of institutional arrangements that encompassed the functions of government to the needs of the population. The reevaluation of the role of state health departments and the regionalization process triggered mainly with the Operational Health Care (NOAS) and the Pact of management that led to a restructuring of health policy in several states. In Bahia, in the case of the current State Policy of primary care, highlighting the strengthening component of the loco - regional organizational redesign reflects an appreciation of the Regional Health Directories (DIRES), changing the relationship between municipal and state level, similar to the cooperative regionalization proposed by the Health Agreement (BAHIAb, 2008). This study aimed to examine the management of primary care within a regional board of health department of the state of Bahia in 2010. Theoretically the practice of management to the Theory of Macroorganização and the Labour Process. The study is qualitative, case study. The techniques of data collection were the systematic observation, the semi-structured interviews and documentary analysis. The research subjects are managers and technical representatives from three primary levels of management. The state level is the regional focus of the study with five representatives. The others were entered as key informants. The results were organized into two articles, one dealing with the work process itself and the other addressing the characteristics of primary health care management in the light of DIRES Iron Triangle of Carlos Matus (1996). In Article 1, the results show that the investments made so far for the reformulation of the model management DIRES are still insufficient for a change of organizational culture rooted in a functional-bureaucratic model adopted by the state, reflecting a performance still fragmented, uncoordinated and dependent. The support from the central level imposed by a proposal for continuing education has contributed to the reflection of this work. In Article 2, the analysis of the Iron Triangle revealed a low liability management, with a predominance of emergencies and improvisations. There are a limited collection on accountability for performance and a predominance of a more routine in solving problems (little innovation and creativity). Responsibility was presented as the apex more fragile. The strongest was the

Directionality, which may be associated with the implementation process of the State Politics of Primary Care, through institutional support and continuing education. Despite improvements highlighted in the decentralization of some actions for the management of primary care in DIRES studied for a strong centralization of some decisions. The great shift to take account of a historical gap of regional governance requires breaking the barriers of political territories, reconfiguring and investing in regional management for a strong, independent, articulate and cohesive with the purposes of state health policy in line with the specificities of each region.

KEYWORDS: Primary Care. Process Work in Health. Management Health. Regionalization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	MARCO TEÓRICO	22
2.1	A descentralização da saúde e a (re)definição da atuação na atenção básica	22
2.2	Gestão em saúde.....	28
2.3	Reflexões sobre o processo de trabalho da gestão em saúde	37
3	OBJETIVOS	41
4	METODOLOGIA	42
4.1	Tipo de estudo	42
4.2	O caso escolhido	42
4.3	Os sujeitos da pesquisa	43
4.4	As técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	45
4.5	Preparação para entrada em campo.....	45
4.6	Análise dos dados.....	46
4.7	Aspectos éticos.....	47
5	RESULTADOS	48
5.1	Artigo 1 - Processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde na gestão estadual da atenção básica, Bahia, 2010.	48
5.2	Artigo 2 - Gestão estadual da atenção básica no âmbito regional à luz do Triângulo de Ferro.	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICES	100
APÊNDICE A -	Modelo de análise da gestão regional da atenção básica	101
APÊNDICE B -	Roteiro para entrevista dos técnicos de apoio central e diretor da atenção básica	103
APÊNDICE C -	Roteiro para entrevista do técnico regional da atenção básica	104
APÊNDICE D -	Roteiro para entrevista do diretor da regional de saúde.....	105
APÊNDICE E -	Roteiro para entrevista do secretário de saúde e coordenador municipal da Atenção básica	106
APÊNDICE F-	Roteiro da observação sistemática.....	107

APÊNDICE G - Roteiro da análise documental.....	108
APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	109
APÊNDICE I - Lista de eventos observados durante a pesquisa.....	110
APÊNDICE J - Lista de documentos analisados durante a pesquisa.....	111
ANEXO	112
ANEXO A - Aprovação do Comitê em Pesquisa da SESAB.....	113
ANEXO B - Organograma da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia	114

1 INTRODUÇÃO

A organização e estruturação administrativa do Estado para o desenvolvimento das políticas públicas refletem tanto o contexto histórico, político e econômico, quanto os conflitos de interesses e os arranjos nas esferas de poder presentes nas instituições estatais e na sociedade como um todo (HÖFLING, 2001). Cada conjuntura vai determinando as necessidades e prioridades das políticas sociais e, conseqüentemente, re-configurando o desenho organizacional e as formas de intervenção do Estado.

No âmbito da saúde, este processo tornou-se evidente nas últimas décadas com o processo de construção e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Observando-se o movimento da Reforma Sanitária - iniciado no final da década de 70 num cenário de crise política, administrativa e econômica, marcado pela atuação dos movimentos sociais em busca da re-democratização do país, e pela hegemonia de projeto neoliberal - percebe-se uma força contra-hegemônica que foi crescendo e que culminou com a Constituição de 88 e a criação do SUS (BRASIL, 1990; LEVCOVITZ *et al*, 2001; PAIM, 2002).

O sistema de saúde brasileiro, até então fragmentado e centralizador, era gerido no âmbito federal pelo Ministério da Saúde (MS), responsável pelas ações de controle e vigilância de agravos; pelo Ministério da Assistência e Previdência social (MAPS), que atuava na assistência à saúde para os contribuintes da previdência (trabalhadores formais); e pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), que cuidava da formação dos trabalhadores de saúde (PAIM, 1999). No nível estadual, as secretarias estaduais de saúde (SES) operacionalizavam as ações de saúde pública prioritárias do Ministério da Saúde através de convênios com o MS, tais como a vacinação e a vigilância de agravos como dengue, esquistossomose, malária, dentre outros. E, no âmbito municipal, as secretarias municipais de saúde (SMS), tinham apenas o controle dos serviços próprios, cabendo a cada esfera de governo a tarefa de governar suas instituições, de modo que, num mesmo município havia diversos comandos, tornando o sistema desintegrado e ineficiente.

A década de 80 é marcada pela associação da democracia e descentralização de políticas como resposta ao período centralizador e autoritário (1964 a meados dos anos 80). A Constituição de 1988 redesenhou a estrutura do Estado Republicano Brasileiro, predominando

a descentralização, destacando principalmente o papel dos municípios (VIANA; MACHADO, 2009).

Os municípios, neste contexto, alcançaram uma tríplice autonomia:

...conquistaram plena **autonomia política** para eleger o poder Executivo e Legislativo municipal e legislar sobre os temas de âmbito local. A **autonomia administrativa** obtida permitiu também o pleno poder decisório para o ordenamento dos serviços públicos locais. A **autonomia financeira** permitiu a implantação de alguns impostos, definição de alíquotas de outros e liberdade significativa para aplicação das rendas municipais cumpridas, obviamente, as determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p.895-896)

Esta reformulação provocou um papel protagonista da gestão municipal (SOLLA, 2006), o que desencadeou a criação de novos municípios por todo o país (MENDES, 2001). Com esta mudança de cenário, milhares de gestores passam a ser os atores fundamentais no campo da saúde (LEVCOVITZ *et al*, 2001). Entretanto, no campo da saúde:

As decisões operacionais sobre a saúde pública dos brasileiros foram descentralizadas, mas o repasse das verbas para efetivar tais decisões não o foi. [...] Apesar das determinações constitucionais, o objetivo do governo central sempre foi o de operar essa política de saúde através de atos administrativos federais sustentados, essencialmente, pela realidade do “orçamento autorizativo”. (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 896).

Os municípios assumiram a responsabilidade pela gestão e prestação dos serviços de saúde, principalmente na atenção básica¹. Os Estados e a União passaram por um processo de redefinição de papéis, saindo de executores da maioria dos serviços, para a função de definição e coordenação da política da saúde no âmbito macro, além de prestar apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento da gestão municipal. Destaque-se que as SES apresentaram algumas dificuldades no desenvolvimento das novas funções de gestão, principalmente, as relacionadas à capacidade técnico-político-administrativa em prestar apoio aos municípios e desenvolver a política estadual de saúde. Esta situação se evidenciou especialmente no espaço loco-regional, no qual as diretorias regionais das SES funcionavam como um braço local, operacional (e/ou político) das secretarias (LEVCOVITZ *et al*, 2001; COELHO, 2001; ARTMANN; RIVERA, 2003).

¹ Portaria Ministerial nº 2.023/2004, estabeleceu que todos os municípios passaram a ser os responsáveis pela organização e execução das ações de atenção básica.(BRASIL, 2004); Pacto de Gestão 2006, todos os gestores são plenos na responsabilidade pela saúde de sua população, desde que assinem o Termo de Compromisso de Gestão (BRASIL, 2006).

A partir da década de 90, o Ministério da Saúde através das Normas Operacionais Básicas (NOB) passou a conduzir o processo de descentralização da saúde previsto pela constituição e sancionado pela Lei 8080/90. Na primeira metade da década, estas normas enfatizaram a atuação municipal na assistência à saúde. A NOB 91 promoveu a transferência financeira do INAMPS para estados e municípios através de convênio. A NOB 92 avançou no conceito de integralidade e reconhecendo 1.074 municípios como municipalizados. A NOB 93 condicionou o enquadramento dos municípios às condições de gestão definidas no processo de municipalização. A partir da NOB/96, “a descentralização é acoplada a estratégias de indução da organização da rede e mudança no modelo de atenção, e estendida às áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, sob forte regulação federal, sendo intensificados esforços de resgate do papel dos estados” (VIANA; MACHADO, 2009, p. 812).

Em dezembro de 2000, 99% dos municípios brasileiros já estavam habilitados em uma das condições de gestão da Norma Operacional Básica (NOB/96), sendo que cerca de 90% destes na Gestão Plena da Atenção Básica (LEVCOVITZ *et al*, 2001). Esta evolução da habilitação conduzida de forma direta pelo Ministério da Saúde, principalmente pela indução financeira, com pouca ou quase nenhuma intermediação das secretarias estaduais de saúde, contribuiu para uma reduzida atuação e limitada capacidade de apoio técnico-operacional e financeiro aos gestores municipais por parte da Secretaria de Estado da Saúde (CECILIO *et al*, 2007).

A cada norma pontos de conflito do processo de descentralização do SUS eram esclarecidos, outros continuavam confusos. Na medida em que aumentava o tensionamento e a participação dos gestores das esferas de governo, o processo de descentralização da saúde no Brasil ia sendo desenhado. Com a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS publicada em 2001, e reeditada no ano seguinte 2002 (BRASIL, 2002) surge uma proposta de regionalização da assistência à saúde, que almejava resolver aqueles problemas através de uma descentralização com equidade no acesso. Ficou mais evidente a necessidade de articulação entre as SMS e de fortalecimento das SES para regular/organizar redes hierarquizadas, resolutivas, promovendo mais equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis (ARTMANN; RIVERA, 2003).

Um marco destacado por SOLLA (2006) foi a retirada - através da Portaria Ministerial nº 2.023, de 23 de setembro de 2004 - da necessidade de habilitação para a gestão da atenção básica prevista na NOB/96, reconhecendo que todos os municípios e o Distrito

Federal são responsáveis, no sistema municipal de saúde, pela gestão, organização e execução das ações da atenção básica (BRASIL, 2004).

Posteriormente, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), ao fortalecer a implantação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), contribuiu para uma expansão das experiências de negociação regional possibilitando um compartilhamento da gestão do sistema de saúde, regionalizando-a.

O processo de descentralização do SUS que culminou com a municipalização, tencionou, em curto espaço de tempo, uma organização ou reestruturação das secretarias municipais, a fim de atender às suas novas responsabilidades. O Ministério da Saúde teve um importante papel na indução deste processo, e em menor grau as SES. Entretanto, diante da baixa capacidade técnica e financeira da grande maioria dos municípios, sua responsabilização crescente quanto à implementação de programas e políticas de saúde gerou, na opinião de Bodstein (2002), um conjunto considerável de riscos e incertezas. Ainda segundo esta autora:

...as análises do processo de implementação da descentralização da saúde têm evidenciado o despreparo da esfera municipal e a precariedade da sua estrutura técnico-administrativa voltada à prestação de serviços de saúde, não sendo raros os exemplos em que a própria montagem dessa estrutura coincide com o momento em que o município assume a gestão da rede de serviços e passa a receber diretamente os recursos federais (p. 409).

No caso das SES, para Barreto Jr. e Silva (2004) estes problemas gerados com a municipalização principalmente pela falta de articulação regional entre os municípios, trouxeram a regionalização da atenção para a agenda do SUS, evidenciando o gestor estadual com papel central neste processo. Apesar deste cenário, uma problemática comum verificada é a inadequação do sistema de gestão da regionalização, bem como o fraco desenvolvimento de capacidades gestoras das SES e estruturas intermediárias, e de todo sistema em geral (ARTMANN; RIVERA, 2003).

CECILIO *et al* (2007) encontraram um predomínio de gestores que não têm formação e nem experiência na gestão da “coisa pública”, pouca compreensão do SUS como política pública e sua responsabilidade, enquanto gestor, para garantia de tal política no nível municipal. Identificaram uma variedade de configurações das equipes municipais, associada à influência de fatores como: o tamanho do município, a complexidade da rede de serviços sob sua gestão, o contexto político; e, quanto aos gestores, à sua governabilidade junto ao prefeito, a sua trajetória pessoal, o seu projeto político pessoal e sua articulação político-partidária

local. Estes autores concluíram que a baixa capacidade de governo dos gestores municipais constitui-se um tema estratégico para a implantação do SUS, devido à descontinuidade político-administrativa nos municípios, à grande rotatividade e o despreparo dos gestores municipais, com baixa capacidade de formulação, implementação e avaliação de políticas locais.

Facchini *et al* (2006), em estudo realizado em municípios das regiões Sul e Nordeste, avaliando o desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil, encontraram que:

...na maioria dos municípios, o monitoramento e a avaliação da atenção básica à saúde era irregular e materialmente desestruturado. A supervisão era de caráter informativo, com vistas a repassar aos profissionais de saúde e coordenadores de UBS normas e procedimentos burocráticos, geralmente associados ao faturamento do SUS ou a reclamações de usuários e da mídia. (...) a gestão da ABS necessita de um forte estímulo para seu desenvolvimento, não apenas em termos materiais, mas particularmente de capacitação de gestores e de estratégias gerenciais focadas nos objetivos prioritários. (p.679)

Neste sentido, Bezerra e Nascimento (2005), ao estudarem a implantação do PSF no município de Feira de Santana-BA observaram um descompasso entre a proposta da estratégia de saúde da família e a realidade do seu processo de implantação, mais fortemente permeada por “interesses políticos” eleitoreiros do que por uma política pública voltada para o atendimento das necessidades de saúde da população. Esta situação revela um nítido despreparo de grande parte dos municípios e dos seus formuladores de políticas.

Percebe-se que, diante das limitações da gestão municipal e dos problemas de caráter regional, o papel da esfera estadual no fortalecimento de espaços regionais de gestão torna-se necessário. Segundo Bodstein (2002, p. 410), “sem a efetiva coordenação e planejamento regionais, corre-se o risco de que o processo de descentralização se pulverize e perca efetividade, distanciando-se dos principais objetivos do SUS”.

Alguns questionamentos são levantados por Cecílio *et al* (2007) frente à atual situação da gestão municipal: “quais as estratégias mais adequadas para enfrentar essas deficiências? De quem seria a responsabilidade de condução de processos de preparo dos gestores municipais atuais e dos que virão em um fluxo constante nas próximas eleições?” (p. 206).

Esses questionamentos reforçam a problemática da insuficiente capacidade de gestão municipal e do papel estadual de apoiar e fortalecer essa gestão. Mas outra questão surge: estaria a SES pronta e capacitada para desenvolver tal papel?

Diante deste cenário e após demoradas negociações entre Ministério da Saúde e representantes dos secretários estaduais e municipais, são instituídas mudanças nas regras regidas pela NOAS/02, com a publicação da portaria nº 399/2006, que instituiu o Pacto pela Saúde, tendo o Pacto de Gestão como um dos seus eixos (BRASIL, 2006b). O Pacto de Gestão objetivou organizar a regionalização da atenção à saúde e estabelecer parâmetros para a firmação de um pacto intergovernamental, propondo uma *regionalização solidária e cooperativa*. Para Solla (2006), neste novo pacto destaca-se o fim do processo cartorial de habilitação e sua substituição pela formalização de termos de compromisso de gestão que definam a responsabilidade sanitária e os compromissos de cada esfera de governo.

Problematizando esta situação da qualificação da gestão do SUS, Paim (2006) destaca que a produção científica no campo da organização e gestão dos serviços de saúde ainda não dispõe de uma sólida base teórica, nem de um conjunto de investigações, seja na literatura especializada brasileira ou latino-americana, que possibilite a orientação das ações.

No caso da Política Nacional da Atenção Básica (2006) esta re-organização do sistema de saúde no Brasil com redefinição de papéis entre os entes federados é bem clara: “Os municípios (...), como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da atenção básica, pela organização e execução das ações em seu território” (p.3). Para os estados, uma de suas principais competências na atenção básica é “prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2006, p. 2-3).

No contexto da Bahia após a publicação desta política, uma nova gestão estadual assumiu a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Foi realizado um diagnóstico da situação da Atenção básica no estado no início de 2007. Os principais problemas encontrados não se distanciam dos citados nos estudos acima. Dentre outros foram relatados: baixa cobertura da estratégia Saúde da Família, precarização das relações de trabalho, rotatividade de profissionais de saúde, baixa qualidade da atenção, predomínio do modelo hegemônico médico centrado, sistema desarticulado, poucos investimentos em educação permanente e na qualificação dos trabalhadores, baixa capacidade de gestão loco-regional (BAHIAb, 2008).

Partindo deste trabalho, foi estruturada a atual Política Estadual da Atenção Básica (PEAB) que contém sete projetos estratégicos (quadro1), destacando-se dentre eles, o de “Fortalecimento da Gestão Municipal e Regional”. Este projeto tem como propósito o fortalecimento da gestão loco-regional, convergindo com as recomendações de

potencialização do processo de descentralização destacado por vários autores (LEVCOVITZ *et al*, 2001; COELHO, 2001; BODSTEIN, 2002; BRASIL, 2006b; CECÍLIO *et al*, 2007).

Eixo	Situação encontrada	Projetos estratégicos
I	Baixa Cobertura e Estagnação da expansão da Estratégia de Saúde da Família	Expansão da Saúde da Família com Inclusão Social
II	Precarização das relações de trabalho	Desprecarização e Valorização do Trabalhador
III	Mercado Predatório com alta Rotatividade de profissionais	Carreira de Saúde da Família – Fundação Estatal Saúde da Família
IV	Baixa Qualidade da atenção, modelo Hegemônico e Desarticulação do conjunto do Sistema	“Saúde da Família Pra Valer” – qualificação da atenção e do cuidado
V	Inadequação do Perfil dos trabalhadores e baixo investimento em Educação Permanente	O SUS é uma Escola” – formação de gestores e trabalhadores
VI	Baixa capacidade de Gestão Loco-Regional	Descentralização Solidária e Fortalecimento da Gestão Municipal e Regional
VII	Pouca Potência do Controle Social	Fortalecimento da Participação Popular e do Controle Social

QUADRO 1 Relação entre a situação encontrada e o respectivo projeto estruturante da Política Estadual da Atenção Básica, Bahia, 2008 (BAHIAb, 2008).

Devido à fragilidade das instituições de saúde frente aos problemas já sinalizados, é fundamental conhecer as inovações no âmbito gerencial e no desempenho institucional para uma posterior avaliação de resultados e impactos mais substanciais (BODSTEIN, 2002).

A “Saúde da Família de Todos Nós”, como foi designada a PEAB, vem sendo implementada desde 2007 com a proposta de uma gestão democrática, colegiada e participativa, embasada no fortalecimento institucional das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), e ampliação da capacidade destas em oferecer suporte à gestão municipal da atenção básica (BAHIAb, 2008). Os técnicos regionais, então, são colocados como um dos principais interlocutores e protagonistas na gestão loco-regional.

Esse cenário difere de outros momentos da SESAB, em que as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES) tinham uma participação reduzida nas discussões da secretaria, chegando, em um período de reforma administrativa (2000), ser levantada a possibilidade de extinção de algumas delas. Nesta fase, em que a gestão de Fernando Henrique Cardoso buscava implementar uma Reforma de Estado, havia um entendimento da gestão estadual (governador César Borges; Secretário de Saúde - Dr. José Maria Magalhães Neto), de que o “enxugamento” do aparato estatal poderia se dar via redução do número de DIRES, de 30 para 15 (COELHO, 2001), o que não se verificou.

Neste sentido, considerando os propósitos da PEAB de fortalecer a atuação das DIRES na gestão da atenção básica regional, fica evidente a importância do gestor regional

enquanto sujeito na operacionalização das políticas de saúde e a necessidade de melhor dimensionamento dos obstáculos surgidos no processo de descentralização.

Esta nova dimensão alcançada pelo âmbito regional, por sua vez, lança alguns questionamentos para esse estudo:

Quais as características do sistema de gestão regional da atenção básica numa diretoria regional de saúde do estado da Bahia?

Como vem sendo desenvolvido o processo de trabalho dos técnicos regionais nas práticas de gestão da atenção básica em 2010?

A abordagem do objeto deste estudo – as práticas de gestão regional na atenção básica – requer uma discussão teórica nos campos da descentralização, gestão e processo de trabalho em saúde.

2 MARCO TEÓRICO

Num primeiro momento é contextualizado o entendimento conceitual sobre a descentralização e como tal processo desenvolveu-se no sistema de saúde brasileiro. Tendo a atenção básica como recorte deste trabalho, serão discutidos o redesenho de atribuições e a constituição de novos papéis e atores, bem como pontuados os desafios da atenção básica frente ao atual cenário do processo de descentralização.

Articulada com esta discussão da reforma do sistema de saúde, a gestão deste sistema foi sendo construída ao longo do tempo carregada de encontros e desencontros, levando a estudos e debates sobre os modelos de gestão. Para apoiar a análise da gestão em saúde, a Teoria Macroorganizacional de Carlos Matus (1997) tem sido utilizada em alguns trabalhos. Fechando a base teórica de abordagem descentralização/gestão/prática, são levantadas as contribuições da teoria do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994) e da micropolítica do trabalho (MERHY, 2002a) para a discussão das práticas de gestão regional.

2.1 A Descentralização da Saúde e a (re)definição da atuação na atenção básica

O SUS surge num contexto de contradições e conflitos em que, de um lado destaca-se a luta de movimentos sociais e o envolvimento dos defensores da Reforma Sanitária por uma saúde universal, baseada nos princípios da democracia. De outro lado, encontra-se a defesa de uma saúde pública simplificada, para pobres, com programas verticais e focalizados, sustentados por grupos hegemônicos e por princípios neoliberais de Estado mínimo e liberdade do mercado capitalista (PAIMA, 2002).

A implantação do SUS representou uma grande reforma administrativa do setor, quando competências e estruturas foram revistas e adaptadas para atender às prerrogativas normativas da saúde. Mudanças organizacionais amplas requerem um grande investimento e acúmulos no campo econômico, político e administrativo, pois estas significam quebra de paradigmas, e a constituição de uma nova cultura organizacional². Neste caso, ocorreu uma

² É o conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender lidar com problemas da adaptação externa e integração interna e que funcionaram bem o suficiente para serem

substituição de uma estrutura centralizada para uma descentralização de responsabilidades para estados e municípios.

A crise das estruturas do Estado em vários países levantou o debate sobre o que seja centralização/descentralização nas instituições. Mendes (2001) ao discutir as origens deste conceito pontua que o conceito de descentralização vai além de um conceito único, articulado como o oposto da centralização. Pelo contrário, numa realidade política, a descentralização apresenta-se como “uma unidade dialética que se exprime, factualmente, pela convivência de tendências de centralização e descentralização, ainda que o vetor de maior peso possa ser o descentralizatório” (p. 17).

Avançando neste debate o mesmo autor apresenta a proposta de Rondinelli como uma maneira de precisar a descentralização através de quatro formas: **desconcentração** – deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório; **devolução** – transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico, que adquire autonomia política e administrativa; **delegação** – envolve as relações entre Estado e sociedade civil, onde o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não-governamentais, que continuam com financiamento e regulações estatais; e **privatização** – transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob domínio das regras do mercado (MENDES, 2001).

Estas formas podem ver visualizadas no sistema de saúde no Brasil: a **desconcentração** através da criação de sedes regionais do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde; a **devolução** é verificada com a municipalização e estadualização de funções do governo federal; a **delegação** caracteriza-se pela atuação de organizações sociais e agencias reguladoras; e a **privatização** é verificada com a contratualização de serviços privados para a gerirem entidades públicas na forma de organizações sociais (OS), por exemplo (MENDES, 2001).

Segundo Artmann e Rivera (2003), as normas operacionais de saúde contribuíram para uma forte descentralização, que levaram a uma autonomia crescente dos municípios, porém, com fragmentação do sistema de saúde, e gerando, em muitos casos, mais iniquidade, devido aos critérios de financiamento que privilegiaram os municípios mais populosos e com

maior capacidade de oferta. Este fenômeno foi denominado por Mendes de “municipalização autárquica” (Mendes, 2001).

Além disso, a NOAS 01/02 trouxe como macroestratégia uma lógica de planejamento integrado através de redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamentos que garantam o acesso a todos os níveis de atenção necessários. Neste momento é iniciada a discussão sobre “região”, o que vai culminar na definição do Plano Diretor de Regionalização. A definição de uma região tem base na intencionalidade da autoridade política, que:

...afirma uma compreensão de território a partir das necessidades de execução de determinados serviços públicos, do exercício do poder regulatório do estado ou, por exemplo, da focalização de políticas públicas setoriais em determinada parte do território (ARTMANN ; RIVERA, 2003, p.7).

Esta definição não é uma tarefa fácil, tanto que a construção do Plano Diretor de Regionalização - PDR, por exemplo, na Bahia, a discussão gerou vários conflitos entre os gestores, principalmente na definição das regiões de saúde e a abrangência dos municípios pólo.

O processo de descentralização levou a delimitação dos campos de atuação dos entes federados. Em relação à atenção básica, recorte deste trabalho, percebe-se que ao longo do período de conformação do SUS ocorreu uma grande valorização da gestão municipal. Ou melhor, o gestor municipal tornou-se ator privilegiado no jogo político-administrativo que se estabelece, passando a controlar um capital econômico e simbólico antes em mãos dos atores federais e estaduais. Mas a atenção básica ampliada se constitui enquanto campo de práticas de saúde também marcado por normas e esforços constantes de controle que geram reações por parte dos municípios.

Pensar, portanto, o conceito de região enquanto campo social, no contexto da descentralização da saúde, implica considerar as necessidades de controle dos atores federais e de capacitação dos atores municipais, em cujo vácuo se faz presente o ente intermediário, representado pelas diretorias regionais das secretarias estaduais de saúde.

Durante estas duas últimas décadas, a definição destas regiões de atuação da gestão do SUS, revelou uma fragmentação e uma desorganização dos serviços, levando ao isolamento dos sistemas locais de saúde. O papel do estado, enquanto mediador e coordenador dos espaços intermunicipais, passou a ser re-valorizado tardiamente na Norma Operacional da

Assistência em Saúde 2001/2002 (NOAS) e no Pacto pela Saúde (2006), onde ocorrem avanços com o processo de regionalização da política de saúde (LEVCOVITZ *et al*, 2001; CECÍLIO *et al*, 2007; LIMA *et al*, 2010).

Assim, vários problemas que extrapolam a governabilidade municipal requerem a participação dos gestores estaduais na condução de estratégias que contemplem o planejamento e a consolidação de sistemas regionais de saúde (ARTMANN; RIVERA, 2003).

No caso da atenção básica, a observação destas mudanças organizacionais, identifica-se inovações em termos conceituais e de definição de papéis entre as esferas de governo. Dentro deste arcabouço histórico e jurídico institucional, a atenção básica no Brasil passou a ser a reorientadora do SUS, porta de entrada do sistema de saúde, numa concepção hierarquizada do SUS. O entendimento conceitual do seu campo de ação vem sendo debatido e revisitado, considerando experiências nacionais e internacionais. Atualmente, o Ministério da Saúde através da atual Política Nacional da Atenção Básica, compreende esta como:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006a, p. 2)

Este conceito, que será considerado neste trabalho, apresenta uma concepção ampliada e requer, para ser implantado na prática dos gestores e trabalhadores de saúde, o acesso a vários conhecimentos e tecnologias de áreas além da saúde, bem como a articulação entre os três entes federais.

Nesta política, o papel do estado é (re)definido, tendo como suas principais responsabilidades das SES na Atenção básica (AB):

- Acompanhar a implantação e execução das ações de AB (...);
- Contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à AB e estímulo à adoção da ESF (...);
- Regular as ações intermunicipais;
- Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território (...);
- Co-financiar as ações da AB e da ESF e ser co-responsável pelo monitoramento da utilização dos recursos transferidos aos municípios;

- Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da AB/ ESF com vistas à institucionalização da avaliação (...);
- Prestar assessoria técnica aos municípios no processo de organização da AB e da implementação da ESF, bem como em seus processos avaliativos; e
- Promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da AB. (BRASIL, 2006a, p.105 -106).

Na maioria das SES, estas responsabilidades são desenvolvidas no âmbito do nível central (coordenações ou diretorias da atenção básica), sendo aquelas relacionadas ao contato mais próximo com os municípios, deixadas a cargo dos gestores e técnicos das regionais de saúde. As instâncias regionais da SES, embora existam enquanto setor ou departamento, isto é, como partes de uma organização, no espaço loco-regional terminam assumindo uma identidade própria que a diferencia da instância central, mesmo sem autonomia jurídica, observados em alguns estudos (LIMA;RIVERA, 2006; LOPES, 2010). O que significa dizer que, apesar de representar no espaço social local a organização mais ampla, que no caso da Bahia é a SESAB, cada Dires vai constituindo sua história e cultura - identidade própria - nas relações entre os sujeitos que a compõem e os demais atores do campo em questão.

Estes desenhos informais caracterizam a força molecular destes espaços que acabam influenciando ou disputando com as estruturas mais molares das instituições (estruturadas) fortemente influenciadas pelos atores e o contexto social e institucional vivido. Representa a relação dialética entre o instituído e o instituinte, entre o organizante e o organizado (processo de institucionalização-organização) como destaca Baremblytt (1996) na teoria da análise institucional.

Já os municípios passaram a ser os responsáveis pela execução propriamente dita da Atenção básica, ficando para o gestor estadual o papel de avaliar e acompanhar, visando a melhoria da qualidade e resolubilidade da assistência primária desenvolvida pela esfera municipal (BARATA 2003 *et al.* apud BARRETO JÚNIOR, 2004).

Estas mudanças de papéis provocaram o surgimento de vários desafios, principalmente relacionados à capacidade de gestão por parte dos municípios e dos estados. Segundo o CONASS, os problemas enfrentados na organização da atenção básica, por exemplo, são potencializados pela:

...fragilidade da gestão na maioria dos municípios, muitos dos quais nem mesmo possuem estruturas organizadas de gestão em saúde, bem como a baixa capacidade de apoio técnico de muitas das SES e, em especial, de suas estruturas regionais, que são, em última instância, o primeiro ponto de contato do gestor municipal com o sistema regional e estadual de saúde (BRASIL, 2007, p.30).

Lima e Rivera (2006) ao estudarem a gestão no Rio Grande do Sul colocam que a região de saúde é um espaço de grande relevância frente às atuais mudanças com as políticas de descentralização. Entretanto, os mesmos pontuam que a falta de integração regional e o modo burocrático e centralizado com que atuam as instâncias de gestão regional, ligadas às secretarias estaduais, contrariam as possibilidades de implantação destas mudanças. É necessária a construção de uma gestão forte no espaço regional para que ela possa assumir o papel de intermediação colocado e cumprir com as responsabilidades propostas.

Por outro lado, a gestão regional voltada para a atenção básica se defronta com os problemas que atingem o Programa de Saúde da Família como um todo. Os autores Andrade, Bueno; Bezerra (2006) pontuam os desafios presentes e futuros para o SUS e para as Equipes de Saúde da Família (p. 830):

- **Capacitação dos gestores** para o exercício de gestão da atenção primária, focada nas famílias;
- **Capacitação dos profissionais** de saúde que são trabalhadores das equipes de saúde da família e alinhamento das filosofias de exercício profissional da atenção primária e da atenção especializada;
- Mudança nos cursos de graduação da área da saúde para **formação de profissionais generalistas**, comprometidos com os princípios dos SUS, especialmente nos cursos de graduação de medicina;
- Implementação do artigo 200 do capítulo da Constituição Federal, que define que cabe ao setor de saúde **regular a formação de recursos humanos** para o SUS, adequando à formação de profissionais de saúde do País às necessidades de saúde da população;
- Investimento na **interdisciplinaridade** das ações da ESF e aprimoramento da **integralidade** para garantia de uma APS mais resolutiva;
- Busca de um conjunto de **medidas de qualidade** (p. ex. processo e resultado) para que haja um processo disseminado e consistente de monitoramento e avaliação dos programas no nível local;
- **Estabilidades das relações profissionais e de trabalho** para que haja continuidade e solidez no estabelecimento das relações entre equipes de saúde da família e os membros da comunidade;
- Garantia dos mecanismos formais de **participação popular** em busca de uma ESF mais responsiva às necessidades locais;
- Implementação de **políticas de comunicação social** que garantam forte apoio popular ao SUS e à ESF; dando conhecimento à população das grandes virtudes do Sistema Público de Saúde Brasileiro, apesar dos problemas existentes. (negrito nosso)

Considerando a importância da atenção básica na organização do sistema de saúde, observar o desenvolvimento da gestão diante da Política Nacional da Atenção Básica representa um bom marcador para acompanhar, por exemplo, a descentralização do SUS e a redefinição do papel da SES. A questão que se coloca é como se configura a gestão frente a

esta política dentro de um campo já historicamente tensionado, o espaço da gestão regional “da” saúde?

2.2 A gestão em saúde

A gestão, segundo o Dicionário Aurélio, é o *ato de gerir; gerência, administração*. E administração é conjunto de princípios, normas e funções que têm por fim ordenar a estrutura e funcionamento de uma organização (empresa, órgão público, dentre outros). Esta definição refere-se a entendimento clássico da dimensão do gerir como uma ação sobre as ações dos outros.

Junqueira (1990) ao discutir a gestão em serviços públicos de saúde considerou a gerência como fator determinante para o alcance dos objetivos organizacionais mediante o planejamento, a coordenação, a direção e o controle, para o qual iria se requerer do gestor “conhecimentos e habilidades nas dimensões técnica, administrativa e psicossocial”:

O gerente deve mobilizar e comprometer seus funcionários na organização e produção dos serviços de saúde. Retoma-se a idéia de equipe de saúde, repensando o papel de cada profissional. Discute-se a lógica das organizações públicas onde ainda prevalece o interesse da burocracia em prejuízo de clientela. O gerente, como uma pessoa de decisão, necessita, para exercer seu papel de informações, de autonomia e de um referencial. (JUNQUEIRA, 1990, p.247).

Paim (2002b) ao refletir sobre os modelos de gestão na saúde apresenta o conceito de gestão como “a condução de processos, grupos e instituições em função de uma direcionalidade” (p. 332) e diferencia a gerencia como uma ação mais limitada, voltada para a administração das coisas. Embora, o mesmo admita não fazer muito sentido a distinção entre gestão e gerencia.

No campo da saúde, a gestão tem sido bastante discutida, seja no âmbito das instituições, seja da Saúde Coletiva, na área de Política, Planejamento e Gestão (PP&G). Paim e Teixeira (2006, p. 78) destacam que:

Em relação ao planejamento e gestão, os traços característicos são a diversificação das abordagens e, especialmente, o desdobramento dos estudos teórico-conceituais em propostas tecnológicas. Tais propostas vêm se difundindo na prática institucional, gerando uma multiplicidade de relatos, estudos de caso e pesquisas avaliativas.

Atualmente, as várias contribuições da Teoria Geral da Administração (TGA), o cenário do mundo contemporâneo (como a era da informática, as acumulações das instituições e a velocidade das mudanças culturais e econômicas nas últimas décadas), e os estudos desenvolvidos nesta área têm implicado na reformulação e proposição de vários modelos de gestão.

Merhy (2002a) ao discutir a micropolítica do trabalho vivo em ato e o momento da transição tecnológica, faz uma crítica à TGA frente aos propósitos de algumas de suas teorias:

(...) às vezes assistimos a processos intra-organizacionais que tem a pretensão de provocar mudanças de modo controlado e, neste sentido, vale destacar como tem-se buscado um conjunto de tecnologias que tem como desafio não só o controle do trabalho vivo em ato na produção de bens [o ato do trabalho em si], mas também o da sua própria capacidade de mudanças. Aliás, este tem sido um tema bem permanente para algumas das correntes que compõem a Teoria Geral da Administração, que foram e são produzidas com a finalidade de construir modos de ações, os quais visam uma gestão organizacional “capturadora” do trabalho vivo produtor de produtos finais e a sua direcionalidade, a fim de provocar mudanças (2002a, p. 97).

Para este autor, gerir é menos capturar sujeitos para um trabalho e mais “construir” sujeitos. O papel de um gestor num grupo, numa organização estaria na capacidade de mobilizar as pessoas em direção do cumprimento dos produtos finais almejados, para tanto, apenas o investimento em mudanças de regras, leis e formas organizativas, não seria suficiente para conferir bons resultados. A eficácia da ação do homem sobre seu projeto depende do investimento no próprio homem (valores e conhecimentos), apenas mudando as regras e os organogramas não se muda as práticas de trabalho (MATUS, 1997).

Por outro lado Chiavenato (2003), ao pontuar sobre o futuro da TGA no contexto atual, cita, por exemplo, que as organizações estão migrando velozmente para o trabalho em equipe, com o propósito de obter a participação das pessoas e buscar respostas rápidas às mudanças no ambiente de negócios que permitam atender às crescentes demandas dos clientes. As equipes devem ser levadas a um excelente desempenho, que tenham como atributos: participação, responsabilidade, clareza, interação, flexibilidade, foco, criatividade e velocidade na atuação sobre problemas e oportunidades.

No âmbito da administração pública em saúde, apesar de algumas iniciativas de qualificação da gestão, o que se observa são práticas centralizadoras, descontextualizadas, com um excesso de formalismos na maioria das organizações, desconsiderando, muitas vezes, as suas especificidades. Segundo Barbosa (1997), a racionalidade burocrática, característica destas instituições, expressa uma valoração no cumprimento de normas de processo, dando

pouca ênfase aos resultados. A centralização da administração pública é uma condição associada à sua lógica burocrática e também impacta fortemente no desempenho das suas organizações, principalmente no espaço local que tem uma limitada autonomia. O mesmo autor afirma que a centralização acaba sendo um grande obstáculo para o alcance do melhor desempenho organizacional.

As instâncias superiores a *priori* teriam um papel de definir diretrizes mais gerais, enquanto que “os objetivos seriam de competência local, nos limites que os meios possibilitam e obedecidas diretrizes centrais” (BARBOSA, 1997, p. 153).

Matus (1997) ao discutir sobre a responsabilidade das organizações públicas por seus produtos finais, faz uma crítica a gestão pública na América Latina, citando por exemplo, que em um ministério de construção de obras é considerado normal uma licitação demorar cerca de 18 meses. Para o autor esta baixa qualidade de gestão caracteriza-se por:

a) la indefinición de responsabilidades; b) la inadecuada distribución de la gobernabilidad ;c) la inversión de los valores sobre lo que es importante y secundario; y d) el constante y deficiente combate a las emergencias. Toda la acción gerencial llega a ser *reactiva*. Cualquier acción normal de gerencia se convierte en crítica. (p. 138)

Este contexto enfatiza a necessidade de estudos e propostas de modelos de gestão para as instituições públicas que sejam menos burocráticos, com maior plasticidade, ampliação de espaços coletivos de decisão e que tenham como foco a defesa dos interesses públicos. Estudos que contemplem a gestão pública em respeito às práticas que a constituem, práticas que, por serem sociais (MENDES-GONÇALVES, 1994) respondem às determinações políticas, econômicas e ideológicas da estrutura social mais ampla e às diversas articulações que esta prática social e institucional pública faz com o tecido social onde está imersa (LUZ, 1982).

No campo da análise das práticas de gestão, vários autores da área da saúde têm utilizado a Teoria Macroorganizacional do Planejamento Estratégico-Situacional - PES (BARBOSA, 1997; RIVERA; ARTMANN, 1999; LOTUFO, 2003; LIMA e RIVERA, 2006; VILASBÔAS, 2006).

A teoria Macroorganizacional, Matus (1997) concebe a **macroorganização** como um conjunto de unidades organizativas que operam num espaço político-institucional sem uma liderança única. A macroorganização é um jogo, onde cada organização participante é um jogador com grau relevante de autonomia, que se articulam através de relações que obedecem as regras do jogo. A **organização** por sua vez, tem uma liderança hierárquica que

comanda através de suas unidades componentes por meio de relações hierárquicas através de relações de dependência que exigem obediência, conforme figura abaixo. No caso da saúde, o SUS representaria uma macroorganização que é composto por várias organizações como Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, por exemplo.

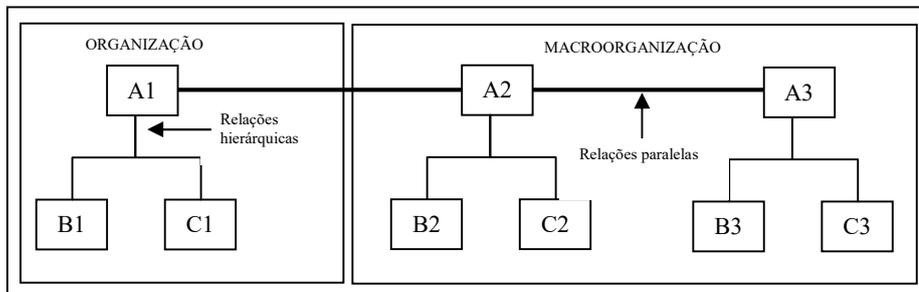


FIGURA1 Relações e hierarquia e relações paralelas (MATUS, 1997, p. 176).

Para reger a convivência entre as instituições e evitar o caos, a macroorganização possui cinco regras que o sistema se auto-impõe determinando os limites do jogo institucional:

- a) **Direcionalidade** – consiste na definição da missão ou funções que devem ser cumpridas como resposta a alguma demanda ou necessidade social atual ou potencial. Para Matus (1997), as necessidades são problemas no conjunto da população desorganizada ou fragmentada. Quando estas são declaradas por uma liderança política de uma organização com respaldo de poder no jogo macroorganizativo a necessidade vira demanda para a organização, qualificando a sua missão.
- b) **Macroinstitucionalização** – representa no modelo de organização dos organismos públicos aceito pelo modelo macroorganizativo: núcleo central (nacional, estados e municípios), institutos descentralizados, empresas públicas entre outros;
- c) **Departamentalização** – constitui na divisão do trabalho organizacional e adequada definição de competências de acordo a missão. As regras de direcionalidade são atendidas pelas *unidades terminais*, enquanto que estas necessitam das *unidades intermediárias* para existirem;
- d) **Governabilidade** – representa o controle da capacidade de decisão relevante para a gestão do departamento. Estabelece o equilíbrio entre missões assumidas e as competências cumpridas. Define o grau de concentração e descentralização do jogo macroorganizativo e em cada instituição; e

- e) **Responsabilidade** - corresponde à existência de um sistema de prestação de contas dos resultados que confirme os objetivos, qualifica o jogo como de alta ou baixa responsabilidade (MATUS, 1997).

Estas regras vão atuar nos sete níveis do desenho hierárquico das organizações e da macroorganização, apresentado pelo autor no quadro 2.

Para os propósitos deste trabalho será privilegiado o nível 6, nos quais as regras de governabilidade e responsabilidade atuam, assim como em todos os níveis diferente das outras regras. No plano das acumulações ou capacidade de produção de cada instituição, estas regras conformam três sistemas-chaves, conformando o *Triângulo de Ferro*:

- a) formación de la *agenda del dirigente*, que asigna del uso de tiempo y fija o foco de atención de quién dirige;[direccionalidade]
- b) *petición y prestación de cuentas por desempeño*, que evalúa, valora, premia y castiga los resultados de la gestión y el esfuerzo por alcanzarlos; y [responsabilidade]
- c) *gerencia por operaciones*, que determina el estilo creativo o rutinario de la gestión diaria de la organización, en sus extremos de innovación o decadencia.[governabilidade] (MATUS, 1997, p 209,[comentário nosso])

Níveis do desenho organizativo		Regras de				
Grandes Níveis	Sub-níveis	Direcionalidade	Macroinstitucionalização	Departamentalização	Governabilidade	Responsabilidade
		Macroregulação	1. Padrão político – ideológico – determina o tamanho, o peso e o volume do aparato público, junto com as missões e funções que deve cumprir (p.85).	X		
2. Padrão macroinstitucional – determina a variedade e o tipo de organismos públicos e semi-públicos que aceita o desenho organizativo, estabelecendo para cada organização o grau de autonomia e flexibilidade para o cumprimento de sua missão e o seu funcionamento (p.86).			X		X	X
Macro desenho	3. Desenho macroorganizativo – cria organizações concretas e estabelece a relação entre as missões, funções e as entidades públicas responsáveis por seu cumprimento (p. 124)			X	X	X
	4. Desenho organizativo de cada departamento – define os aspectos de toda a organização: a tecnologia institucional de produção e a responsabilidade pelos produtos terminais da instituição. Se formaliza em um organograma que estabelece hierarquias organizativas e delimita as responsabilidades por funções (p. 87 e 126).				X	X
	5. Desenho das macropráticas de trabalho – corresponde ao trabalho da alta direção de uma organização. É determinante da capacidade de governo (p. 87 e 140).				X	X
Microdesenho	6. Desenho das micropráticas de trabalho – regula os microprocedimentos de trabalho empregados nos processos básicos da gestão, como contratar, licitar, comunicar, comprar entre outros (p.87)				X	X
	7. Desenho da administração de comunicação – define o modo como a organização sistematiza os atos de fala. Estes dispõem as ações que movem a gestão pública (p. 88)				X	X

QUADRO 2 Níveis do desenho organizativo por predomínio das regras do jogo macroorganizativo (MATUS, 1997 adaptado).

Segundo Matus (1997), estes sistemas determinam a qualidade da gestão de uma organização. O estudo do *Triângulo de Ferro* é a porta de entrada para as práticas de trabalho de uma organização. O sistema de petição e prestação de contas rege o *Triângulo de Ferro*. Segundo esta proposta, há uma forte relação entre as regras de responsabilidade que determinam o sistema de pedido e prestação de contas que por sua vez, contribuem para a qualidade da gestão. Quando as regras de responsabilidade são sistemáticas e exigentes, uma organização é pressionada para operar com qualidade. Por outro lado, quando há baixa responsabilidade, um sistema reformado, ou supostamente modernizado, não sofre a pressão da exigência de qualidade e, portanto, a reforma não é duradoura, em pouco tempo, volta às práticas tradicionais de trabalho. O quadro abaixo apresenta esta relação entre o tipo de responsabilidade e os sistemas do triângulo:

SISTEMAS DEL TRIÁNGULO	BAJA RESPONSABILIDAD	ALTA RESPONSABILIDAD
AGENDA	Dominio de las urgencias y la improvisación	Dominio de las importancias y la planificación
PETICIÓN Y PRESTACIÓN DE CONTAS	No hay cobranza ni rendición de cuentas por desempeño	cobranza y rendición sistemática de cuentas por desempeño
GERENCIA OPERACIONAL	Dominio de la rutina	Dominio de la creatividad

QUADRO 3 Sistemas do triângulo de Ferro por tipo de responsabilidade (MATUS, 1997, p. 218)

Estes sistemas têm sido usados como categorias de análise estudo do campo da gestão de serviços de saúde (LOTUFO, 2003; LIMA e RIVERA, 2006).

As organizações com problemas no sistema de gestão, ao serem analisadas segundo estas regras, podem apresentar a seguinte situação em que predomina a baixa responsabilidade e o gestor não é cobrado, nem sente necessidade de planejar seus compromissos:

...sua agenda é improvisada, irracional, acumulando todo o tipo de problemas, de alto e de baixo valor relativo. O dirigente tende a concentrar problemas e decisões, e o tipo de gestão pertinente é o tradicional, em que não há preocupação com os produtos e resultados finais da organização em relação à sua ambiência externa (RIVERA, 2003, p. 187).

As regras de direcionalidade e responsabilidade são mais condicionantes na conformação de um eficaz sistema de gestão. A arte de gerir está em saber distribuir bem os problemas pela organização, onde todos os níveis estejam sempre lidando de forma criativa com problemas de alto valor relativo (MATUS apud BARBOSA, 1997). Segundo Rivera e Artman (1999), o modelo organizacional proposto por Matus deve ser de uma organização reflexiva em todos os níveis, como condição de governabilidade.

Outro ponto a ser considerado na análise da gestão é a influência da cultura. A cultura determina as regras, e estas determinam os sistemas de gestão e a lógica dos atores. Há também a possibilidade do efeito inverso, dos atores sobre as regras. Neste contexto, a cultura é vista como “o conjunto de referências compartilhadas organizacionalmente e produzidas historicamente nos processos de aprendizagem inerentes ao enfrentamento contínuo dos problemas” (THÉVENET 1986 *apud* RIVERA, 2003, p.187-188).

A cultura organizativa é que define as práticas de trabalho numa organização. As reformas administrativas que mudam as formas organizativas, sem mudar a cultura institucional é um esforço passivo, só capaz de eliminar as travas legais, mas incapaz de criar novos modos de trabalho. As travas desaparecem nas leis e normas, mas continuam implantadas na mente dos funcionários, na cultura institucional (MATUS, 1997).

Os modelos de gestão que vão sendo desenvolvidos nas instituições são reflexos da cultura organizacional presente. As instituições se organizam buscando um equilíbrio entre as influencias do ambiente externo e os problemas internos organizacionais.

Além disso, o ato de gerir tem uma complexidade implicada de conduzir processo, grupos e atores com interesses diversificados e pouco convergentes, o que requer modelos de gestão além de um **agir instrumental**, incorporando um **agir estratégico** e **comunicativo** (PAIM, 2002).³

A *priori*, a imagem-objetivo das instituições de saúde é promover a saúde das pessoas. Esta deve estar presente no desenho da política de saúde proposta para uma região específica. O planejamento propõe-se a materializar esta política (capacidade de instruir), enquanto a gestão produz tecnologias de operar a organização do trabalho proposta no plano (capacidade de processar) (SCHRAIBER et al, 1999). A gestão em saúde abrange os campos dos serviços e sistemas de saúde, incorporando os recursos e as estratégias, além de diversos instrumentos e áreas como: planejamento, avaliação, modelos assistenciais, controle social, sistemas de informação, economia da saúde e comunicação (BRASIL, 2007).

Schraiber *et al* (1999), inspirados na idéia foucautiana do poder como ação de determinados sujeitos sobre as ações de outros concebem que:

...o planejamento e gestão, ‘técnicaizando a política’, desenvolve saberes operantes de sua ação que representam tecnologias de poder, ferramentas de exercício de poder, por que facultam modos de agir sobre ações dos outros. (...) no caso do gestor

³ A ação **instrumental** é orientada por regras técnicas; a ação **estratégica** é orientada por máximas e valores que buscam exercer influência sobre a definição da situação ou sobre a decisão do outro; e o **agir comunicativo** refere-se às interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação. (HABERMAS, 1994 *apud* PEDUZZI, 2001)

público, tal poder reside em sua legitimação social como agente do Estado, gerente (agente da empresa) e, ainda, profissionais de saúde (agentes da ciência). (p. 230).

Contribuindo com estas colocações sobre a relação do poder e a prática do gestor, Testa (1995) apresenta uma contribuição ao descrever uma tipologia do poder referente ao setor saúde: “**poder administrativo** (correspondem as atividades enquanto processos que manejam recursos); **poder técnico** (conhecimentos que se utilizam em qualquer dos níveis de funcionamento do setor saúde); e o **poder político** (defesa dos interesses dos diversos grupos interessados no que se passa no setor)” (p.38).

No cotidiano do fazer gestão estes poderes possuem interseções e estão diretamente articulados com o contexto e com os atores envolvidos com o processo da gestão. Assim, ao se tomar uma decisão administrativa, por exemplo, “dois tempos começam estabelecer. Um tempo político: o tempo que se demora para se produzir uma reação de apoio ou rechaço dos grupos sociais. Um tempo técnico: o tempo que a decisão leva para ser posta em prática e ter a eficácia operativa” (ANDRADE, 2006, p.77). No âmbito da saúde vários atores entram em disputa.

No contexto da saúde, o jogo de poderes entre os diversos atores é evidenciada na implementação do SUS, a qual se deu numa conjuntura desfavorável de minimização do aparelho estatal (SOLLA, 2006), principalmente na década de 90, a qual:

(...) testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde. Vale ressaltar que a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Dessa forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes – os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado –, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo (LEVCOVITZ *et al*, 2001 p. 271).

Estas mudanças aumentaram a responsabilidade e a participação dos municípios na gestão da saúde e provocaram uma transformação nas atribuições e competências do gestor estadual, que adquiriu um novo destaque no sistema, determinando a definição do poder administrativo nos subsetores da saúde. Entretanto, este arcabouço normativo tem reforçado um modelo de gestão mais burocrático, focado nos procedimentos, tendo dificuldades de impactar diretamente nas necessidades de saúde da população. Reconhecer e dimensionar esta ambigüidade e seus reflexos nas práticas é um desafio para a pesquisa em saúde coletiva.

2.3 Reflexões sobre processo de trabalho da gestão em saúde

Se a gestão em saúde é uma condução e regulação de processos com direcionalidade e que implica decisões negociadas, esta condução se configura como trabalho.

O trabalho é entendido como um processo em que participa o homem e a natureza, e que este, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercambio material com a natureza, ao mesmo tempo que modifica a sua própria natureza (MARX, 2008). Ou seja, o homem modifica e ao mesmo tempo é modificado no desenvolvimento do trabalho.

Diferente dos animais, o homem trabalha a partir de um “recorte interessado” do mundo, projetando-o para as atividades que irão compor o processo de trabalho responsável por sua produção, tornando-se sujeito ativo deste processo (MEHRY, 2002b).

No processo de trabalho “a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua, por meio do instrumento de trabalho” (MARX, 2008, p.214). O resultado deste trabalho, o produto, por sua vez, representa a materialização do projeto idealizado que motivou o desenvolvimento do trabalho, gerando um valor de uso adaptado às necessidades humanas (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Merhy (2002a) ao citar as produções de Marx, traz uma dimensão mais ampliada ao colocar que o processo de trabalho compreende o trabalho não apenas na sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, mas antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de co-produção. Esta relação é marcada por disputas que tensionam o espaço micropolítico do fazer. Para o autor:

(...) o **processo de trabalho** em sua micropolítica deve ser entendido como um cenário de disputa de distintas forças instituintes: desde presentes claramente nos modos de produção – fixadas como, por exemplo, no trabalho morto e mesmo operando enquanto trabalho vivo em ato-, até as que se apresentam nos processos imaginários e desejanter, e no campo do conhecimento que os distintos “homens em ação” constituem. (2002a, p.100).

Para uma maior compreensão do processo de produção, o autor esquematiza as etapas deste relacionando o que denomina de trabalho vivo e o trabalho morto⁴ (ver figura 2). O

⁴ O autor apresenta o exemplo de um artesão construindo uma cadeira, identificando que o **trabalho morto** seria todos os produtos-meios que nele estão envolvidos – ou como ferramenta ou como matéria prima ou como saberes, como martelo, a madeira e conhecimentos de marcenaria – e que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes de sua produção como resultado de um processo de trabalho, anteriormente realizado (trabalho vivo), agora cristalizado (trabalho morto). O trabalho do marceneiro para a produção de uma

predomínio de um ou outro caracteriza o nível de autonomia e autogoverno de cada trabalhador em seu fazer. Na produção de uma aula ou um cuidado em saúde há um predomínio de trabalho vivo centrado, pois requer uma criatividade e um fazer singular do trabalhador, diferente de um trabalho mais estruturado e normatizado como a produção de sapatos em série.

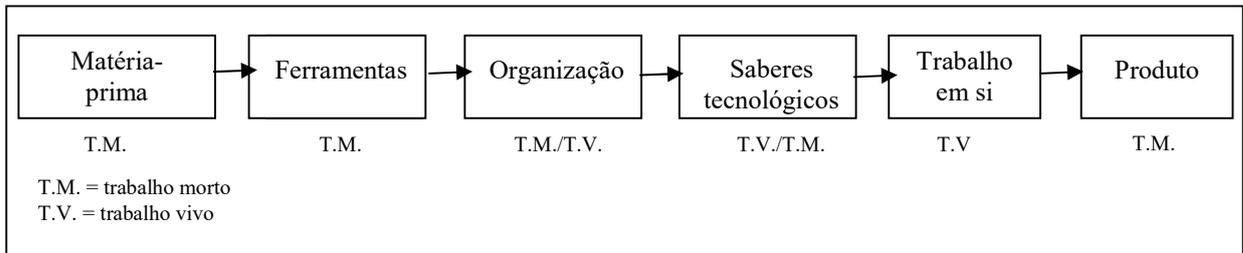


FIGURA 2 Diagrama da representação de um ato produtivo (MERHY, 2002, p. 42).

Além desta discussão, Mendes-Gonçalves (1994) traz uma grande contribuição sobre esta temática, principalmente na área da saúde. O autor faz uma reflexão sobre o entendimento de tecnologia, indo além de uma concepção mais concreta, de equipamento. Para ele “tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos”(p. 18).

Colaborando com esta concepção Merhy e colaboradores (2002) classificaram as tecnologias em três tipos: **tecnologia dura** - equipamentos tecnológicos, do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais; **tecnologia leve-dura** – saberes bem estruturados presentes no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiologia, o taylorismo; e **tecnologia leve** - tecnologias das relações do tipo produção de vínculo acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho.

Este conceito e esta classificação surgem na emergência da transição tecnológica, em que a reestruturação produtiva aponta para a configuração de novos territórios tecnológicos não-materiais. Até então, a evolução tecnológica era caracterizada pela aquisição de equipamentos de última geração, entretanto a necessidade de ferramentas gerenciais, por exemplo, que dinamizem a produção, evidencia a necessidade de tecnologias não-materiais apontada por Mendes-Gonçalves. Merhy (2002a) ao citar o trabalho de Paulo Roberto Mota sobre a gestão contemporânea destaca que:

cadeira representa o **trabalho vivo** em ato, momento de criação, de transformação. Nesta ação, o marceneiro pode utilizar de uma certa autonomia, de um certo autogoverno utilizando o já instituído, constituído, produzido (trabalho morto) ou criar, produzir, instituir (trabalho vivo).

...como hoje estamos vivendo uma situação histórico-social, que tem definido as organizações produtivas um desafio que só pode ser enfrentado através dos modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, e que permitem às organizações uma plasticidade que as transformam em organizações inteligentes, que consiga assimilar o que ocorre no seu interior e na sua volta, e elaborar soluções adequadas para cada problema novo que lhe aparece. A gestão seria o campo tecnológico para dar às organizações esta plasticidade (p. 93).

No caso das organizações capitalistas, além de novos equipamentos que potencializem a linha de produção, estão sendo desenvolvidas tecnologias gerenciais que tentam capturar o trabalho vivo do trabalhador no seu ato de produção, permitindo que os autogovernos tenham que ser ‘coerentes’ com a natureza do processo produtivo capitalista. Em trabalhos mais estruturados como a produção de cadeiras, automóveis, esta captura é mais intensa, entretanto em trabalhos menos estruturados, como produção do cuidado em saúde, a produção de uma aula, é mais complexa.

Para Merhy (2002a), na análise do processo de trabalho devem-se considerar as especificidades deste trabalho, bem como compreender as “cabeças” e interesses dos atores envolvidos.

Assim, o modo como as “cabeças estão sendo fabricadas” também opera na micropolítica do processo de trabalho vivo, como forças instituintes de processos de resistência às mudanças, como vemos cotidianamente nos serviços de saúde; ou não, quando estão diante de processos inovadores em termos de agenciamentos como os casos de movimentos contestadores e anti-hegemônicos. Entretanto, qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho encontra, como parte de seus desafios, mexer com cabeças e interesses, e suas formas de representação como forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos (p.96-97).

Merhy, ao fazer reflexões sobre suas experiências e acumulações em relação à mudança no modo de produção em saúde, afirma que:

...ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macroestruturais e organizacionais nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada. (2002a, p.72).

Estes destaques apontam para a importância de se considerar a implicação e o tipo de envolvimento dos trabalhadores (sujeitos) com o seu processo de trabalho quando são propostas reformas organizacionais. Neste sentido conhecer os sujeitos envolvidos no processo e sua trajetória de vida possibilitam a análise da efetividade destas propostas, ou seja: Qual é o sujeito da prática? Qual sua inserção? Seus desejos e implicações com o seu trabalho?

Para contribuir com esta discussão Testa (1997) ao discutir a constituição dos sujeitos, destaca que a trajetória de vida de cada um é feita por diversos processos de ideologização e socialização. A determinação de um sujeito individual, coletivo ou social, depende de suas inserções e transformações vividas e/ou provocadas nesta trajetória.

La presencia física de un individuo em um tiempo y lugar determinados no es suficiente para su contitución como sujeto social; es necesaria una transformación de las características que lo definen como el individuo apto para ser el productor o receptor de lo que ocurre en el mundo de la vida o de la ciencia. (TESTA, 1997, p.147).

Neste contexto, o ato de gerir se configura como um trabalho processual, cotidiano e reflexivo que deve ter como propósito “construir” sujeitos.

Para que a atuação dos gestores do SUS tenha um cunho transformador do sistema de saúde focado na universalidade, na qualidade e na equidade algumas reflexões devem ser feitas: quem são estes atores/sujeitos da gestão? Como eles vão se constituindo como sujeitos sociais? Qual a sua implicação com o seu fazer? Os meios utilizados no processo de trabalho estão adequados a finalidade do seu trabalho?

Por este motivo, conhecer a forma como as práticas de gestão regional constituem os seus sujeitos é um imperativo que impulsiona a investigação do trabalho em seu movimento processual.

3 OBJETIVOS

Diante destas questões norteadoras apresentadas acima, o presente estudo tem como objetivo geral:

- Analisar a gestão da atenção básica no âmbito de uma diretoria regional da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia no ano de 2010.

E como objetivos específicos:

- Identificar os componentes do processo de trabalho que compõem as práticas de gestão da atenção básica de uma diretoria regional da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia no ano de 2010;

- Caracterizar o tipo de gestão da atenção básica de uma diretoria regional da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia no ano de 2010, à luz da proposta do *Triângulo de Ferro* de Carlos Matus.

Considerando a necessidade de inovações no âmbito gerencial para o enfrentamento dos problemas oriundos da municipalização, as novas competências assumidas pelas SES após a implantação do SUS, o pouco conhecimento da gestão regional, as prerrogativas do Pacto de Gestão em relação a regionalização solidária e os propósitos da PEAB, este estudo poderá contribuir para a compreensão da gestão regional, em especial na atenção básica, possibilitando o desenvolvimento de estratégias adequadas para o fortalecimento de seu papel na implementação do SUS.

4 METODOLOGIA

Minayo (2007) entende como metodologia o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (p.16). A descrição da metodologia aqui apresentada nada mais é do que um mapa que orientou e apoiou as práticas de pesquisa desenvolvidas. As formas que este mapa adquiriu ao se tornar processo concreto de questões colocadas ao objeto, ou mais precisamente, aos sujeitos que são o suporte vivo das práticas de gestão, refletiram o compromisso com os objetivos. Esse cuidado, que deve constar de todo trabalho científico, de estabelecer os princípios que regem o método e anunciá-los previamente, é mais premente quanto se trata de objetos complexos, semi-estruturados e de tecnologias de pesquisa que acessam a realidade via texto, via linguagem, que é a intersubjetividade.

4.1 Tipo de estudo

Estudo de caso, exploratório, descritivo e analítico, cujo objeto são as práticas de gestão regional na atenção básica, no contexto de uma diretoria regional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Considerando o pouco conhecimento do objeto, o estudo de caso exploratório descritivo é mais recomendado, pois este delineamento proporciona um maior nível de aprofundamento do fenômeno em estudo (GIL, 2007).

Caracteriza-se por um tipo de pesquisa que se utiliza de dados qualitativos provenientes de textos de fontes primárias (observação e entrevistas) e secundárias (documentos), pois, segundo Minayo, pretende trabalhar com “o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (2007, p. 21).

4.2 O caso escolhido

O caso investigado é uma diretoria regional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia em 2010, onde se desenvolvem práticas de gestão da atenção básica. O campo onde está inserido o caso envolve vários atores relacionados com a gestão da região de saúde

escolhida: os gestores municipais, os conselheiros de saúde, os usuários, o gestor regional (SESAB/DIRES), os gestores do nível central (SESAB/DAB), o gestor do Ministério da Saúde, entre outros. Entretanto, o gestor regional da atenção básica será o foco privilegiado pela pesquisa. Os outros atores não foram estudados devido às limitações da pesquisa em termos de viabilidade e de tempo.

A escolha da Bahia deu-se pelo fato do Estado estar desenvolvendo uma nova modalidade de gestão da Política da Atenção Básica na gestão iniciada em 2007, como o propósito de fortalecimento dos espaços regionais de gestão da saúde (BAHIAb, 2008). Este cenário da gestão estadual na Bahia despertou para a possibilidade de se visualizar novas formas de atuação no nível regional.

A regional escolhida para o estudo de caso atendeu a alguns critérios: possuir um grupo técnico de referência regional da atenção básica, composta por mais de três técnicos atuando desde 2007 e ter mais de quinze municípios sob sua responsabilidade. Seguindo recomendação do Comitê de Ética em Pesquisa, em anexo, a identidade da regional estudada foi preservada.

4.3 Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos incluídos nesta pesquisa foram escolhidos com base nas funções estratégicas ocupadas, relacionadas à gestão regional da atenção básica. No nível central da SESAB foram entrevistados: o Diretor da Atenção Básica (DAB - 01), o Coordenador de Apoio Técnico e Desenvolvimento da Atenção Básica (CAB - 01) e os técnicos da equipe de apoio da macrorregião onde a DIRES escolhida está inserida (NC - 03). No nível regional, o Diretor da DIRES (DR - 01) e os técnicos de apoio regional da atenção básica (NR - 04). Por fim, no nível municipal, foram ouvidos o Secretário de Saúde (SMS - 03) dos municípios da DIRES escolhida (dois de escolha aleatória: um com população inferior a 20.000 habitantes e outro com população entre 20.000 e 40.000 habitantes; e o terceiro município com mais de 40.000 habitantes e, devido a importância na regionalização, ser sede da Macrorregião e da DIRES escolhida) e os coordenadores da atenção básica dos respectivos municípios (CMAB - 03). Como no momento da coleta de dados o município da sede da DIRES estava sem o coordenador da Atenção básica e o secretário de saúde recém admitido no cargo, foram

entrevistados os sujeitos que ocuparam estes cargos no período anterior considerando a vivência de cada em relação ao trabalho da DIRES até meados de 2009.

As entrevistas com os sujeitos do nível central permitiram captar a relação entre o nível central e o regional. Enquanto os sujeitos do nível municipal foram incluídos com o propósito de conhecer a percepção dos gestores municipais quanto à atuação da regional no desenvolvimento da atenção básica na região, permitindo realizar um contraponto.

Neste sentido, entende-se que:

O indivíduo no processo perceptivo busca a compreensão e significação do objeto através de seu armazenamento cognitivo. A percepção de um alvo acontece primeiramente com uma codificação, que permite o indivíduo interpretar e organizar a nova informação com seu conteúdo armazenado, reduzindo suas complexidades, facilitando uma assimilação na memória seguida de arquivamento e posterior evocação, desencadeando o julgamento da informação e a ação do sujeito em relação ao estímulo (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2000).

O quadro 4 apresenta a distribuição de todos os sujeitos envolvidos na pesquisa por cargo de nível de gestão.

Cargo	Nível de gestão	Número de Sujeitos
Diretor da Atenção Básica - G-SES/C1	Central	1
Coordenador de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica - G-SES/C2	Central	1
Técnico de Apoio da Macrorregião - T-SES/C1, T-SES/C2 e T-SES/C3	Central	3
Diretor da DIRES	Regional	1
Técnicos de Apoio Regional - T-SES/R1, T-SES/R2, T-SES/R3 e T-SES/R4	Regional	4
Secretário Municipal de Saúde – G-SMS1, G-SMS2 e G-SMS3	Municipal	3
Coordenador Municipal da Atenção Básica – G-ABSMS1, G-ABSMS2 e G-ABSMS3	Municipal	3
Total	-	16

QUADRO 4 Distribuição dos sujeitos da pesquisa por cargo e nível de gestão.

Esta distribuição dos sujeitos conseguiu alcançar o critério de saturação para a delimitação dos mesmos, atendendo as recomendações de Minayo (2007).

4.4 As técnicas e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2010, através dos seguintes instrumentos: entrevistas semi-estruturadas, observação estruturada e pesquisa documental.

A entrevista semi-estruturada é um dos principais meios utilizados na pesquisa qualitativa, pois “ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 2008, 146). Os roteiros utilizados (apêndice B, C, D e E) possuíam questões relacionadas à temática abordada sendo subsidiado pela literatura estudada, bem como informações dos sujeitos entrevistados (identificação, trajetória funcional, entre outras). As questões sobre a temática do estudo derivam do modelo de análise (apêndice A) que foi construído baseado na Teoria Macroorganizacional do PES (MATUS,1997) e na Teoria do Processo de Trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994; MARX, 2008; MERHY, 2002), e teve com referência o quadro desenvolvido por Lima e Rivera (2006).

A observação estruturada tem como objetivo colocar em relevo a existência, a possibilidade de existência, de alguns traços específicos do fenômeno que se estuda (TRIVIÑOS, 2008). Para tanto, foi utilizado um roteiro (apêndice F) para guiar a observação da atuação dos técnicos regionais e assim, avançar na descrição e compreensão do fenômeno em seu contexto. Os eventos observados estão listados no apêndice I.

Para a pesquisa documental foram levantados documentos relacionados ao objeto do estudo tais como: relatórios de visita técnica, atas de reuniões, portarias dentre outros documentos (apêndice J). Segundo Gil (2007), muitos dados importantes provém destes registros.

4.5 Preparação para entrada em campo

Foi feito um contato prévio com as instituições que participaram da pesquisa explicitando os objetivos, finalidades e importância da mesma, visando uma maior aproximação e conhecimento a respeito dos sujeitos da pesquisa. Posteriormente, foi enviado

um ofício expedido pelo Departamento de Saúde da UEFS (Coordenação do PPGSC) aos representantes das instituições que participaram do estudo: a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia/Diretoria da Atenção básica, a Diretoria Regional de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde selecionadas, esclarecendo os objetivos da pesquisa.

Antes da coleta de dados, foi realizada uma aplicação-teste dos roteiros de entrevista com técnicos da SESAB (central e regional da Atenção básica) e municipais de uma regional com características semelhantes a escolhida para o estudo. O propósito deste procedimento foi verificar a validação/adequação do instrumento de coleta de dados, corrigindo-o e adequando-o conforme necessário. O material coletado não foi incluído neste estudo.

4.6 Análise dos dados

A análise dos dados coletados na pesquisa de campo foi realizada através da técnica de análise de conteúdo. Esta pode ser utilizada, dentre várias possibilidades, na análise de depoimentos de representantes de um grupo social para se levantar o universo vocabular desse grupo, possibilitando “caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além da aparência da comunicação” (MINAYO, 2007, p. 84).

O Quadro de Análise (apêndice A) mostra as categorias analíticas e operacionais que orientaram e modularam a análise. Estas foram construídas a partir do referencial teórico e das questões lançadas ao objeto. São elas: 1) Direcionalidade/Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente; 2) Responsabilidade/Sistema de Petição e Prestação de Contas; 3) Descentralização e Autonomia/Sistema de Gerência por Operações; 4) Processo de Trabalho. Para cada categoria foram elencadas unidades de análise e categorias operacionais que permitem identificar no plano empírico das falas as informações que dão sentido às questões propostas e as particularizam em dado momento.

Todas as entrevistas foram transcritas. O material produzido foi analisado seguindo as etapas recomendadas para esta técnica para análise temática, segundo Minayo (2007):

- a) Pré-análise – leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva, buscando a visão do conjunto, as particularidades, os objetivos da pesquisa, escolha das formas de classificação e dos conceitos teóricos que orientaram a análise, baseando-se no modelo de análise prévio (apêndice A);

- b) Exploração do material – a análise propriamente dita, identificando as unidades de registro, as unidades de conteúdo e os núcleos de sentido, conforme a classificação pré-definida na etapa anterior. Os dados brutos foram transformados para alcançar o núcleo de compreensão do texto, com ajuda do software Nvivo 7.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – uma síntese interpretativa através de um diálogo entre os resultados e os objetivos deste estudo. Estes foram organizados em dois artigos que posteriormente serão encaminhados para publicação.

4.7 Aspectos éticos

Foi solicitado da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, via ofício, autorização para realizar a pesquisa. Seguidamente, o Projeto de Pesquisa foi cadastrado no SISNEP (CAAE - 0003.0.053.059-10) e encaminhado em 04 de fevereiro de 2010 para ser apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da SESAB. Com o parecer favorável publicado no ofício CEP/SESAB nº 005/2010, os instrumentos de coleta de dados foram aplicados.

Cada sujeito escolhido para a entrevista foi informado da pesquisa mediante esclarecimento verbal por parte da pesquisadora e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) autorizando a sua participação no referido estudo, ficando o mesmo à vontade para ser excluído da pesquisa a qualquer momento, se assim o solicitar. Os mesmos foram orientados sobre o caráter sigiloso das informações coletadas, sendo utilizadas apenas para fins de pesquisa, conforme preconizado da Resolução 196 de 10/10/96 referente a aspectos éticos do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

5 RESULTADOS⁵

5.1 Artigo 1: Processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde na gestão estadual da atenção básica Bahia, 2010⁶

Liane Santiago Andrade
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

Este artigo analisa o processo de trabalho da gestão estadual da atenção básica de uma Diretoria Regional de Saúde (DIRES) Secretaria de Saúde do Estado da Bahia em 2010, considerando o fortalecimento regional como prioridade diante dos problemas desencadeados com a municipalização. O quadro teórico toma a prática da gestão, os elementos do processo de trabalho e a coerência com o produto da atuação da DIRES. O estudo é qualitativo, do tipo estudo de caso. As técnicas de coleta de dados foram a observação sistematizada, as entrevistas semi-estruturadas e a análise documental. Os sujeitos da pesquisa foram gestores e técnicos da atenção básica representantes do estado (central e regional) e municipal. Os resultados revelaram que o grupo de referência da atenção básica da DIRES tem limitações na condução e na tomada de decisão, o que vai interferir na sua constituição enquanto o sujeito da gestão, em várias vezes torna-se um ator secundário no cenário regional. O objeto do trabalho da regional identificado como demandas e necessidades dos municípios, na maioria das vezes é pautado pelo outro, revelando uma limitação na capacidade de escuta e de captura do mesmo, uma distancia entre o discurso e a prática. O fazer na DIRES apresentou-se sistematizado, em equipe, com momentos de planejamento e de articulação com a gestão municipal e o nível central. Destaca-se o Colegiado de Gestão Microrregional com um importante espaço de gestão regional, no qual o grupo regional da atenção básica se faz atuante. A aproximação do nível central contribuiu para a adesão da DIRES ao projeto institucional da DAB. A proposta do apoio institucional atrelada à Educação Permanente contribuiu para a valorização da DIRES, aumentando a sua autonomia e melhorando a relação com os municípios. Entretanto, o processo de monitoramento e avaliação de desempenho das

⁵ Neste capítulo serão apresentados os resultados empíricos da pesquisa, através da apresentação dois artigos científicos.

⁶Artigo preliminar, em fase de escolha da revista a ser publicado.

regionais coerente com o projeto institucional encontra-se pouco sistematizado e limitado. Problemas como a insuficiência de técnicos, tanto no nível central como regional, a limitação de recursos materiais e financeiros e de encontros para discussão da prática interferem na qualidade da gestão regional. O produto do trabalho diante destas limitações corre o risco de ficar concentrado no cumprimento de tarefas, perdendo o sentido do projeto do trabalho. O apoio do nível central balizada por uma proposta de educação permanente tem contribuído para a resignificação deste trabalho. Entretanto, a aposta atual da regionalização no estado perpassa pelo reconhecimento e fortalecimento dos seus representantes regionais como sujeitos protagonistas da construção deste espaço de gestão.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica, Processo de trabalho em saúde, Gestão em saúde.

ABSTRACT

Working process of a Regional Health Board in the management of primary state Bahia, 2010

This article analyzes the work of state management of basic care of a Regional Health Authority (DIRES) in Bahia in 2010, considering the strengthening regional priority before the problems triggered by the decentralization. Theoretically the practice of management, elements of the work process and product consistency with the performance of DIRES. The study is qualitative, case study. The techniques of data collection were the systematic observation, the semi-structured interviews and documentary analysis. The study subjects were managers and technical representatives of primary care in the state (central and regional) and municipal levels. The results revealed that the reference groups of primary care DIRES has limitations on driving and decision making, which will interfere in their constitution to be the subject of management, several times it becomes an actor on the regional scene. The object identified as the work of regional demands and needs of municipalities, in most cases is guided by another, revealing a limitation in the ability to listen and catch the same, a distance between theory and practice. What to do in DIRES presented systematized as a team, with moments of planning and coordination with the municipal and central level. Noteworthy is the College of Management microregional an important area of regional management, in which the regional group of primary care becomes active. The approach of centrally contributed to

the accession of the project's institutional DIRES DAB. The proposed institutional support tied to the Continuing Education contributed to the enhancement of DIRES, increasing their autonomy and improving the relationship with municipalities. However, the process of monitoring and evaluation of performance consistent with the regional institutional design is little systematic and limited. Problems such as lack of technicians at both the regional center with the limitation of financial and material resources and meetings to discuss the practical influence the quality of regional management. The product of work on these limitations is likely to be concentrated in the fulfillment of tasks, losing the sense of design work. The support from the central level imposed by a proposal for continuing education has contributed to the redefinition of this work. However, the current bet of regionalization in the state goes through the recognition and strengthening of its regional representatives as protagonists of the construction of this area of management.

KEYWORDS: Primary Care, Working process in health, health management

INTRODUÇÃO

Na história do federalismo brasileiro observa-se a alternância entre períodos de concentração e descentralização de poder, os quais estão associados aos regimes autoritários e à vigência da democracia¹. Na época da ditadura, houve uma forte concentração de poder na União e, em seguida, com a redemocratização nos anos 80, há uma conformação de um período mais “estadualista”, marcado pela eleição direta dos governadores. A Promulgação da Constituição Federal de 1988 alterou o funcionamento das instituições federativas no âmbito político, fiscal e organizacional, fortalecendo os municípios no sistema político nacional, graças à descentralização de encargos sociais e recursos fiscais, e a uma intensificação da emancipação de novos municípios². O fortalecimento dos municípios, por sua vez, obrigou os entes estaduais a repensar seus papéis no âmbito da gestão em saúde³.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº8080/90) apostou na descentralização pautada na organização dos sistemas municipais, não explicitando diretamente a responsabilidade dos estados na formulação e planejamento das políticas loco regionais. No balanço do marco legal e normativo do SUS, a fragmentação e a desorganização de serviços, devido ao isolamento dos sistemas locais de saúde, é criticada, e o papel do estado é re-valorizado na Norma

Operacional da Assistência em Saúde 2001/2002 (NOAS) e no Pacto pela Saúde (2006), onde ocorrem avanços com o processo de regionalização da política de saúde^{2,4 e 5}.

Lima *et al*² traz reflexões importantes sobre as características do processo de descentralização da política de saúde no Brasil, destacando que as propostas de regionalização tiveram um início tardio em comparação ao processo de municipalização desencadeado na década de 90.

Neste cenário, vários problemas que extrapolam a governabilidade municipal passaram a surgir, requerendo a participação dos gestores estaduais na condução de estratégias que contemplem o planejamento e a consolidação de sistemas regionais de saúde⁶.

Este contexto do federalismo brasileiro provocou, ao longo do tempo, a estruturação de arranjos institucionais que abarcassem as funções do Estado diante das necessidades da população. Na Bahia, por exemplo, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) teve um importante papel no processo de regionalização das ações de saúde, desde a sua criação em 1966 (Lei nº 2.321). Considerando as dimensões do estado, bem como o contexto técnico-político-organizacional de reformas administrativas com foco na regionalização, a SESAB foi a primeira secretaria do estado a desencadear o processo de descentralização com a criação das Diretorias Regionais de Saúde (na época, os Centros Executivos Regionais), que tinham como papel executar as ações da SESAB nas regiões⁷. Esta atuação do estado destacou-se também no período do Sistema Único Descentralizado da Saúde (SUDS), com uma atuação ativa dos técnicos da SESAB neste período⁸.

Entretanto, com o processo de municipalização, muitas ações até então realizadas pelo Estado, principalmente na atenção primária, foram delegadas aos municípios. Assim, desde a década de 90, a SESAB vem passando por várias reformas administrativas e os seus braços regionais, por diversas vezes, questionados quanto a sua identidade, função e quantidade, no desenvolvimento da política estadual de saúde⁹.

A revalorização do papel das SES e a ênfase na regionalização desencadearam uma política de reestruturação institucional da saúde. No caso da Política Estadual da Atenção Básica do Estado da Bahia (PEAB)¹⁰, de 2008, um dos seus eixos estratégicos propunha um redesenho organizacional de valorização do componente regional, a Diretoria Regional de Saúde (DIRES), atuando na relação entre a esfera estadual e a municipal nos moldes da regionalização solidária e cooperativa, proposta pelo Pacto pela Saúde¹⁴.

Entretanto, novos arranjos requerem novas formas de atuar, de gerir. É interferir na cultura organizacional posta, e trazer o novo (intuitivo) para o lugar do já instituído¹¹. É resignificar o sujeito junto aos novos objetos de trabalho para um novo fazer. Diante destes

desafios, a realização de estudos sobre o fazer na gestão da saúde, se faz necessário. Entretanto, a análise do processo de trabalho deve considerar suas especificidades, bem como compreender as “cabeças” e interesses dos atores envolvidos¹².

Problematizando a situação da qualificação da gestão do SUS e as suas novas demandas, Paim¹³ destaca que a produção científica no campo da organização e gestão dos serviços de saúde ainda não dispõe de uma sólida base teórica, nem um conjunto de investigações, seja na literatura especializada brasileira, ou latino-americana, que possibilite a orientação das ações.

A análise do trabalho técnico da gestão, parte do entendimento deste como processo de transformação em que o homem, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (outros homens), ao mesmo tempo que modifica a sua própria natureza¹⁶. Ou seja, o homem modifica e ao mesmo tempo é modificado no desenvolvimento do trabalho. Para este estudo, considerou-se que no processo de trabalho, “a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua, por meio do instrumento de trabalho”¹⁶ (p.214). No caso da gestão, o sujeito é entendido como o representante legal (secretário de saúde), mas também o conjunto de trabalhadores que desempenha o seu trabalho provocando a mudança no contexto da saúde, configurando-se como um sujeito coletivo e social¹⁷. Este sujeito utiliza de meios sob um objeto e através do trabalho propriamente dito provoca a transformação deste, gerando o produto do seu trabalho. Este trabalho, por sua vez, representa a materialização do projeto idealizado que motivou o desenvolvimento do mesmo, gerando um valor de uso adaptado às necessidades humanas¹⁸.

No caso em estudo, a finalidade do trabalho precisa ser compreendida nas concepções que orientam os sujeitos da ação e nas operações práticas que realizam na direção cotidiana da missão organizacional.

Assim, considerando a necessidade de inovações no âmbito gerencial do SUS para o enfrentamento destes problemas citados, as novas competências assumidas pelas SES, o pouco conhecimento sobre a gestão regional, as implicações do Pacto de Gestão para a regionalização¹⁴, e os propósitos da PEAB em fortalecer o espaço loco-regional, algumas questões devem ser levantadas para que se possa conhecer o processo atual de trabalho, das Dires, na gestão da atenção básica: quem é o sujeito? E o objeto da gestão regional? Quais os resultados da sua prática? Como ela se organiza?

Desse modo, este artigo tem como objetivo de identificar os componentes do processo de trabalho que compõem as práticas de gestão da atenção básica de uma diretoria regional da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia no ano de 2010.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório, do tipo estudo de caso, realizado em uma regional de saúde do Estado da Bahia. A escolha do caso deu-se pelo fato do Estado estar desenvolvendo uma proposta de gestão da Política da Atenção Básica, iniciada em 2007, e ainda em curso no momento da pesquisa, que visa dentre outros objetivos o fortalecimento dos espaços regionais de gestão da saúde¹⁰. Este cenário da gestão estadual na Bahia despertou para a possibilidade de se visualizar novas formas de atuação no nível regional, num momento privilegiado onde este nível de gestão busca mudanças de práticas, em consonância com o Pacto de Gestão. Dentre os atores que compõem o campo da gestão regional, foi escolhido para aprofundamento do estudo, o gestor regional da atenção básica, representado pelo setor responsável pela atenção básica (AB) em dada Diretoria Regional de Saúde, devido aos investimentos realizados pela coordenação central da SESAB, neste nível de complexidade – a AB.

Para a seleção da regional utilizou-se, como critérios, possuir uma coordenação regional da atenção básica, composta por mais de três técnicos atuando desde 2007, e ter mais de quinze municípios sob sua responsabilidade.

Os sujeitos incluídos nesta pesquisa foram escolhidos com base nas funções estratégicas ocupadas relacionadas à gestão regional da atenção básica, perfazendo um total de 16 sujeitos (quadro4). No nível central da SESAB, foram entrevistados o Diretor da Atenção Básica, o Coordenador de Apoio Técnico e Desenvolvimento da Atenção Básica e os técnicos da equipe de apoio da macrorregião onde a Dires escolhida está inserida. No nível regional, o Diretor da Dires e os técnicos de apoio regional da atenção básica. Por fim, no nível municipal, os Secretários de Saúde de três (03) municípios da Dires escolhida, e os coordenadores da atenção básica dos respectivos municípios. Dois municípios foram escolhidos aleatoriamente - um com população inferior a 20.000 habitantes e outro, com população entre 20.000 e 40.000 habitantes. O terceiro município, com mais de 40.000

habitantes, entrou para o estudo devido à importância na regionalização, por ser sede da Macrorregião e da DIRES escolhida.

As entrevistas com os sujeitos do nível central foram inseridas com o intuito de captar a relação entre o nível central e o regional. Enquanto que os sujeitos do nível municipal foram incluídos com o propósito de se conhecer a percepção dos gestores municipais quanto à atuação da regional na atenção básica da região, permitindo realizar um contraponto.

A coleta de dados se deu de maio a agosto de 2010, através das técnicas de observação sistematizada, entrevista semi-estruturada e análise documental de materiais utilizados no desenvolvimento das atividades da gestão regional da atenção básica.

Todas as entrevistas foram realizadas nos respectivos locais de trabalho, gravadas em MP3 mediante autorização dos sujeitos, após assinatura do consentimento livre e esclarecido. Não houve recusa dos profissionais em participar da pesquisa. Os dados resultantes da observação, bem como das falas das entrevistas e dos documentos identificados foram analisados no seu conjunto, através da técnica de análise de conteúdo¹⁵ com ajuda de software NVIVO 7.

Os textos provenientes das entrevistas foram organizados em cinco categorias que caracterizam o processo de trabalho: a) o sujeito da ação; b) o objeto do trabalho; c) os meios/instrumentos de trabalho; d) organização do trabalho da regional; e d) o produto do trabalho. Posteriormente foram triangulados com o material proveniente dos documentos e da observação, contextualizados e analisados.

Este trabalho (CAAE - 0003.0.053.059-10) passou pela aprovação do Comitê de Ética da SESAB (ofício CEP/SESAB nº 005/2010), atendendo as recomendações Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

A SESAB possui trinta e uma sedes de DIRES que desenvolvem a política estadual de saúde em cada região do estado. A regionalização trazida pela NOAS não alterou significativamente a estrutura administrativa da SESAB, pois a lógica do Plano Diretor de Regionalização (PDR) se assenta mais na rede assistencial de serviços, enquanto a lógica da DIRES é político-administrativa e vem desde 1966⁷.

As principais frentes de atuação destas regionais junto aos municípios estão concentradas nas áreas: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e ambiental, atenção primária e assistência farmacêutica. Atualmente, as regionais são compostas de técnicos efetivos distribuídos por programas de saúde. Cada uma possui dois cargos comissionados: o do diretor e o do administrador. A escolha dos ocupantes do cargo é de indicação do secretário estadual de saúde, configurando um critério mais político. O desenho organizacional das regionais está muito determinado pela forma de organização do nível central, que por sua vez é influenciado pela estrutura do Ministério da Saúde, por áreas estratégicas. Entretanto, o trabalho dos técnicos regionais da SESAB na produção da atenção básica de saúde guarda certas peculiaridades a depender de qual aspecto que se procure evidenciar no processo apresentado a seguir.

a) O sujeito da gestão regional da atenção básica

Na DIRES estudada, o grupo que atuava na atenção básica era formado por cinco técnicos regionais. Um dos técnicos estava recém chegado no grupo e não foi incluído na pesquisa. Destes técnicos, dois tinham carga horária de 40 h, e três de 30 h. O grupo era composto por duas enfermeiras (T-SES/R2 e T-SES/R4), uma farmacêutica T-SES/R1 e dois cirurgiões-dentistas (sendo um deles T-SES/R3, e a outra não foi entrevistada). Todos eram servidores estaduais estatutários, com mais de 21 anos de serviço e a maioria com mais de 50 anos de idade. Em relação à atuação na atenção básica, dois apresentavam mais tempo - T-SES/R1 e T-SES/R4 com 18 e 22 anos de atuação respectivamente - e participaram da implantação dos programas de PACS e PSF no final da década de 90. Os técnicos T-SES/R2 e T-SES/R3 eram recém inseridos na atenção básica, possuindo 8 meses e 4 anos de atuação cada um no período da pesquisa. Em relação à formação, todos tinham especialização, mas apenas T-SES/R1 e T-SES/R4 tinham na área da Saúde Coletiva e Gestão da atenção básica. T-SES/R2 e T-SES/R3 possuíam especialização em outras áreas como clínica médica e gestão empresarial, respectivamente. A diretora da DIRES, servidora há 37 anos, sendo dois anos no cargo atual, apresentou um perfil atuante e que valorizava os servidores sob sua responsabilidade.

Sob olhar da DIRES, em geral, o sujeito da gestão regional da atenção básica ora se apresenta como um coletivo de cinco técnicos servidores, ora, personalizado, como um

indivíduo de “40 horas”, que assume “várias frentes” e não tem uma remuneração adicional por esta dedicação (coordenação). É também um sujeito com um passado de sucateamento e desvalorização fruto das diversas reformas administrativas⁹. É o braço e a perna da SESAB na região, mas tem autonomia limitada, o que gera angústia por não poder atender, este sujeito, de imediato, às demandas que lhe são feitas.

Para os gestores municipais, a DIRES apresenta-se com um “amigo” dos municípios, atuante, presente, com técnicos capacitados. É o primeiro ponto de contato do estado com os municípios. Mas também é o sujeito que ora pune, ora ajuda (apóia), que direciona a atuação dos municípios, ainda com uma atuação fragmentada. É o diretor que “fala como técnico, igual à gente”, numa atitude mais democrática. Entretanto, diante dos municípios com maior autonomia e emponderamento, ou devido à centralização das decisões e ações, no nível central, apresenta-se enquanto sujeito pouco presente, podendo virar um sujeito que “não faz”.

Para o nível central da SESAB (DAB) é um grupo que evoluiu, é reconhecido e “produtivo”. Apesar disso, segundo a coordenação da atenção básica, a limitação do nível central em estar mais presente apoiando o técnico regional, por vezes gera um sujeito isolado e solitário. Está inserido no modelo de gestão pública tradicional, o qual é desenhado a partir do papel que ele desempenha, ou seja, o sujeito não é sujeito, é funcionário, pois cumpre função de ser “os braços” e “as pernas” da SESAB na região. É um sujeito inibido e imobilizado pelas interferências políticas e pela limitação da DIRES em sustentar determinadas pautas. Mas também pode ser um “cúmplice” dos municípios, o que gera desconfiança do nível central em validar a ação da regional. É um sujeito em crise de identidade, pelo histórico de desvalorização e sucateamento, por interferências políticas, pela condução das reformas administrativas da SESAB, e pelo reflexo do próprio processo de municipalização.

O sujeito da gestão regional está em busca de seu espaço, de sua identidade, está em constante disputa para se fazer presente, protagonista da sua história. Mas é atravessado por suas próprias limitações, pela busca de emancipação dos municípios, bem como pelo modelo remanescente de gestão funcionalista-burocrático, enraizado na SESAB, que racionaliza a gestão com base na divisão tradicional do trabalho: o nível central decide (cabeça) e a ponta executa (membros). Sendo assim, se a DIRES não conduz, e tem um poder de decisão limitado, logo não pode ser o sujeito da gestão, mas ser um ator secundário no cenário regional.

b) o objeto do trabalho

As demandas/necessidades municipais relacionadas ao desenvolvimento da atenção básica apareceram como o objeto privilegiado de trabalho da gestão regional.

...porque assim tá atendendo a... **à demanda dos municípios.** É porque a regional trabalha com os municípios. Ela não pode fazer um trabalho isolado dos municípios. (G-SMS3)

Aqui na sede, na verdade a gente recebe muita ligação. Eu fico à tarde, então **a demanda é grande. Os municípios, eles pedem muitas orientações (...).** As demandas dos municípios são, tanto aqui na sede, como quando a gente faz as viagens para poder ir lá *in loco*, pra tá verificando. (T-SES/R2)

Nas entrevistas as demandas e necessidades aparecem quase como sinônimos. Aparentemente, isto acontece porque existe um entendimento implícito de que a mudança de papel implica em funções preferenciais de consultoria, apoio, assessoria, que tendem a acontecer no modelo de demanda, mesmo que sejam demandas para problemas originados de necessidades. A identificação das necessidades municipais implicaria um movimento ativo por parte das DARES, com ampliação da capacidade de escuta e de resolutividade, iniciadas com a proposta do apoio institucional.

Entendendo demandas como necessidades declaradas por organizações com respaldo de poder no jogo macroorganizativo ²², no momento em que a DARES aproxima-se das reais necessidades de saúde da população e trás estas como uma demanda prioritária para sua atuação, o seu objeto de trabalho torna-se mais qualificado e coerente com os propósitos da gestão regional.

Entretanto, apesar da amplitude do objeto que se apresenta nas falas, ao se questionar que demandas são essas, percebe-se que o olhar de cada sujeito da ação, conforme o seu projeto e a finalidade do seu trabalho, produz um recorte deste objeto, o qual é determinado tanto pelo contexto do espaço da ação, como pelas implicações internas de cada sujeito. A fala do dirigente do nível central apresenta isso, destacando a heterogeneidade das regionais na atuação neste objeto.

Primeiro eu acho que **há muita heterogeneidade em relação a este papel e a forma de atuação das DARES no que se refere à gestão da atenção básica.** Eu acho que existem regionais de saúde em nosso estado que conseguem ter um olhar mais geral sobre seus municípios e aí conseguem de fato **analisar e diagnosticar a situação dos municípios que demandam mais apoio ou os que demandam**

menos, aí... conseguem priorizar a atuação para fazer este apoio a alguns municípios, realizando tanto visitas como monitorando mesmo o que tá acontecendo. [...] em compensação **outras diretorias regionais de saúde não tem atuação quase que nenhuma**, né? Muitas vezes apenas quando o nível central demanda algum tipo de visita, essa é realizada com olhar meramente de supervisão, e **mesmo assim, ainda assim, com muitas limitações** até mesmo na produção de relatórios (G-SES/C1).

Foram identificados vários objetos contidos nas solicitações dos municípios na implantação de projetos da atenção básica, bem como as “solicitações” da DAB para acompanhamento, verificação, monitoramento e avaliação. Algumas características deste objeto se evidenciaram de forma particular: é “novo” objeto de trabalho, ainda misterioso; é impreciso e conflituoso no entendimento de seu recorte - as demandas da atenção básica, como um todo, ou apenas da Estratégia Saúde da Família; é fragmentado (reflexo do modelo campanhista); é complexo e desmotiva a atuação; diante de um município autônomo e de grande porte, é arisco, fechado, indiferente, que não se deixa capturar.

Para apoiar as DIRES no entendimento e apreensão deste objeto é necessário momentos de reflexão da prática e do desenvolvimento de habilidades. Para tanto, a Diretoria da Atenção Básica, através de uma proposta da Educação Permanente, operacionalizada através do apoio institucional, tem contribuído para a ampliação deste objeto (além do estruturado) e da capacidade de atuação das DIRES, ainda que com algumas limitações.

Hoje a **regional já entende até a nossa linguagem**, quando nós do município ligamos (G- ABSMS2).

As oscilações do objeto refletem a determinação da cultura organizacional da SESAB sob forte influencia de lógica racionalizadora e prescritiva da atuação das regionais, castrando espaços de criação, sendo, esta atuação, sempre pautada pelo “outro”²⁰. Segundo Barbosa,²¹ a racionalidade burocrática, característica destas instituições expressa uma valoração no cumprimento de normas de processo, dando pouca ênfase aos resultados. Há assim um predomínio de trabalho morto em relação a trabalho vivo, marcado por limitações na autonomia e no autogoverno da DIRES ¹². A centralização da administração pública é uma condição associada à sua lógica burocrática e também impacta fortemente o desempenho das suas organizações, principalmente no espaço local que tem uma limitada autonomia.

A superação desde modelo de gestão requer uma organização reflexiva, descentralizada e com espaços de participação dos diversos atores envolvidos no processo, sendo assim, o objeto do trabalho deixa de ser determinado pela norma e passa a ser capturado em cima do contexto da realidade que cada sujeito está inserido, numa perspectiva gerencial

mais comunicativa¹⁹. Assim, a proposta de educação permanente apresentou-se como uma alternativa interessante de reflexão e ampliação do objeto de trabalho da DIRES.

c) Os meios/instrumentos de trabalho.

Os meios de trabalho que se apresentaram foram os instrumentos de consulta para informações da atenção básica (planilha com a situação de implantação e financiamento de equipes da atenção básica, planilha situação da desprecarização do vínculo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, planilha de monitoramento das construções de unidades, sites, portarias, leis), os documentos de comunicação interna e externa (ofícios e e-mail), roteiros de visita e de confecção de relatórios (de visita técnica, de prestação de contas das atividades trimestrais para a Diretoria da Atenção Básica), além de equipamentos como telefone, aparelho de fax, computador e automóvel.

...então a gente acaba tirando dúvidas, dando resolutividade por telefone, né? Atendendo realmente as demandas por telefone, certo! E assim instrumento que nós utilizamos? Ofícios, telefone, né? e e-mails também, a gente dispara muitas coisa por e-mail, portarias, né? (T-SES/R4)

A maioria dos instrumentos de consulta e que serviam de guia para o desenvolvimento das atividades foram desenvolvidos e disponibilizados pela Diretoria da Atenção Básica.

Além destes instrumentos mais “físicos”, o saber adquirido por estes técnicos durante toda a sua trajetória de vida, principalmente profissional, configura-se como uma importante ferramenta de trabalho. Os saberes mais estruturados e instituídos são os mais citados pelos entrevistados, como a decodificação/entendimento de portarias e resoluções da atenção básica.

Bem os instrumentos que eu uso são essas coisas que eu te falei: é o estudo, estar sempre inteirada com os instrumentos de trabalho, os saberes de ferramentas da estratégia em si, do processo de trabalho, quanto da legislação, porque você tem que tá na ponta da língua, essa legislação. Às vezes eu fico, pelo processo de trabalho de muitos anos, a gente já vem adquirindo esta prática, mas a gente tem, é uma coisa que muda, é dinâmico. (T-SES/R1)

O investimento da DAB com a inserção das DIRES no Curso de Linha de Cuidado, segundo T-SES/R1, aponta outros saberes que começaram a ser acessados pelos técnicos, tais

como as discussões em torno dos temas: processo de trabalho, mapa cartográfico, parede de situação, acolhimento, projeto terapêutico singular, Pacto pela Saúde, linhas de cuidado.

...então a gente procura se capacitar, né? , de todas essas políticas de ferramentas que a atenção básica traz, a estratégia da saúde da família traz, através desse curso de linha de cuidado, tem um biblioteca riquíssima. Então a gente busca se fundamentar em todas essas ferramentas como acolhimento, como a regionalização, como tantos outros para a gente poder tá dando esse apoio adm... , esse apoio institucional, que ficou no lugar dessa antiga supervisão, né. (T-SES/R1)

Mais do que temas, estas terminologias demonstram uma apropriação de tecnologias de gestão. Entretanto, nem todos os técnicos estão inseridos neste espaço de formação, e cada membro do grupo tem histórias de inserções diferentes na atuação na atenção básica, o que contribui para uma heterogeneidade em relação ao acesso aos meios de trabalho, bem como o seu uso para a transformação do seu objeto.

Percebe-se uma necessidade de tecnologias que vão além de saberes bem estruturados – tecnologia leve-dura – para tecnologias voltadas para a gestão de processos de trabalho e relações entre sujeitos – tecnologias leves¹².

Esta dificuldade é percebida pelo nível central, que também padece de limitações para sustentar o processo de apoio às regionais de saúde, como número insuficiente de apoiadores institucionais, espaços descontínuos de encontros para a formação e reflexão da prática, recursos financeiros insuficientes, entre outras.

Depende também de que a Dires, do jeito que a gente vê, ela **precisaria de um processo de educação permanente mais contínuo pelo apoio institucional do nível central**, mas a gente não tem perna pra fazer... na demanda que seria necessária talvez. Que pra construir uma prática de apoio institucional exige uma proximidade maior para algumas. (G-SES/C2)

Para acompanhar este processo, a DAB, através do apoio institucional e da proposta de educação permanente, vem possibilitando às Dires acompanhar mudanças do SUS, principalmente em relação à gestão da atenção básica.

E eu acredito que isso é em função principalmente da **lógica que a gente opera do apoio institucional**, onde a gente constituiu, né? Equipes de referência regionalizadas e que dialogam diretamente com cada regional, então conseguem compartilhar consegue acompanhar cada regional de saúde. Isso, por si só, já é uma **ação de educação permanente**, o próprio fato de tá acompanhando de perto, fazendo um suporte para a ação da regional é importante. (G-SES/C1)

Eu acho que o grande gancho é o apoio institucional, que nós damos, então a gente faz tudo para **se capacitar, para se instrumentalizar com ferramentas** que a ... que o sistema único tem. (T-SES/R1)

Não, existia, mas assim, né, pontual não valorizado era mais a educação continuada, né, que **hoje a gente já tem outro olhar, da educação permanente**. Outro ponto interessante também, que eu percebo nessa gestão estadual é a valorização é do município, gestores municipal e regionais em capacitação, né? (T-SES/R4)

As várias faces do objeto do trabalho da regional apresentados refletem também uma necessidade de acesso e uso de instrumentos que dêem conta das especificidades deste objeto e do próprio sujeito da ação. Demandas municipais relacionadas a problemas tais como recrutamento e seleção de profissionais, principalmente médicos; gestão do trabalho e emprego para atenção básica; formação de profissionais de saúde; desenvolvimento de projetos para fortalecer a atenção a saúde; captação de recursos para os projetos; e o processo de avaliação da política de saúde municipal diante os investimento realizados, não são suficientemente trabalhados pelas regionais pela insuficiência de instrumentos e meios adequados.

d) Organização do trabalho da regional;

O estado faz interface com as diretrizes nacionais da atenção básica, através da Diretoria da Atenção Básica, trazendo para o seu componente regional (DIRES) uma atuação de co-responsabilidade no acompanhamento, monitoramento, avaliação e apoio aos municípios no processo de desenvolvimento e qualificação da atenção básica¹⁰. Este desenho organizacional, chamado de **desconcentração**²³, caracteriza pela descentralização de algumas responsabilidades administrativas do nível central para o regional de uma mesma organização, no caso a SESAB.

Cada DIRES atua na gestão da atenção básica com um técnico ou uma equipe de referência. A forma de organização da DIRES é determinada por vários fatores (contexto sócio-político e histórico, tamanho e perfil da equipe, perfil do diretor regional, estrutura-física e logística, entre outros fatores) que geram uma diversidade de desenhos organizacionais internos.

Nestas duas macrorregiões, né? Nós temos um total de sete regionais, que são muito distintas em relação ao processo de desenvolver a gestão da atenção básica com equipes diferenciadas, né? A **nível da contribuição de técnicos e de apoio administrativo**, né? Com formas de atuação muito diferenciadas, né? (T-SES/C1).

A DIRES estudada desempenha atividades **na sede** da regional e nos municípios, através de **visita técnica**. Na sede, são divididas tarefas entre os cinco membros, considerando a experiência e a carga horária de trabalho. Existe um técnico (T-SES/R1) que desenvolve a coordenação do grupo e tem uma maior intermediação com o nível central, isto se deve a sua carga horária e o seu tempo de atuação na atenção básica. A técnica T-SES/R4 também possui um maior tempo de atuação na DIRES, mas no momento da pesquisa ela estava chegando de um período de licença do serviço.

As atividades desenvolvidas na sede da DIRES concentram-se em: reunião mensal do grupo regional da atenção básica de planejamento e programação da agenda mensal, atendimento diário de demandas e solicitações principalmente dos municípios e do nível central; confecção de relatórios e orientações; encontros esporádicos com gestores e técnicos municipais para divulgação de informações e implantação/implementação de projetos; e participação da reunião bimensal do Colegiado de Gestão Micro Regional (CGMR). Em algumas situações a apoiadora do nível central da DIRES acompanha e participa destas atividades. Uma estratégia de atenção aos municípios utilizada é a divisão de responsabilidades no grupo, mas garantindo que todos saibam o processo, dando sempre resposta aos municípios que acionam a regional.

Em relação aos encontros com gestores foi identificado um freqüente choque de agendas, devido às várias solicitações das diversas diretorias do nível central da SESAB. Esta situação gera vários atravessamentos da programação da DIRES e uma sensação de desorganização por parte dos municípios, que a todo o tempo têm que disponibilizar técnicos para estar nos eventos.

Mas assim o que mais a DIRES pede mesmo é... Oh, é envio de dados, é... presença nas capacitações, nas reuniões, nas orientações, porque teve semana mesmo que se fizer gosto [...], tem reunião disso, tem capacitação daquilo... (G-SMS3)

As reuniões bimensais do CGMR foram identificadas como espaços potenciais para a gestão na região, ao singularizar os problemas da microrregião. Criado em 2008, respaldados pelas diretrizes do Pacto pela Saúde¹⁴, é formado por todos os secretários que compõem a área de atuação da DIRES estudada e mais outra que pertence à microrregião, e 03 representantes da SESAB (dois diretores de DIRES e um técnico do nível central indicado pelo secretário estadual). Desde a sua criação, várias pautas relacionadas à atenção básica foram discutidas, tanto de processos mais estruturados, como o credenciamento e implantação de equipes, até questões mais complexas da região, estas com maior atuação da DAB, refletindo uma relação

de dependência. Há um fluxo já definido envolvendo aprovação do CGMR dos processos estruturados de credenciamento, implantação, e descredenciamento de equipes (ACS, ESF, ESB e NASF), o que envolve a atuação mais ativa do grupo da DIRES.

Quanto às visitas técnicas, estas são disparadas por solicitações do próprio município, da DAB ou por demandas da própria DIRES, como o monitoramento de encaminhamentos de visitas anteriores. Algumas delas são realizadas em conjunto com o apoiador da DAB, sendo esta atividade utilizada para desenvolver um processo de educação permanente. Para cada visita é realizado um relatório com um plano de ação construído em parceria com o município, no qual são definidas as atividades para corrigir os problemas encontrados, bem como os responsáveis e os prazos para realizá-las. Em alguns casos, principalmente em época de campanha de vacinação, o grupo da atenção básica desenvolve atividades *in loco* com o grupo da vigilância epidemiológica, numa tentativa de integração de ações.

O investimento feito pela DAB para mudar a relação e atuação das DIRES junto aos municípios, através da proposta do apoio institucional - que engloba uma relação mais dialógica e reflexiva do contexto municipal - se reflete nas falas dos técnicos regionais e municipais, embora fique bastante evidente o dilema “fiscalizar” ou “apoiar” o município.

Então, **quando nós descemos aos municípios** para reunir com as equipes técnicas, com a gestão municipal, para as inconformidades nós pactuamos prazos, então dentro desses prazos que são pactuados, **não são determinados pela equipe técnica da atenção básica da regional, mas são pactuados junto com a gestão municipal na sua capacidade de resolutividade.** Então, dentro desses prazos, né?, nós procuramos acompanhar.” (T-SES/R4)

E a gente não tem esse olhar crítico para fiscalizatório, a gente tem esse olhar de apoio, né? Isso, porque para estar caminhando com o município, dizendo onde está inadequado, e buscar a adequação. (T-SES/C1)

Nas falas dos gestores municipais, foco do trabalho da regional, percebe-se uma mudança na relação DIRES/município, aos poucos se concretiza, pelo conjunto de expressões utilizadas: “sentar junto”, “ver a realidade do município”, “elaborar plano de ação em conjunto”, “apoio mais de perto”.

“Pra mim **apoio institucional é assim apoiar a gestão**, não é? Pra mim é na verdade tudo que já vinha falando aqui. Ela [a DIRES] **não manda pacote pronto, vire-se, ela tá ali junto, ela tá dando a gente condições de fazer aquilo, né , ela tá norteando o nosso trabalho, então pra mim isso é apoio institucional.** É dá suporte a gente, é está próximo da gente, que a gente consiga executar as demandas, que são por elas ou pelo estado, ou pela união... (G-ABSMS1)

Esta mudança revela o caminho encontrado pela gestão estadual de cumprir com as “novas” funções, que não estavam automaticamente dadas no processo de descentralização. Ou seja, foi, exatamente, na identificação das necessidades e demandas dos municípios, que foi se desenhando este novo papel, e a organização capaz de prover competências para seu desempenho.

A DIRES estudada utilizou estratégias de acolhimento (visitas aos municípios, encontros regionais mais freqüentes) e aproximação dos gestores municipais, como forma fortalecer a relação com os novos parceiros:

Então... a atuação dela nesse sentido eu acho assim, muito próxima do município, né, ela consegue, **ela consegue se aproximar do município sentir as nossas necessidades e tentando adequar**, mas sem fugir também das determinações necessárias das agendas que tem que ser cumpridas, dos prazos cumpridos, mas de uma maneira sempre próxima. (G-ABSMS1)

Entretanto, em algumas situações, o papel regulador e fiscalizador do estado é solicitado para legitimar algumas ações da coordenação municipal da atenção perante seu próprio corpo, seu sistema, seus serviços, seja por insegurança diante das novas funções, ou seja por interferências de forças políticas locais:

... por exemplo, todas as vezes que a gente programa uma oficina a DIRES tá com a gente, a **gente chama a DIRES para poder ser também**, até para poder dá um respaldo diante dos profissionais, a gente quer isso, a gente tem a DIRES aqui que tá também...

P - Você acha que a DIRES legitima as ações de vocês?
Legítima. (G-SMS1)

É evidente que mudanças na organização do trabalho são processuais e requerem um investimento de todos os técnicos apostando no novo modelo, pois a cultura organizacional presente vai tencionando este novo (instituinte) que pede espaço para ser instituído^{12, 22}. Nas falas dos três grupos de entrevistados observa-se uma oscilação entre este novo e as raízes das práticas antigas.

Os investimentos na educação permanente e o apoio institucional, por exemplo, já retratam uma melhoria do trabalho da regional em termos de organização, comunicação e entendimento do propósito do trabalho:

...melhorou muito a comunicação, melhorou muito o acesso, as coisas começaram a ficar de uma maneira **muito mais organizada**... você agora tem uma... você sabe os caminhos que devem ser seguidos até você atingir aquilo, antes a gente não pensava em, tanto em metas, né, em apontar metas, atingir indicadores, [...] **as coisas eram muito mais soltas**... (G-ABSMS1)

Entretanto, os gestores do nível central refletem que a mudança proposta pelo modelo de gestão baseado no apoio institucional ainda está mais no plano do teórico. Segundo a Coordenadora Estadual da Atenção Básica, para ter o “salto da mudança” é necessário um forte investimento em educação permanente, com processo intenso de reflexão da prática e discussão com o sujeito da prática a sua inserção neste trabalho. Para isto é necessário mais encontros de troca, de discussão e de apoiadores institucionais da DIRES habilitados para sustentarem esta mudança.

...eu acho que assim, quando as DIRES criam espaços da perspectiva do apoio institucional **surtem outras demandas**. Eu não conseguiria dizer agora como é que isso acontece de forma geral que elas têm conseguido criar **estes espaços de escuta**, mas quando acontecia isso nos momentos em eu tava mais próxima surgiam demandas de apoio de educação permanente por parte dos municípios, que eles demandavam para o estado, né? (G-SES/C2)

Esta limitação reflete o levantamento de alguns pontos críticos da atuação e organização do trabalho da DIRES estudada:

- Incipiência do processo de avaliação e reflexão das ações da regional focada nos resultados almejados na política estadual de saúde;
- Requerimento dos municípios de **uma atuação mais pró-ativa** em relação ao apoio aos municípios, se antevendo as suas necessidades;
- Dependência financeira e técnica da DIRES para com o nível central;
- Predomínio do modelo campanhista na organização da gestão estadual;
- Dupla atuação de diretorias da SESAB (nível central e regional) no mesmo objeto, numa espécie de paralelismo de ações, revelando uma fragilidade de atuação da DIRES e disputa de poder - “quem vai cortar o recurso diante das irregularidades constatadas?”;
- O histórico e a cultura gerencial da SESAB no desenvolvimento de projetos por áreas programáticas, com pouca articulação entre elas, limitam esta capacidade de atuação das regionais, ficando as ações mais concentradas nos projetos **estruturados da atenção básica**, talvez por ser mais fácil fazer o que já se sabe – caminho conhecido;
- A DIRES e os municípios estão em constante relação de independência ou dependência, conseqüência do processo de municipalização e da busca de afirmação da autonomia municipal, principalmente do município sede de DIRES.

Esta situação se agrava com os problemas estruturais da DIRES, reflexo da política interna institucional da SESAB, tais quais: dependência de outros setores da SESAB; poucos momentos de avaliação do grupo; número de técnicos insuficiente; processo de educação permanente do servidor estadual incipiente e pouco estruturado; inexistência de uma coordenação específica na DIRES para atenção básica no organograma; excesso de atividades; dificuldade de desenvolver um trabalho mais integral; insuficiência de recursos (diárias e transporte - veículo) para realização de visitas. Ou seja, meios ou recursos insuficientes e organização ainda inadequada

Olha o grande limite que eu tenho no processo de trabalho hoje eu acredito que é essa, esse, essa correria que a gente anda, que eu gostaria muito que a gente tivesse mais um dia pra poder se inteirar com o colega do lado para ver, para a gente fazer uma análise de quanto a gente tá avançando em relação a estratégia. (T-SES/R1)

Observando as limitações apontadas por Araújo *et al*⁷ do processo de regionalização no período da ditadura militar, percebe-se que atualmente alguns destes problemas continuam, revelando que os investimentos ainda não se configuram numa aposta política de fortalecimento das estruturas regionais da SESAB. Mais além, reflete a não governabilidade da SES sobre a política de recursos humanos do estado, limitando-se a movimentos isolados de algumas diretorias.

A prática gerencial adequada à dinamicidade da realidade social requer algumas condições para o seu exercício: compromisso com os resultados da organização, autonomia e flexibilidade organizacional²⁰. “Desse modo, a preparação de quadros gerenciais ganha uma nova perspectiva, exige condições que não os meros treinamentos em sistemas já viciados e ultrapassados, cujo domínio apenas logrará ajustar os gerentes aos desajustes históricos das organizações públicas e do setor saúde”²⁰ (p.30)

Para Junqueira e Inojosa²⁰,

...o gerente deixa de ser um fazedor e cumpridor de planos, para ser um negociador, aberto ao diálogo, capaz de incentivar e aprender as múltiplas leituras da realidade e a formulação de alternativas de ação, capaz de promover a coletivação das idéias, gerando as inovações, e capaz de articular a ação de sua equipe (p. 26).

Sendo assim, não existe uma receita para gerenciar. As condições da realidade onde estão sendo produzidos os serviços de saúde precisam ser consideradas e trabalhadas pelo gerente público¹⁹, que tem como desafio a flexibilização da estrutura burocrática tradicional, sem perder a responsabilidade da gestão sanitária.

d) O produto da obra

Na DIRES estudada, destaca-se a implantação dos projetos prioritários contidos nos eixos da Política Estadual da Atenção Básica, principalmente os já conhecidos e normatizados, predominantes no eixo I, II e IV (quadro 1). Estes carregam um histórico de resultados desde a implantação das primeiras equipes (ACS e ESF) na década de 90, o que contribuiu para hoje se ter a maioria dos municípios da regional com uma cobertura de cem por cento da Estratégia Saúde da Família, segundo dados documentais.

No eixo “O SUS é uma Escola”, a identificação da atuação DIRES não está tão “normatizada” como nos eixos citados, pois está sendo inserida a proposta da SESAB para desenvolvimento da Educação Permanente na atenção básica, que tem como produtos: o acolhimento pedagógico – atividade de qualificação dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família; e a implantação do Núcleo de Educação Permanente com foco no desenvolvimento das Linhas de Cuidado na atenção básica. Além disso, apenas um técnico da equipe regional (NR1) estava envolvido com este produto.

Observou-se que, de maneira geral, os gestores municipais avaliaram como satisfatório a atuação da regional. Entretanto, para o gestor do município sede da regional, o produto do trabalho da gestão regional não atendia às suas necessidades, apesar do bom relacionamento com a equipe regional.

De onde viria a fragilidade sentida ou observada pelo município? Observam-se aqui, neste ponto da análise, alguns entraves para ir além de produtos estruturados, chegando a um produto mais próximo do usuário.

Dentre as atribuições estabelecidas para as SES na atenção básica ²⁴, a atuação da DIRES concentra-se mais fortemente em duas delas:

- Acompanhar a implantação e execução das ações de AB (...);
- Prestar assessoria técnica aos municípios no processo de organização da AB e da implementação da ESF, bem como em seus processos avaliativos (BRASIL, 2006, p.105 -106)

Observou-se que a DIRES sofre alguns atravessamentos que acabam limitando a sua capacidade de captação e ampliação do objeto de trabalho, bem como a sua governabilidade em relação ao produto da sua obra, levando à insatisfação também dos técnicos regionais.

Pela constituição, o município é pleno nos seus poderes, a gente tem que passar para o nível central, a gente tentou ter essa relação ... , mas era mais difícil, demorava

mais tempo e o município tinha mais é ... era mais acelerado, neste sentido, né? (G-SMS2)

... porque você vai, notifica, por exemplo, você faz esse relatório aqui se você não tiver uma resolutividade em cima disso aí, seu trabalho tá perdido, você, eu digo sempre, **quando a gente viaja, a gente vê, julgar e agir, você vê, julga, mas não tem como agir, então você vai estar vendo, vai julgar, para você fazer seu relatório, e como é que vai ser o agir, não vai ter resposta.** Vai ficar mais em uma gaveta? [...] eu acho que você tira a sua importância de DIRES. (T-SES/R3)

Esta situação, em que a concretização do trabalho depende do outro, que pode ser o município ou o nível central, gera insatisfação dos técnicos, pois as equipes são implantadas nos municípios, os recursos são transferidos, mas o modelo de atenção à saúde continua o mesmo, distante das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica, na qual a família é identificada como o principal foco da atenção à saúde, como é destacado por T-SES/C1:

... porque eles falam muito, **‘ah, porque na vigilância epidemiológica tem uma resposta mais rápida das coisas, na atenção básica, então tem as questões políticas que interferem, é... a gente vai no município, pactua e aí quando chega lá, volta no município, tá a mesma coisa,** o gestor não se comprometeu com aquilo que a gente pactuou’ e aí acaba que não estimula. Desestimula no processo.... (T-SES/C1)

A impressão que fica é que apenas aumentou a oferta de serviços e recursos financeiros com a implantação de equipes, mas o fazer dos profissionais das equipes continua o mesmo, como mostra as contribuições de Vanderlei ²⁵ (p. 35):

A pertinência dessa estratégia de cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes do PSF implantadas em todo o país, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e os serviços produzidos signifiquem, de fato a mudança do conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho previsto nos documentos oficiais.

Sendo assim, dado que os municípios parecem incapazes de dar respostas satisfatórias aos aspectos qualitativos da gestão que estão implicados no modelo de atenção, a regional corre o risco de virar uma produtora de visitas e relatórios, perdendo o foco de sua finalidade. Os seus produtos ficam concentrados no cumprimento de atividades meio (enviar a planilha, entregar o relatório, fazer a visita) e insubordinados à vontade do agente, o que vem a ser condição objetiva das específicas formas de alienação do trabalho¹⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do processo de trabalho dos técnicos regionais da atenção básica se deu em um momento de transição do trabalho das DIRES, de um modelo burocrático-funcionalista, para uma proposta mais democrática e dialógica disparado pela DAB, através do apoio institucional.

O sujeito da gestão regional está em busca de seu espaço, de sua identidade, está em constante disputa para se fazer presente, protagonista da sua história. Mas é atravessado por suas próprias limitações, pela busca de emancipação dos municípios, bem como pelo modelo remanescente de gestão funcionalista-burocrático, enraizado na SESAB, que racionaliza a gestão com base na divisão tradicional do trabalho: o nível central decide (cabeça) e a ponta executa (membros). O grupo de referência da atenção básica da DIRES tem limitações na condução e na tomada de decisão, o que vai interferir na sua constituição de ser o sujeito da gestão, em várias vezes torna-se um ator secundário no cenário regional.

O objeto do trabalho apresentou-se na maioria das vezes pautado pelo outro (solicitações dos municípios na implantação de projetos da atenção Básica e da DAB para acompanhamento, verificação, monitoramento, avaliação) revelando uma limitação da regional na capacidade de escuta e de captura do objeto de trabalho identificado por ela - demandas e necessidades dos municípios - demonstrando um distanciamento entre o discurso e a prática.

O fazer na DIRES revelou-se como trabalho sistematizado, em equipe, com momentos de planejamento e de articulação com a gestão municipal e a DAB. Destaca-se o Colegiado de Gestão Microrregional com um importante espaço de gestão regional, no qual o grupo regional da atenção básica se faz atuante. A aproximação do nível central contribuiu para a adesão da DIRES ao projeto institucional da DAB. A proposta do apoio institucional atrelada à Educação Permanente contribuiu para a valorização da DIRES, aumentando a sua autonomia e melhorando a relação com os municípios.

Além disso, a direção regional comprometida com o resultado do trabalho parece contribuir para a adesão observada. Entretanto, o processo de monitoramento e avaliação de desempenho das regionais coerente com o projeto institucional encontra-se pouco sistematizado e limitado. Além disso, problemas ainda estruturantes interferem na qualificação da atuação da DIRES: insuficiência de técnicos tanto no nível central como no regional; limitação de recursos materiais (carro) e financeiros para realização de visitas; e

poucas oportunidades para encontro e discussão da prática. O produto do trabalho da gestão regional diante deste contexto corre o risco de ficar concentrado no cumprimento de tarefas, perdendo o sentido do projeto do trabalho.

O tipo de gestão que parece mais adequado às organizações de saúde é o mais consensual, colegiado, que reconhece o papel central dos profissionais²¹. A proposta da DAB para com a DARES segue esta linha de gestão, embora o “salto da mudança” esperado requeira mais investimentos para a continuidade, proximidade e apoio às regionais, potencializando a sua atuação junto à gestão municipal, e tendo a autonomia como condição necessária para a produção de serviços de boa qualidade. A aposta neste novo processo de trabalho em busca de mudança e de identidade das estruturas regionais da SES potencializará o processo da descentralização, seja através do fortalecimento das regiões de saúde, seja pelo reconhecimento das reais necessidades das secretarias municipais de saúde na efetivação da municipalização.

REFERÊNCIAS

1. Abrucio, Fernando Luiz. Reforma do Estado no federalismo brasileiro: a situação das administrações públicas estaduais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 39, v.2, mar./abr. 2005, p. 401-20.
2. Lima, Luciana Dias de et al. O pacto Federativo Brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: Ugá, Maria Alicia D. et al. **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, p.27 -58
3. Mendes, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, p.11- 39, 2001.
4. Levcovitz, E. et al.. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva** n. 6, v. 2, p. 269-91, 2001.
5. Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios **RECIIS – Rev. Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em. Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, , jul-dez, 2007, p. 200-207.
6. Artmann, Elizabeth; Rivera, Francisco Javier Uribe. **Regionalização em Saúde e mix público-privado**. 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArt>. Acesso: 19.07.09

7. Araújo, José. Duarte de; Ferreira, Emerson S. M. ; NERY, Gabriel Cedraz. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do Estado da Bahia, Brasil **Rev. Saúde pública**, São. Paulo, n.7, 1973, p. 1 – 1973.
8. Paim, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e a municipalização. In: PAIM, J. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002, p. 195-208.
9. Coelho, Thereza Christina Bahia. **O processo político de gestão em uma instituição hipercomplexa do sistema único de saúde**. Tese de Doutorado. ISC-Bahia, 2001.
10. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diretoria da Atenção Básica. **Descentralização Solidária e Fortalecimento da Gestão Municipal e Regional** , 2008. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/projetosestrategicos6.asp>> . Acesso em 19.07.09.
11. Baremlitt, G. F., **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996, p.11-78.
12. Merhy, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; Onocko, Rosana (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed., São Paulo: HUCITEC, 2002,p.71-112.
13. Paim, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v.4, n. Esp, p.73-8, 2006.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
15. Minayo, M.C de S (org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26. ed., Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
16. Marx, K. **O capital: crítica da economia política**. (tradução de Reginaldo Sant’Anna) Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 1.I, v. 1, 26ª ed.2008, p.211-231
17. Testa, Mario. **Saber en salud: la construcción del conocimiento**. Buenos Aires/Argentina: Lugar Editorial, 1997.
18. Mendes-Gonçalves, Ricardo Bruno. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR**, série texto, n.1, São Paulo, 1992.
19. Rivera, Francisco Javier Uribe. Cultura e liderança Comunicativa. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Análise estratégica e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 185-218, 2003.

20. Junqueira, Luciano A. Prates. Inojosa, Rose Marie. Gestão dos serviços públicos de saúde em busca de uma lógica da eficácia. **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, nº 2, abr/jun, 1992, p. 20-31
21. Barbosa, Pedro Ribeiro. Gestão em Saúde: o Desafio dos Hospitais como Referência para Inovações em todo o Sistema de Saúde de Saúde. In: FLEURY, Sonia (org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
22. Matus, Carlos. **Los tres cinturones del gobierno**, Fundação ALTADIR: Caracas – Venezuela, 1997.
23. Mendes, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, p.11- 39, 2001.
24. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília : Ministério da Saúde, 28 de março de 2006.
25. Vanderlei, Maria Ieda Gomes. **O gerenciamento na estratégia da saúde da família: processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão**. Ribeirão Preto, 2005 (tese) 245p.

ANEXO

Eixo	Projetos estratégicos da Política Estadual da Atenção Básica	Produtos do trabalho da DIRES
I	Expansão da Saúde da Família com Inclusão Social	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio, avaliação e encaminhamento de processos de credenciamento de equipes nos municípios - ACS, ESB, ESF – (projeto municipal com parecer da DIRES encaminhado para o CGMR)
II	Desprecarização e Valorização do Trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio na aprovação de lei municipal que regulariza o cargo de ACS no município; • Articulação com gestor municipal para o empossamento dos ACS regularizados; • Realização do processo seletivo de novos ACS com a equipe municipal;
III	Carreira de Saúde da Família – Fundação Estatal Saúde da Família	-
IV	“Saúde da Família Pra Valer” – qualificação da atenção e do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Averiguação de irregularidades no uso de recursos e funcionamento das equipes - carga horária dos profissionais, infra-estrutura, fluxos dos serviços - e projetos da atenção básica (relatório técnico com parecer); • Pactuação com os municípios (plano de ação) a adequação das irregularidades no uso de recursos e funcionamento das equipes e projetos da atenção básica;
V	“O SUS é uma Escola” – formação de gestores e trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de formação e atualizações de profissionais das equipes com a equipe municipal (acolhimento pedagógico e formação dos ACS); • Apoio e articulação para a implantação no município sede da regional o Núcleo de Educação Permanente com foco no desenvolvimento das Linhas de Cuidado na atenção básica.
VI	Descentralização Solidária e Fortalecimento da Gestão Municipal e Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão de pautas da atenção básica no CGMR (credenciamento, implantação de novos projetos)
VII	Fortalecimento da Participação Popular e do Controle Social	-

Quadro 1. Relação de produtos da regional de acordo com os eixos estratégicos da Política Estadual da Atenção Básica (adaptado os registros da observação do processo de trabalho com os eixos prioritários da PEAB²⁴).

5.2 Artigo 2 - Gestão estadual da atenção básica no âmbito regional à luz do Triângulo de Ferro⁷

Liane Santiago Andrade
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar a gestão da atenção básica desenvolvida por uma instância regional de uma secretaria estadual de saúde, no ano de 2010, à luz da proposta do Triângulo de Ferro de Carlos Matus. O estudo de caso tem como sujeitos da pesquisa dezesseis gestores e técnicos da atenção básica do nível estadual (central e regional) e municipal. O nível estadual regional constituiu-se o foco do estudo. A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2010, por meio de entrevistas semi-estruturadas, observação sistematizada e pesquisa documental, analisadas quanto ao conteúdo sob a égide de três categorias relacionadas aos vértices do triângulo: direcionalidade, responsabilidade e descentralização e autonomia. Estas foram pontuadas de 0 a 100, de acordo com o grau de consistência atingido por cada uma. A análise do Triângulo de Ferro da gestão regional identificou os pontos fortes e frágeis da gestão, servindo como um marcador para apoiar a análise de propostas de mudanças organizacionais, revelando, nesse estudo, uma gestão de baixa responsabilidade. A direcionalidade, sistema melhor pontuado, foi prejudicada pela falta de objetivos claros e pelos furos da agenda da gestão regional. A responsabilidade apresentou o vértice mais fragilizado, principalmente pela incipiência do sistema de petição e prestação de contas. A descentralização e autonomia mostraram situação intermediária, indicando que o movimento isolado de uma diretoria, dentro de uma organização hipercomplexa precisa avançar muito mais para conseguir implantar um novo modo de fazer. O uso do Triângulo de Ferro na análise da gestão mostrou-se bastante adequado servindo como instrumento de avaliação e acompanhamento das propostas de mudança organizacional na saúde.

⁷ Artigo organizado seguindo as regras de publicação da Revista de Saúde Pública – USP. Enviado para a análise na revista, com vista a possível publicação em 09 de outubro de 2011, protocolo nº3820.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Governo Estadual. Regionalização.

ABSTRACT

State management of primary care at the regional level in light of the Iron Triangle

This article aims to analyze the management of primary care developed by a regional level of a state health secretariat, in 2010, in the light of the Iron Triangle of Carlos Matus' proposal. The research subjects of the case study was sixteen managers and technicians of the high state-level (central and regional) and municipal levels. The regional state level was the focus of the study. Data collection was conducted from May to August 2010, through semi-structured interviews, systematic observation and documentary research, analyzed for content under the aegis of three categories related to the vertices of the iron triangle: directionality, responsibility and decentralization and autonomy. These were scored from 0 to 100 according to the degree of consistency achieved by each one. Analysis of the Iron Triangle's regional management has identified the strengths and weaknesses of management, serving as a marker to support the analysis of proposed organizational changes, revealing, in this study, a low-management responsibility. The directionality, highest scoring system was hampered by a lack of clear objectives and the holes on the agenda of regional management. The responsibility presented the more fragile vertex, especially related to the incipient system of petition and accountability. The decentralization and autonomy, in the middle, indicating that the isolated movement of a board within a hypercomplex organization needs to advance more to earn deploy a new way of doing. The use of the Iron Triangle in the analysis of management proved to be well suited to serve as an instrument of evaluation and monitoring of the organizational change purposes in health.

KEY WORDS: Primary Health Care. Health Management. State Government. Regional Health Planning

INTRODUÇÃO

Mudanças institucionais amplas requerem grandes investimentos e acúmulos no campo econômico, político e administrativo, podendo significar quebra de paradigmas, e a constituição de uma nova cultura organizacional¹. No caso da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de descentralização gerou a delimitação de campos de atuação dos entes federados.

Na Atenção Básica a valorização da gestão municipal tem enfrentado como principais obstáculos a fragilidade estrutural encontrada na maioria dos municípios, e a baixa capacidade de apoio técnico de muitas secretarias estaduais, em especial, de suas estruturas regionais².

No âmbito das secretarias estaduais, a falta de integração regional e a racionalidade burocrática para o qual tende a administração pública, tem se expressado na tendência para priorizar o cumprimento de normas de processo, com pouca ênfase nos resultados³. A necessidade de inovações gerenciais que dêem conta das recentes competências assumidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) com a atenção básica tem como principal desafio a construção de um pacto regional que envolva todos os atores num processo de definição clara de papéis e responsabilidades⁴.

No campo da análise das práticas de gestão, a necessidade de bases teóricas mais sólidas que possibilitem a orientação desta prática nos serviços de saúde tem sido destacada por vários autores⁵.

A Teoria Macroorganizacional do Planejamento Estratégico-Situacional – PES possui como vantagem a capacidade de dar um tratamento especial a um dos pontos fracos da administração pública que é a responsabilidade de gestão^{3,6,7,8}. No PES, três sistemas-chaves determinam a qualidade da gestão e conformam o denominado Triângulo de Ferro⁹: formação da agenda do dirigente (direcionalidade); sistema de petição e prestação de contas (responsabilidade); e a gerência por operações (governabilidade). O sistema de petição e prestação de contas do PES rege o Triângulo. Quando há baixa responsabilidade, um sistema supostamente modernizado, não sofre a pressão da exigência de qualidade e, portanto, a reforma não é duradoura, voltando, em pouco tempo, às práticas tradicionais de trabalho.

Com base na hipótese de que a gestão regional de dada secretaria estadual pode estar reproduzindo no nível micro as tendências de desresponsabilização do

nível central, já apontadas em estudo anterior¹⁰, este artigo tem como objetivo analisar a gestão da atenção básica desenvolvida por uma instância regional de uma secretaria estadual de saúde, no ano de 2010, à luz da proposta do *Triângulo de Ferro* de Carlos Matus.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, de caráter exploratório, realizado em uma Diretoria Regional de Saúde (DIRES) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), que implantou, em 2007, sua Política Estadual da Atenção Básica (PEAB), priorizando o fortalecimento dos espaços regionais de gestão da saúde¹¹.

A DIRES, selecionada era responsável por uma população de 991.940 habitantes, em 2010, possuía equipe de atenção básica com mais de três técnicos, desde 2007, e abrangência de vinte e dois municípios.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas de maio a agosto de 2010, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética (CEP/SESAB nº 005/2010/ CAAE - 0003.0.053.059-10). Foram escolhidos 16 sujeitos com base nas funções ocupadas, conforme a tabela 1. Dado obtido via observação sistematizada e pesquisa documental complementaram os conteúdos das falas analisadas com auxílio do software NVIVO 7.

Foram utilizadas três categorias de análise⁹ adaptadas do modelo utilizado por Lima e Rivera³: a) Direcionalidade; b) Responsabilidade; c) Descentralização e Autonomia. Cada categoria operacional foi pontuada de 0 a 100 (Tabela 2) com o intuito de objetivar o grau de consistência atingido por cada elemento do Triângulo de Ferro, cuja representação gráfica (Figura 1) foi construída com base nas médias calculadas para cada vértice.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Com a mudança do governo estadual, em 2007, a nova Política Estadual de Saúde determinou a reformulação da estrutura organizacional da SESAB, na qual foi definida, para as DIRES, “a finalidade de atender à descentralização de responsabilidades administrativas e delegação de atividades de gestão junto às

instâncias municipais”¹². Sob o recorte da gestão da regional da atenção básica os três sistemas do triângulo observados são apresentados a seguir:

a) Direcionalidade/Sistema de Conformação da Agenda

A missão da DIRES, formulada centralmente buscava atender à exigência de co-responsabilidade no desenvolvimento de ações de saúde condicionadas a uma demanda social⁷. Tal demanda, no caso em estudo, consistiria no apoio às secretarias municipais de saúde com limitada capacidade técnica e administrativa e refletiria o processo de revalorização da identidade da DIRES, que passaria a assumir seu papel de mediadora e apoiadora¹³.

Entretanto, a construção desta proposta não envolveu diretamente as DIRES, o que contraria a aposta defendida pela política estadual, embasada numa gestão colegiada, democrática e participativa. Nas falas, o desejo da DIRES de participar do processo de definição e de planejamento macro da PEAB, encontrou como barreira a inviabilidade operacional alegada por entrevistados do nível central, como a distância. Mas até que ponto a barreira geográfica pode justificar a ausência do gestor regional no processo decisório? Isto é algo que precisa passar por uma maior discussão.

... a gente espera muito que a DIRES participe na formulação da singularidade que é necessária na implementação do projeto pra lá, na região dela. Eu sinto que às vezes elas demandam mais participar da formulação lá dentro do nível central, que é mais difícil... (G-SES/C2).

Por esse motivo, o ponto mais fragilizado da categoria operacional “missão” foi a sua não definição coletiva, conferindo uma pontuação de 75/100. Ainda assim, a sua definição pela equipe da AB em consonância com os documentos oficiais indicam uma adesão de técnicos e diretoria, ao projeto técnico-político da nova gestão, com ênfase no atendimento das “necessidades” dos vinte e dois municípios. Necessidades entendidas no sentido de “re-estruturar e implementar essa atenção básica nos municípios (G-SES/C1)”, mas não atendidas, do ponto de vista do município-sede da DIRES.

Quanto aos elementos constitutivos da missão⁴, foram identificados: o produto – apoio técnico no campo da atenção básica, focando na Política Estadual da Atenção Básica; o público-alvo – municípios da área de abrangência da DIRES;

suas características – de forma pactuada e dialogada, ainda com um forte viés burocrático funcionalista; e o resultado – produção da saúde.

Já aos objetivos careceram de uma clara e participativa definição. Aliás, a má definição dos objetivos dificulta a eleição de prioridades, bem como a reflexão sobre se o que se está fazendo, continua importante e adequado às necessidades da região. Por este motivo foi atribuído zero a este ponto.

Esta fragilidade levanta dúvidas sobre a adequação do desenho organizacional da SESAB à diversidade de realidades e demandas dos municípios.

Alguns pontos relacionando missão e estrutura de trabalho se mostraram como importantes obstáculos: fragmentação do trabalho de apoio aos municípios; número insuficiente de técnicos regionais; estrutura complexa com várias diretorias atuando com modelos de gestão diversos; apoio técnico e financeiro do nível central para o nível regional limitado e desarticulado; e interferências políticas na condução da política regional de saúde, características estas já apontadas por outros autores¹⁰.

Na estrutura organizacional da SESAB, as DARES possuem apenas o cargo do diretor e do coordenador administrativo, mas no caso estudado, havia sido criado um organograma informal constituído de: uma coordenação de saúde, que englobava as vigilâncias, a atenção básica e o sistema de informação; uma coordenação de assistência farmacêutica; outra de monitoramento das ações descentralizadas de saúde; e uma ouvidoria que ficava ligada à diretoria.

Ainda que o arranjo informal se constituísse numa tentativa de integração das ações, o apoio aos municípios ainda apresentou forte fragmentação das ações, indicando que o problema da integração vai além de delimitação de funções, podendo estar relacionado ao enraizamento do fazer burocrático nas práticas, de maneira tão profunda, que exigiria investimentos mais potentes em tecnologias de desenvolvimento organizacional.

A organização do trabalho dos técnicos da atenção básica aproximou-se da proposta da missão quando, em momento mensal de avaliação e planejamento das estratégias na região, procurou envolver todo o grupo, com o auxílio de apoiador institucional da DAB. A atuação junto aos municípios se dava através de atendimentos na sede da regional, realização de oficinas de trabalho e visitas de apoio. Observou-se uma proposta dialógica e de negociação de pactos de

responsabilidade nesta equipe, embora com alguns momentos mais normativos e de caráter fiscalizatório.

Excetuando-se os momentos descritos, o investimento da DAB na proposta de apoio institucional embasada em acompanhamento mais próximo e singular articulado à estratégia de educação permanente foram percebidas como circunscritas mais ao campo teórico, e só timidamente atuantes no cotidiano da DIRES.

Em 2008, com a implementação do Colegiado de Gestão Microrregional, foram definidos fluxos de gestão da atenção básica vinculando as pautas dos municípios com a atuação dos técnicos regionais e criando um espaço de valorização da gestão compartilhada. Este desenho também foi encontrado no estudo de Lopes¹⁴ sobre a regionalização do Ceará. No conjunto dos pontos a organização da gestão da atenção básica mostrou certa coerência com a missão, mas as fragilidades referidas criaram interferências importantes ao trabalho da regional que foram responsáveis pela atribuição de 50 pontos.

A análise identificou ainda que as prioridades da agenda da regional estavam centradas em processos mais estruturados (normatizados) previstos na PEAB, bem como na apuração de denúncias e acompanhamento dos relatórios da auditoria. Outras prioridades identificadas pela regional no seu planejamento mensal, muitas vezes foram atravessadas por demandas do nível central destoantes da missão e das prioridades de organização da DIRES, gerando a sobrecarga dos técnicos regionais que acabam assumindo várias funções.

Havia uma tendência da equipe da DIRES de se envolver na rotina de trabalho, dando respostas imediatas às demandas que apareciam, deixando de lado as propostas de trabalho a longo prazo. Ao perder espaço para problemas emergenciais, o planejamento do grupo regional enfraqueceu a Direcionalidade da gestão.

... às vezes as nossas dificuldades a nível local [...] fica muito por nossa conta, entendeu? (G –SMS1)

Entretanto, as demandas que envolviam processos mais estruturados relacionadas a projetos estratégicos da PEAB, apresentaram coerência com a agenda regional e prioridades da SESAB para a atenção básica, o que permitiu esta categoria alcançar 75 pontos. Esta relação converge para o destacado por Barbosa³:

as instâncias superiores teriam um papel de definir diretrizes mais gerais e as locais definiriam os objetivos dentro dos limites destas diretrizes e os meios disponíveis.

Considerando, por fim, todos os critérios levantados, a Direcionalidade obteve ao fim da análise, 41 pontos, tendo como fortaleza a definição da missão e do foco da agenda atrelados à definição da PEAB, com destaque para o eixo de fortalecimento da gestão regional.

b) Responsabilidade/Sistema de Petição e Prestação de Contas

A análise deste componente do Triângulo permitiu qualificar o nível de responsabilidade da Dires como regular (50). Identificou-se uma sistematicidade da prestação de contas dos recursos financeiros descentralizados e das visitas realizadas pelo grupo da atenção básica a cada quatro meses. Os encontros dos apoiadores institucionais da DAB (média de 02/ano), nos quais eram avaliados os eixos prioritários da PEAB para sua respectiva Dires, possuíam dinâmica de trabalho diferenciada, sendo bimensais na regional estudada.

A prestação de contas, no entanto, era realizada de forma bem simplificada através de relatório quadrimestral que destacava o número de visitas, relacionadas às demandas do município e aos eixos da PEAB (25). Não havia uma sistematização de instrumentos com indicadores de desempenho articulados com a missão da SESAB e da Dires (25). Percebeu-se que as contas não eram prestadas publicamente, ficando restritas a documentos internos (0). Não foi identificado um sistema de incentivo e punição (0), embora o discurso do diretor da DAB valorizasse a Dires que realizava seu planejamento e prestação de contas.

A gente descentralizou recurso e cobramos um relatório. Nesse relatório deveria ser colocado como é que foi gasto o recurso e o planejamento do próximo trimestre, então trimestralmente deveria ter um planejamento, [...] só que infelizmente foram pouquíssimas Dires que deram este retorno (G-SES/C1)".

O enfoque maior dado às questões financeiras do que às ações e seus impactos na atenção básica na região, revelaram uma limitação da Dires e da DAB no entendimento sobre o que é importante a ser avaliado. Ainda que, o nível central tenha proporcionado um momento de avaliação do modelo de gestão e do alcance de metas junto às equipes de apoiadores¹⁵.

Nenhum representante municipal conseguiu identificar os critérios e instrumentos utilizados para a avaliação/prestação de contas, pela Dires. Esta fragilidade da PEAB, também foi notada na fala do diretor da DAB, que colocou o monitoramento e avaliação como ferramentas que precisavam de investimentos.

Sem pactuação de resultados, metas e responsabilidade, entre os municípios, Dires e DAB, o sistema de petição e prestação de contas fica prejudicado, comprometendo a gestão regional. O resultado da avaliação para esta categoria alcançou um valor muito incipiente (17), refletindo-se no encolhimento deste vértice do Triângulo de Ferro (Figura1). Assim algumas questões importantes para o desempenho de uma gestão ficam sem resposta: Em que medida a atuação das regionais tem contribuído para o desenvolvimento da atenção básica na região? Que necessidades postas pela sociedade para a organização e gestão dos serviços de saúde estão sendo, ou não, atendidas? Dentro do campo organizacional da SESAB, quem é que presta contas e sobre o que? Como é feita essa prestação? E a quem?

Se dentro do desenho organizacional da SESAB não fica claro qual diretoria/departamento é responsável pela gestão das Dires, pois estão diretamente ligadas ao gabinete do secretário, como estabelecer um sistema de prestação de contas por desempenho diante da complexidade de ações e diversidade das práticas?

Considerando ainda que o sistema de petição e prestação de contas rege o Triângulo de Ferro⁹, esta baixa responsabilidade encontrada pode ser considerada um indicativo da não sustentação da proposta da PEAB, pela limitada exigência de qualidade das ações realizadas, diante dos objetivos institucionais e por se constituir uma proposta isolada e sem articulação com outros projetos das diretorias da SESAB. Desse modo, o grande risco de fracasso de uma proposta de inovação gerencial construída nessas bases é uma questão que se mantém como desafio para as gestões que vão vir.

c) Descentralização e Autonomia/Sistema de Gerência por Operações

O Sistema de Gerência por Operações se constitui na divisão do trabalho com adequada definição de competências para cada setor, de acordo com a missão da instituição.

O grupo regional se reunia mensalmente para planejar e definir seu curso de ação, sem a participação de outros setores da Dires, nem de representantes municipais. Em alguns momentos, o apoiador institucional da DAB estava presente (75). Mas o inverso, a participação da Dires na gestão da DAB foi incipiente (0).

Os espaços de comunicação/negociação foram fortalecidos através: de dois encontros anuais de todas as Dires; da avaliação anual da PEAB com um instrumento preenchido por Dires e municípios; das “Rodadas de Encontros” com municípios. Mas, o grande avanço para a tomada de decisão regional foi a implantação em 2008 do Colegiado de Gestão Microrregional.

Os canais de comunicação entre municípios, Dires e DAB possuíam, apesar desses investimentos, alguns ruídos (trâmites de processos de implantação de equipes, orientações para adesão de projetos, suspensão de recursos, novas regulamentações), que comprometiam certos fluxos de trabalho. Constantes mudanças de orientação da DAB também dificultavam o acompanhamento, levando a Dires a atuar preferencialmente no já conhecido e fazendo baixar a pontuação desse tópico (50).

A maior alocação de recursos para a Dires privilegiou a autonomia de decisão regional de um lado, mas comprometeu esta autonomia na prática, em decorrência da falta de resposta do planejamento e da prestação de contas (baixa responsabilidade e compromisso com a missão). Porém os técnicos queixam-se da precariedade de recursos para o desenvolvimento das atividades planejadas no ano anterior. Esta situação mostra um círculo vicioso de descentralização insuficiente de recursos, prestação de contas deficiente, baixa confiança e pouca autonomia, com impacto na capacidade de tomada de decisão regional (25).

A gerência por produtos/resultados representa, exatamente, a resposta da DAB ao problema da autonomia do grupo da regional e poderia vir a ser uma saída para os impasses observados.

... essa valorização para a Dires, com certeza melhorou bastante, fortaleceu, porque há um tempo atrás[...] a gente era relegado ao limbo, porque tudo era diretamente com o município. Quando a gente vinha saber, é aquela história do marido traído, era o último que sabia (T-SES/R2).

De qualquer maneira, após três anos de investimentos em apoio institucional e a Educação Permanente conseguiram, por meio de processos mais estruturados (credenciamento e implantação de equipes, seleção de ACS, acompanhamento de

obras de unidades de saúde) promover a diminuição do número de demandas municipais que chegavam no nível central. Nas questões que exigiam mais iniciativa e criatividade para geração de soluções, no entanto, a conduta era inibida e dependente do aval central.

Na verdade, o conjunto das 31 DARES exibia baixa autonomia, segundo apreciação dos próprios gestores centrais. Esta limitação certamente deveu-se à forte influência do modelo burocrático funcionalista na SESAB, assim como ao perfil do diretor regional, ao número de técnicos; às interferências políticas e, em alguns casos, ao envolvimento do técnico com o município sob sua responsabilidade, principalmente quando se verificava dupla inserção de emprego.

Certos avanços foram registrados, como a cobertura, pela Estratégia de Saúde da Família de quase 90% da população regional. Entretanto, a governabilidade da equipe sofreu limitações ligadas à racionalidade política ou à competência técnica, comprometendo o sistema de gerencia por operações pelo domínio da rotina, e também à liberdade para atuar diante das irregularidades identificadas nas visitas aos municípios, conferindo restrição à resolutividade na região:

A gente tem essa autonomia de determinar o município para onde vamos [...] Quando implanta, tudo é bonitinho, mas seis meses depois a gente volta... quebrou a autoclave [...] Então, a gente teria que ter uma autonomia de [...] travar aquilo, não deixar que a coisa ande, porque a gente chega em cada estratégia [ESF] que é uma vergonha (T-SES/R3).

A situação era mais crítica em relação ao município sede da regional, que por seu porte e maior independência, muitas vezes não reconhecia a atuação da DARES como co-responsável pela gestão da atenção básica na região, apesar do bom relacionamento inter-equipes.

... eu achei que ainda faltava mais amadurecimento do verdadeiro papel na regional [...] porque na realidade o município não precisaria passar pela DARES, se você vê o contexto, né? (G-SMS2)

Segundo relatos, a relação do município sede com a DARES ia além de um “amadurecimento da regional”, porque trazia questões políticas, ocultas em justificativas técnicas, de que o município, por ser gestão plena, deixaria sem função a DARES, no âmbito do seu território. O questionamento serviria como “desculpa” para um atravessamento do nível regional, fazendo com que o município negociasse

diretamente a habilitação de muitos serviços com o nível central, causando indignação de alguns técnicos regionais. Este contexto revela a inserção destes sujeitos no jogo macroorganizativo, em que cada um disputa poder e espaço, fortalecendo seu capital em sucessivas acumulações adquiridas a cada jogada⁹.

... isso é muito forte, eu acho até quando mais se aproxima o período eleitoral. Recentemente chegou na minha mão alguns pedidos de DIRES colocando claramente isso. Elas [...] queriam nossa presença em todas as visitas, nos dizendo que não vão fazer mais nada sozinhas (G-SES/C1).

Em síntese, a Descentralização e Autonomia (30) para a DIRES, apesar das melhorias destacadas na descentralização de algumas ações, ainda possuía forte dependência do nível central, pois os investimentos técnico-gerenciais não foram suficientes para suplantar os ganhos políticos (e também técnicos) dos municípios e legitimar a gestão estadual no âmbito regional, frente a um município líder fortalecido, enquanto necessidades prementes de municípios menores permaneceram sem um devido atendimento.

Este é um ponto crítico cuja superação dependerá da capacidade da SESAB em saber distribuir bem as equações pela organização, de tal modo que todos os níveis estejam sempre lidando de forma criativa e articulada com seus problemas⁴.

DISCUSSÃO

A análise do Triângulo de Ferro⁹ mostrou-se bastante adequada e oportuna ao identificar pontos fortes e frágeis da gestão, servindo como um marcador para apoiar a análise de propostas de mudanças organizacionais, revelando, nesse estudo, uma gestão de baixa responsabilidade (44).

A Direcionalidade, sistema mais pontuado, foi prejudicada pela falta de objetivos claros e pelos furos da agenda da gestão regional. A Responsabilidade que rege o sistema de gestão⁷ apresentou o vértice mais fragilizado, principalmente pela incipiência do sistema de petição e prestação de contas, enquanto a Descentralização e Autonomia apresentaram situação intermediária, indicando, no final, que o movimento isolado de uma diretoria, dentro de uma organização hipercomplexa como a SESAB, precisa avançar muito mais para conseguir implantar um novo modo de fazer.

Se a gestão do SUS vem conferindo maior responsabilidade e participação aos estados e municípios na gestão da saúde, ao transformar as competências estaduais, o arcabouço normativo tem reforçado um modelo de gestão talvez ainda mais burocrático, focado em procedimentos, e com dificuldades de impactar diretamente nas necessidades de saúde da população. Aspectos da cultura organizativa, politicamente herdados, somados à competitividade em detrimento do pacto cooperativo entre entes, também são responsáveis pela trama apreendida. Re-conhecer e dimensionar esta ambigüidade e seus reflexos nas práticas é um desafio para agenda da pesquisa em saúde coletiva.

REFERENCIAS

1. Fleury, M. T. L.. Estórias, mitos, heróis – cultura organizacional e relações do trabalho. *Rev. Adm. Empr.*, Rio de Janeiro, 27 (4) 7-18, out./dez., 1987
2. Brasil. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde*, Brasília: CONASS, 2007.
3. Barbosa, P.B.. Gestão em Saúde: o Desafio dos Hospitais como Referência para Inovações em todo o Sistema de Saúde de Saúde. In: FLEURY, Sonia (org.) *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regulamento dos pactos pela vida e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
5. Paim, J. S., Teixeira, C. F.. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2009 Set 19]; 40(spe): 73-78. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400011&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011>
6. Lima, J. de Carvalho., Rivera, F. J. U.. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2009 Set 19]; 22(10): 2179-2189. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000024&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000024>.
7. Vilasbôas, A. L. Q.. *Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. Tese de Doutorado. Salvador:ISC-UFBA, 2006.

8. Lotufo, M. *Gestão Pública em saúde: Análise da Capacidade de Governo da Alta Direção da SES –Mato Grosso em 2001*. Tese de Doutorado. Salvador:ISC-UFBA, 2003.
9. Matus, C. *Los tres cinturones del gobierno*. Fundação ALTADIR: Caracas – Venezuela, 1997.
10. Coelho, T. C. B.. *O processo político de gestão em uma instituições hipercomplexa do sistema único de saúde*. Tese de Doutorado. Salvador:ISC-UFBA, 2001.
11. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diretoria da Atenção Básica. *Política Estadual da Atenção Básica* , 2008. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/>>. Acesso em 19.07.09
12. Bahia, *Lei nº 11.055* :altera a estrutura organizacional e de cargos em comissão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e dá outras providências. Salvador: SESAB, 26 de junho de 2008a.
13. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Gabinete do Secretário. *Regimento Interno*. Salvador: SESAB, junho, 2008b
14. Lopes, C. M.N.. *Regionalização em saúde: o caso de uma microrregião no Ceará*. Tese de Doutorado. Salvador:ISC-UFBA, 2010 (Orientadora: Dr^a Lígia Maria Vieira da Silva)
15. Costa, R. M. de O. *O processo de trabalho da equipe de apoio institucional com foco na gestão do trabalho e da educação na Atenção Básica no estado da Bahia*. Tese de Mestrado profissional. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2009.

ANEXO

Cargo	Nível de gestão	Número de Sujeitos
Diretor da Atenção Básica -G-SES/C1	Central	1
Coordenador de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica - G-SES/C2	Central	1
Técnico de Apoio da Macrorregião - T-SES/C1, T-SES/C2 e T-SES/C3	Central	3
Diretor da Dires	Regional	1
Técnicos de Apoio Regional - T-SES/R1, T-SES/R2, T-SES/R3 e T-SES/R4	Regional	4
Secretário Municipal de Saúde – G-SMS1, G-SMS2 e G-SMS3	Municipal	3
Coordenador Municipal da Atenção Básica – G-ABSMS1, G-ABSMS2 e G-ABSMS3	Municipal	3
Total	-	16

Tabela 1 Distribuição dos sujeitos da pesquisa por cargo e nível de gestão.

Nota: G= gestor; T= técnico; SES=secretaria estadual de saúde; SMS = secretaria municipal de saúde; C=central; R=regional; AB= atenção básica.

Categorias	Categoria operacional	Unidade de análise	Avaliação (0 – 100)	Média
Direcionalidade/ Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente	Missão	Existência da missão da coordenação regional da atenção básica (definida coletivamente; enunciado da missão apresentando os quatro elementos básicos: público-alvo, produto, características e resultados)	75	41
	Objetivos	Existência de objetivos claros de curto, médio e longo prazos; Participação dos vários atores na definição dos objetivos	0	
	Formas organizacionais	Definição de como a regional organiza-se para alcançar a sua missão (coerência da organização com os objetivos e a missão)	50	
	Tempo (foco da atenção da agenda)	Identificação das prioridades da agenda da regional e o tempo dedicado a elas (priorização de questões importantes, relacionadas diretamente à missão e às prioridades da organização)	75	
Responsabilidade/ Sistema de Petição e Prestação de Contas	Sistematicidade da prestação de contas	Existência de mecanismos formais de avaliação/prestação de contas articulado entre DAB/DIRES/municípios; prestação de contas regular; prestação de contas por resultados	50	17
	Contas prestadas publicamente	Prestação de contas feitas publicamente	0	
	Tipo de prestação de contas	Informações consideradas relevantes pela regional e critérios de avaliação conhecidos por todos antes da prestação de contas	25	
	Instrumentos utilizados	Utilização de indicadores de desempenho	25	
	Sistema de incentivo/punição	Existência de incentivos/punições de acordo com o alcance dos resultados	0	
Descentralização e Autonomia/Sistema de Gerência por Operações	Planejamento/plano	Planejamento participativo; Grau de sistematização do planejamento; Existência de mecanismos para garantir a execução do plano	75	30
	Participação no processo decisório	Existência de mecanismos de representação e participação da DIRES no sistema de gestão da DAB	0	
	Espaços de comunicação/negociação	Existência e funcionamento de espaços e instrumentos de comunicação entre as DIRES e a DAB	50	
	Alocação de recursos	Forma de transferência de recursos da DAB para a DIRES, privilegiando a autonomia de decisão regional	25	
	Gerência por produtos/resultados	Presença de estímulos à autonomia regional – se a DAB desenvolve ações que permite a DIRES exercerem os poderes a ela transferidos no processo de descentralização	25	

Tabela 2 Modelo de análise da gestão estadual da atenção básica no âmbito regional, Bahia, Brasil

Fonte: adaptado de Lima e Rivera ⁴

Nota: DAB = Diretoria da Atenção Básica; DIRES = Diretoria Regional de Saúde

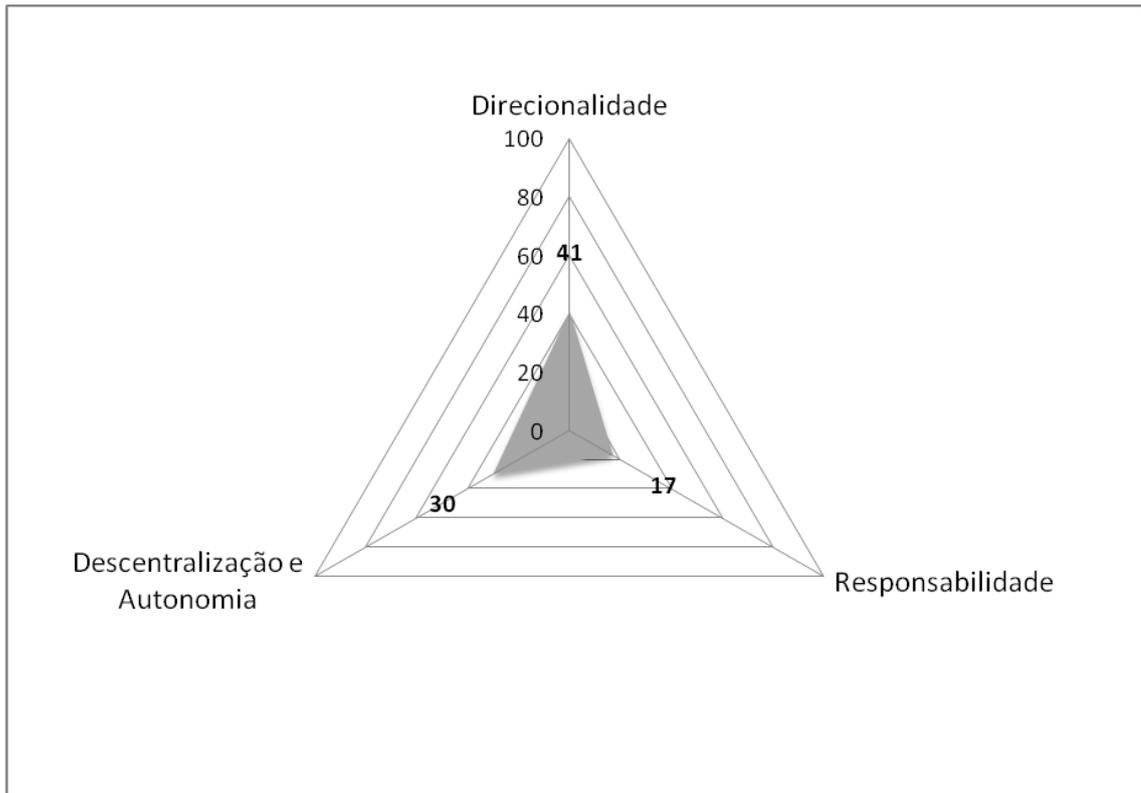


Figura 1 Triângulo de Ferro da gestão da atenção básica de uma diretoria regional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Bahia, 2010.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ao analisar o processo de trabalho dos técnicos regionais nas práticas de gestão da atenção básica no contexto de uma regional de saúde do estado da Bahia no ano de 2010 revelou a potencialidade dos espaços regionais para o desenvolvimento da política estadual de saúde nas regiões da Bahia. Para isto, é necessário que este processo seja acompanhado de um trabalho sistemático de uma rede de apoiadores institucionais embasado numa proposta da educação permanente e de uma série de investimentos que potencialize a autonomia regional na construção do SUS.

Entretanto, não basta apenas editar normas, leis e portarias, a mudança de modelos de gestão para acontecer deve mobilizar novos fazeres, novos olhares, nova cultura organizacional sob o processo já instituído. No caso das diretorias regionais de saúde do estado da Bahia há uma forte influência do modelo burocrático-funcional adotado pelo estado, das várias reformas administrativas com propósitos de “enxugar” a máquina pública e das influências políticas na determinação dos cargos públicos, o que ocasionou por muito tempo um sucateamento e desvalorização das DIRES.

Acompanhando a atual retomada da regionalização como estratégia prioritária no âmbito da Política Nacional de Saúde, o estudo apontou para um movimento na SESAB, disparado pela DAB de fortalecimento e revalorização das DIRES, colocando o processo de trabalho em discussão.

A análise do processo de trabalho dos técnicos regionais da atenção básica revelou um momento de transição do trabalho das DIRES para uma proposta mais democrática e dialógica disparado pela DAB, através do apoio institucional. O sujeito da gestão regional está em busca de seu espaço, de sua identidade, está em constante disputa para se fazer presente, protagonista da sua história. Há limitações na condução e na tomada de decisão, o que vai interferir na sua constituição de ser o sujeito da gestão, por vezes tornando-se um ator secundário no cenário regional.

O objeto do trabalho apresentou-se na maioria das vezes pautado pelo outro (solicitações dos municípios na implantação de projetos da atenção Básica e da DAB para acompanhamento, verificação, monitoramento, avaliação) revelando uma limitação da regional na capacidade de escuta e de captura do objeto de trabalho identificado por ela - demandas e necessidades dos municípios - demonstrando um distanciamento entre o discurso e a prática.

O fazer na DIRES revelou-se um trabalho sistematizado, em equipe, com momentos de planejamento e de articulação com a gestão municipal e a DAB. O Colegiado de Gestão Microrregional destacou-se como um importante espaço de gestão regional em que o grupo regional da atenção básica se fez atuante. A aproximação do nível central contribuiu para a adesão da DIRES ao projeto da DAB. A proposta do apoio institucional atrelada à Educação Permanente contribuiu para a valorização da DIRES, aumentando a sua autonomia e melhorando a relação e legitimidade junto aos municípios.

Entretanto, o processo de monitoramento e avaliação de desempenho das regionais coerente com o projeto institucional apresentou-se pouco sistematizado e incipiente. Além disso, problemas ainda estruturantes interferem na qualificação da atuação da DIRES: insuficiência de técnicos tanto no nível central com regional; disponibilidade insuficiente de recursos materiais (carro) e financeiros para realização de visitas; e poucas oportunidades para encontro e discussão da prática. O produto do trabalho da gestão regional diante destas limitações corre o risco de ficar concentrado no cumprimento de tarefas, perdendo o sentido do projeto do trabalho.

Sob a ótica do *Triângulo de Ferro* proposta por Matus (1997), a gestão regional da atenção básica apresentou com baixa responsabilidade, com um predomínio de urgências e improvisações. Há uma limitada cobrança na prestação de contas por desempenho e um predomínio de um estilo mais rotineiro na solução dos problemas (pouca inovação e criatividade). A Responsabilidade apresentou-se como o vértice mais fragilizado. O mais forte foi a Direcionalidade, o que pode está associado com o processo implementação da PEAB, através do apoio institucional e da educação permanente.

Apesar de melhorias destacadas na descentralização de algumas ações da atenção básica para as DIRES, ainda há uma forte dependência do nível central e/ou centralização do nível central de algumas decisões. Este é um ponto crítico que deverá levar um bom tempo para ser equacionado, pois dependerá da capacidade da SESAB em saber distribuir bem os problemas pela organização, onde todos os níveis estejam sempre lidando de forma criativa com problemas (BARBOSA, 1997)

Observando as limitações apontadas por Araújo *et al* (1973) no processo de regionalização no período marcado pela ditadura militar, percebe-se que atualmente alguns destes problemas continuam, revelando que os investimentos ainda não se configuram numa aposta política de fortalecimento das estruturas regionais da SESAB.

O salto da mudança para dar conta de um vazio histórico da governança regional requer que esta aposta, para que a mudança seja mais profunda, quebre as barreiras dos

territórios políticos, reconfigurando e investindo nas estruturas regionais para uma gestão forte, autônoma, articulada e coesa com os propósitos da política estadual de saúde em consonância com as especificidades de cada região. É também reconhecer os sujeitos que atuam nas DORES que possuem décadas de história e de vivência de construção do SUS, mesmo com momentos esquecimento desta contribuição para a política estadual de saúde.

Para tanto, os resultados encontrados nesta pesquisa podem auxiliar na constituição de novos arranjos da gestão regional. Espera-se que com o avanço do processo de regionalização na Bahia, os espaços de encontro de troca e pactuação entre os atores sejam fortalecidos e ajustados as realidades de cada regional, contribuindo para uma gestão qualificada e a promoção da saúde na população.

REFERÊNCIAS

- ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Regionalização em Saúde e mix público-privado**. 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArt>. Acesso: 19.07.09
- ARAÚJO, José. Duarte de; FERREIRA, Emerson S. M.; NERY, Gabriel Cedraz. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do Estado da Bahia, Brasil **Rev. Saúde pública**, São Paulo, n.7, 1973, p. 1 – 1973.
- ANDRADE, L.O. M. de; BUENO, I. U.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W. S. et al (orgs) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p. 783-836.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Poder, postulado de coerência e governança. In: _____ **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: HUCITEC, 2006, p. 65-88.
- NUNES, C. A. Processo de trabalho em saúde. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. **Curso de especialização em medicina Social sob a forma de residência ratado de Saúde Coletiva**. Salvador: ISC, 2001.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: Informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. **NBR 15287**: Informação e documentação: projeto de pesquisa: apresentação. Rio de Janeiro, 2005.
- _____. **NBR 6023**: Informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.
- _____. **NBR 6024**: Informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.
- BAHIA. Comissão Intergestora Bipartite. **Resolução nº 91/2008**: Aprova o texto de adequação da Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006 às especificidades do Estado da Bahia e define estratégias, diretrizes e normas de implementação da atenção básica no Estado. Salvador: SESAB/CIB, 02 de junho de 2008a.
- _____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Diretoria da Atenção Básica. **Descentralização Solidária e Fortalecimento da Gestão Municipal e Regional**, 2008b. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/projetosestrategicos6.asp>>. Acesso em 19.07.09.

_____. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Plano Diretor de Regionalização 2008:** Resolução CIB: nº 132 de 20/09/2007 e nº 57 de 27/03/2008. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br>>. Acesso em 19.07.09.

BAREMBLITT, G. F., **Compêndio de análise institucional e outras correntes:** teoria e prática. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996, p.11-78.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. Gestão em Saúde: o Desafio dos Hospitais como Referência para Inovações em todo o Sistema de Saúde de Saúde. In: FLEURY, Sonia (org.) **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco Silva, SILVA, Zilda Pereira da. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n.3, p. 47-56, 2004.

BEZERRA, Nídia Oliveira; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do. Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Feira de Santana-BA no ano 2000 como experiência piloto: vontade política ou “interesses políticos”? **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.29 n.2, p.175-188, jul./dez. 2005.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p. 401-412, 2002.

BOURDIEU, Pierre. Algumas propriedades dos campos, Exposição feita na Ecole Normale Supérieure, novembro de 1976.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**, Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde. Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. **Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002** (Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília/DF: Senado, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2023**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648:** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília : Ministério da Saúde, 28 de março de 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério Nacional da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://uefs.br/cep/res_196_96.pdf> Acesso em :19 de outubro de 2008.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios **RECIIS – Rev. Eletrônica. de Comunicação Informação e Inovação em. Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 200-207, jul-dez, 2007.

CHIAVETANO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 7ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COELHO, Thereza Christina Bahia. **O processo político de gestão em uma instituições hipercomplexa do sistema único de saúde**. Tese de Doutorado. ISC-Bahia, 2001.

COELHO, Thereza Christina Bahia; PAIM, Jairnilson Silva. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, Oct. 2005.

DUSSAULT, G. A gestão dos Serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n. 2, abr/jun, 1992, p. 8 – 19.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à Saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.:669-681, 2006.

FLEURY, Maria Tereza Leme. Estórias, mitos, heróis – cultura organizacional e relações do trabalho. **Rev. Adm. Empr.**, Rio de Janeiro, nº 27, v. 4, out./dez., 1987.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Gerência de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, nº 3, jul/set, 1990.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. INOJOSA, Rose Marie. Gestão dos serviços públicos de saúde em busca de uma lógica da eficácia. **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, nº 2, abr/jun, 1992, p. 20-31.

HÖFLING, E. de M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos CEDES**, ano XXI, nº 55, nov., 2001.

LEVCOVITZ E, LIMA LD, MACHADO CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva** n. 6, v. 2, p. 269-91, 2001.

LIMA, J. de C.; RIVERA, F. J. U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** n. 22, v. 10, p. 2179-2189, 2006.

LOTUFO, M. **Gestão Pública em saúde: Análise da Capacidade de Governo da Alta Direção da SES – Mato Grosso em 2001.** Tese de Doutorado. ISC/Bahia, 2003.

LOPES, Clélia Maria Nolasco **Regionalização em saúde: o caso de uma microrregião no Ceará.** Tese de Doutorado. Salvador: ISC/UFBA, 2010 (Orientadora: Dr^a Lígia Maria Vieira da Silva)

LUZ, Madel T. **As instituições médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia.** 2^a Ed., Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979, p. 23-47.

MATUS, Carlos. **Los tres cinturones del gobierno** Fundação ALTADIR: Caracas – Venezuela, 1997.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política.** (tradução de Reginaldo Sant’Anna) Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 1.I, v. 1, 26^a ed.2008, p.211-231.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, p.11- 39, 2001.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo.** São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; Onocko, Rosana (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** 2^a ed., São Paulo: HUCITEC, 2002a, p.71-112.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002 b.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias de saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; Onocko, Rosana (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** 2^a ed., São Paulo: HUCITEC, 2002, p.113-150.

MINAYO, M.C de S (org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 26. ed., Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e a municipalização. In: PAIM, J. **Saúde, política e reforma sanitária.** Salvador: CEPS/ISC, 2002, p. 195-208.

PAIM, Jairnilson Silva. Organização em serviços de saúde: modelos assistências e práticas de saúde. In: PAIM, J. **Saúde, política e reforma sanitária.** Salvador: CEPS/ISC, 2002, p.325-348.

- PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 489-503.
- PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v.4, n. Esp, p.73-8, 2006.
- PEDUZZI, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v.4, n. Esp, p.73-8, 2006.
- PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, 2001, p. 103-109.
- RIVERA, Francisco Javier Uribe. Cultura e liderança Comunicativa. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Análise estratégica e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 185-218, 2003.
- RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth, Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 355-365, 1999.
- RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir Comunicativo e Planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- RODRIGUES, Aroldo; ASSMAR, Eveline e JABLONSKI, Bernardo. **Psicologia Social**. 18. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 221-242, 1999.
- SOLLA, J.J.S.P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. n. 2, v.30, jul/dez, p. 332-348, 2006.
- TESTA, Mário. Pensamento estratégico. In: TESTA, Mário, **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995. p.48-103.
- TESTA, Mario. **Saber en salud: la construcción del conocimiento**. Buenos Aires/Argentina: Lugar Editorial, 1997.
- TRIVINÕS, Augusto N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.
- VANDERLEI, Maria Ieda Gomes. **O gerenciamento na estratégia da saúde da família: processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão**. Ribeirão Preto, 2005 (tese) 245p.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. **Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, 2006 (tese) 129p.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; MACHADO, Cristiane Viera. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p. 807 – 817, 2009.

APÊNDICES



TÍTULO DA PESQUISA: GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA: Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia

AUTOR: Enfª Liane Santiago Andrade

ORIENTADORA: Profª Drª. Thereza Christina Bahia Coelho

APÊNDICE A: Modelo de análise da gestão regional da atenção básica

Objetivos do estudo	Categorias	Categoria operacional	Unidade de análise
Caracterizar o tipo de gestão da atenção básica de uma diretoria regional da secretaria de saúde do estado da Bahia no ano de 2010, à luz da proposta do <i>Triângulo de Ferro</i> de Carlos Matus.	Direcionalidade/ Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente	Missão	Existência da missão da coordenação regional da atenção básica (definida coletivamente; enunciado da missão apresentando os quatro elementos básicos: público-alvo, produto, características e resultados)
		Objetivos	Existência de objetivos claros de curto, médio e longo prazos; Participação dos vários atores na definição dos objetivos
		Formas organizacionais	Definição de como a regional organiza-se para alcançar a sua missão (coerência da organização com os objetivos e a missão)
		Tempo (foco da atenção da agenda)	Identificação das prioridades da agenda da regional e o tempo dedicado a elas (priorização de questões importantes, relacionadas diretamente à missão e às prioridades da organização).
	Responsabilidade /Sistema de Petição e Prestação de Contas	Sistematicidade da prestação de contas	Existência de mecanismos formais de avaliação/prestação de contas articulado entre DAB/DIRES/municípios; prestação de contas regular; prestação de contas por resultados.
		Contas prestadas publicamente	Prestação de contas feitas publicamente.
		Tipo de prestação de contas	Informações consideradas relevantes pela regional e critérios de avaliação conhecidos por todos antes da prestação de contas.
		Instrumentos utilizados	Utilização de indicadores de desempenho.
		Sistema de incentivo/punição	Existência de incentivos/punições de acordo com o alcance dos resultados.
	Descentralização e Autonomia/Sistema de Gerência por Operações	Planejamento/plano	Planejamento participativo; Grau de sistematização do planejamento; Existência de mecanismos para garantir a execução do plano.
		Participação no processo decisório	Existência de mecanismos de representação e participação da DIRES no sistema de gestão da DAB.
		Espaços de comunicação/negociação	Existência e funcionamento de espaços e instrumentos de comunicação entre as DIRES e a DAB.
		Alocação de recursos	Forma de transferência de recursos da DAB para a DIRES, privilegiando a autonomia de decisão regional.
		Gerência por produtos/resultados	Presença de estímulos à autonomia regional – se a DAB desenvolve ações que permite a DIRES exercerem os poderes a ela transferidos no processo de descentralização.

Objetivos do estudo	Categorias	Categoria operacional	Unidade de análise
Identificar os componentes do processo de trabalho que compõem as práticas de gestão da atenção básica de uma diretoria regional da secretaria de saúde do estado da Bahia no ano de 2010.	Processo de Trabalho	Sujeito	Identificação das características: sexo, idade, escolaridade e formação profissional; Função/cargo que ocupa, tempo de serviço, tempo de atuação na atenção básica estadual, carga horária de trabalho, forma de contratação e vínculos; Pós-graduação, atualizações em gestão.
		Objeto de trabalho	Desenvolvimento de programas estratégicos da atenção básica na região.
		Organização do trabalho	Modo de organização do processo de trabalho de cada membro da equipe; mecanismo de tomada e execução das decisões sobre a implantação de programas estratégicos da atenção básica na região.
		Instrumentos utilizados	Instrumentos utilizados para a realização do trabalho.
		Saberes utilizados na prática	Conhecimentos, técnicas utilizadas para implementar os programas estratégicos da Atenção básica.
		Produtos da gestão regional	Implementação de programas estratégicos da atenção básica na região.

Fonte: adaptado de Lima e Rivera (2006)



TÍTULO DA PESQUISA: GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA: Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia

AUTOR: Enfª Liane Santiago Andrade

ORIENTADORA: Profª Drª. Thereza Christina Bahia Coelho

APÊNDICE B - Roteiro para entrevista dos técnicos de apoio central e diretor da atenção básica

ENTREVISTA:

Data: ___/___/2010

Início: _____ Término: _____

Código de entrevistado: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) ESTREVISTADO (A)

- 1.1. Idade: _____ anos
- 1.2. Sexo: Masculino () Feminino ()
- 1.3. Formação: _____
- 1.4. Pós-graduação: Sim () Não () Qual? _____
- 1.5. Função/ cargo: _____
- 1.6. Tempo de serviço: _____ anos
- 1.7. Tempo de atuação na atenção básica estadual: _____ anos
- 1.8. Carga horária de trabalho: _____ h/semana
- 1.9. Tem duplo vínculo? Sim () Não () Onde? _____

2. QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

- 1.1. Como ocorre a gestão da atenção básica realizada pela DIRES?
- 1.2. Qual a missão da coordenação regional da atenção básica? Os seus objetivos? Com organiza-se para tal? Qual o foco da atenção das prioridades?
- 1.3. Existem mecanismos de avaliação/prestação de contas? (frequência, tipo, definição dos critérios e avaliação e acompanhamento, instrumentos utilizados, existência de um sistema de incentivo/punição)
- 1.4. Qual o grau de autonomia da DIRES para gerir a atenção básica? (definição do plano de ação, condições para a execução do plano, capacidade de prestar apoio aos municípios, construção de espaços e instrumentos de comunicação/negociação como os gestores municipais).
- 1.1. Quais as principais demandas do município para a DIRES e vice-versa em relação à atenção básica?
- 1.2. Quais as principais demandas do nível central para a DIRES e vice-versa em relação à atenção básica?
- 1.5. Como se dá sua participação na gestão regional da atenção básica
 - Como participa?
 - Define prioridades coletivamente?
 - Estabelece compromissos e contratos?
 - Avalia o plano de ação regional?
- 1.6. Sobre a atuação da regional na gestão da atenção básica quais os limites/ dificuldades; avanços/facilidades?
- 1.7. Com a atual Política Estadual da Atenção Básica, houve alguma mudança sua prática cotidiana em gerir a atenção básica?



TÍTULO DA PESQUISA: GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA: Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia

AUTOR: Enfª Liane Santiago Andrade

ORIENTADORA: Profª Drª. Thereza Christina Bahia Coelho

APÊNDICE C - Roteiro para entrevista do técnico regional da atenção básica

ENTREVISTA:

Data: ___/___/2010

Início: _____ Término: _____

Código de entrevistado: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

- 2.1. Idade: _____ anos
- 2.2. Sexo: Masculino () Feminino ()
- 2.3. Formação: _____
- 2.4. Pós-graduação: Sim () Não () Qual? _____
- 2.5. Função/ cargo: _____
- 2.6. Tempo de serviço: _____ anos
- 2.7. Tempo de atuação na atenção básica estadual: _____ anos
- 2.8. Carga horária de trabalho: _____ h/semana
- 2.9. Tem duplo vínculo? Sim () Não () Onde? _____

3. QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

- 3.1. Como ocorre a gestão da atenção básica realizada por esta DIRES?
- 3.2. Qual a missão da coordenação regional da atenção básica? Os seus objetivos? Com organiza-se para tal? Qual o foco da atenção das prioridades?
- 3.3. Existem mecanismos de avaliação/prestação de contas? (frequência, tipo, definição dos critérios e avaliação e acompanhamento, instrumentos utilizados, existência de um sistema de incentivo/punição).
- 3.4. Qual o grau de autonomia para gerir a atenção básica? (definição do plano de ação, condições para a execução do plano, capacidade de prestar apoio aos municípios, construção de espaços e instrumentos de comunicação/negociação como os gestores municipais).
- 3.5. Quais as principais demandas do município para a DIRES e vice-versa em relação à atenção básica?
- 3.6. Quais as principais demandas do nível central para a DIRES e vice-versa em relação à atenção básica?
- 3.7. Como se dá a prática cotidiana da gestão da atenção básica (relate um dia de trabalho):
 - Objeto do trabalho
 - Ferramentas
 - Formas de organização do trabalho
 - Produto e resultados
- 3.8. Limites/dificuldades; avanços/facilidades.
- 3.9. Com a atual Política Estadual da Atenção Básica, houve alguma mudança sua prática cotidiana em gerir a atenção básica?



TÍTULO DA PESQUISA: GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA: Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia

AUTOR: Enfª Liane Santiago Andrade

ORIENTADORA: Profª Drª. Thereza Christina Bahia Coelho

APÊNDICE D - Roteiro para entrevista do diretor da regional de saúde

ENTREVISTA:

Data: ___/___/2010

Início: _____ Término: _____

Código de entrevistado: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A)

- 1.1. Idade: _____ anos
- 1.2. Sexo: Masculino () Feminino ()
- 1.3. Formação: _____
- 1.4. Pós-graduação: Sim () Não () Qual? _____
- 1.5. Tempo de atuação como gestor da DIRES: _____ anos

1. QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

- 1.1. Como ocorre a gestão da atenção básica realizada por esta DIRES?
- 1.2. Qual a missão da coordenação regional da atenção básica? Os seus objetivos? Com organiza-se para tal? Qual o foco da atenção das prioridades?
- 1.3. Existem mecanismos de avaliação/prestação de contas? (frequência, tipo, definição dos critérios e avaliação e acompanhamento, instrumentos utilizados, existência de um sistema de incentivo/punição).
- 1.4. A regional tem autonomia para realizar a gestão da atenção básica? (definição do plano de ação, condições para a execução do plano, capacidade de prestar apoio aos municípios, construção de espaços e instrumentos de comunicação/negociação como os gestores municipais).
- 1.5. Quais as principais demandas do município para a DIRES e vice-versa em relação à atenção básica?
- 1.6. Quais as principais demandas do nível central para a DIRES e vice-versa em relação à atenção básica?
- 1.7. Como se dá a prática cotidiana da gestão da atenção básica:
 - Objeto do trabalho
 - Ferramentas
 - Formas de organização do trabalho
 - Produtos e resultados
- 1.8. Limites/dificuldades; avanços/facilidades.
- 1.9. Com a atual Política Estadual da Atenção Básica, houve alguma mudança sua prática cotidiana em gerir a atenção básica?



TÍTULO DA PESQUISA: GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA: Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia

AUTOR: Enfª Liane Santiago Andrade

ORIENTADORA: Profª Drª. Thereza Christina Bahia Coelho

APÊNDICE E - Roteiro para entrevista do secretário de saúde e coordenador municipal da atenção básica

ENTREVISTA:

Data: ___/___/2010

Início: _____ Término: _____

Código de entrevistado: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) ESTREVISTADO (A)

1.1. Idade: _____ anos

1.2. Sexo: Masculino () Feminino ()

1.3. Formação: _____

1.4. Pós-graduação: Sim () Não () Qual? _____

1.5. Município que trabalha: _____

1.6. Função/ cargo: _____

1.7. Tempo de serviço: _____ anos

1.8. Tempo de atuação na atenção básica municipal: _____ anos

1.9. Carga horária de trabalho: _____ h/semana

1.10. Tem duplo vínculo? Sim () Não () Onde? _____

2. QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

1.8. Como ocorre a gestão da atenção básica realizada pela DIRES?

1.9. Qual a missão da coordenação regional da atenção básica? Os seus objetivos? Com organiza-se para tal? Qual o foco da atenção das prioridades?

1.10. Existem mecanismos de avaliação/prestação de contas? (frequência, tipo, definição dos critérios e avaliação e acompanhamento, instrumentos utilizados, existência de um sistema de incentivo/punição).

1.11. Qual o grau de autonomia da DIRES para gerir a atenção básica? (definição do plano de ação, condições para a execução do plano, capacidade de prestar apoio aos municípios, construção de espaços e instrumentos de comunicação/negociação como os gestores municipais).

1.12. Quais as principais demandas do município para a DIRES e vice-versa em relação à atenção básica?

1.13. Como se dá sua participação na gestão regional da atenção básica

- Como participa?
- Define prioridades coletivamente?
- Estabelece compromissos e contratos?
- Avalia o plano de ação regional?

1.14. Sobre a atuação da regional na gestão da atenção básica quais os limites/dificuldades; avanços/facilidades?

1.15. Com a atual Política Estadual da Atenção Básica, houve alguma mudança sua prática cotidiana em gerir a atenção básica?



TÍTULO DA PESQUISA: GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA: Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia

AUTOR: Enfª Liane Santiago Andrade

ORIENTADORA: Profª Drª. Thereza Christina Bahia Coelho

APÊNDICE F - Roteiro da observação sistemática

OBSERVAÇÃO:

Data: ___ / ___ / 2010

Início: _____ Término: _____

Código da observação: _____

1. O COTIDIANO DA GESTÃO REGIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

- Caracteriza o campo da gestão.
- Objeto do trabalho.
- Ferramentas.
- Formas de organização do trabalho (direcionalidade/sistema de conformação da agenda do dirigente; responsabilidade/sistema de petição e prestação de contas; descentralização e autonomia/sistema de gerência por operações).
- Relação entre os atores sociais (município/ DIRES/ nível central–DAB).
- Produtos e resultados.



TÍTULO DA PESQUISA: GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA: Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia

AUTOR: Enfª Liane Santiago Andrade

ORIENTADORA: Profª Drª. Thereza Christina Bahia Coelho

APÊNDICE G - Roteiro da análise documental

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

1.1. Título: _____

1.2. Data de elaboração: ___/___/___

1.3. Responsável: _____

1.4. Tipo de documento: _____

2. QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

1.1. Como o documento caracteriza o campo da gestão regional da atenção básica?

1.2. Como a gestão da atenção básica é apresentada considerando:

- Direcionalidade/Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente
- Responsabilidade/Sistema de Petição e Prestação de Contas
- Descentralização e Autonomia/Sistema de Gerência por Operações

1.3. Como o processo de trabalho da gestão regional é apresentado considerando:

- Objeto do trabalho
- Ferramentas
- Formas de organização do trabalho
- Relação entre os atores sociais (município/DIRES/nível central-DAB)
- Produtos e resultados



APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

PROJETO DE PESQUISA: GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA: Características do processo de trabalho de uma Diretoria Regional de Saúde da Bahia é uma pesquisa do Núcleo de Saúde Coletiva – NUSC, do Departamento de Saúde-DSAU, da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Tem como pesquisadora responsável **Liane Santiago Andrade**, enfermeira, estudante do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PPGSC, e com a orientação e colaboração da pesquisadora Prof^a Doutora **Thereza Christina Bahia Coelho**. O estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho dos técnicos regionais nas práticas de gestão da atenção básica no contexto de uma diretoria regional de saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia no ano de 2010. Justifica-se pela possibilidade de contribuir na compreensão da gestão regional, em especial na atenção básica, possibilitando o desenvolvimento de estratégias adequadas para o fortalecimento de seu papel na implementação do SUS. Para a realização desta pesquisa serão coletados dados através de entrevista, observação e documentos. Caso tenha interesse de participar desta pesquisa não terá quaisquer gastos financeiros e/ou materiais, assim como será garantido pelos responsáveis total anonimato, buscando, assim, a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, comprometendo-se os pesquisadores a buscar reparação para qualquer prejuízo decorrente desta pesquisa, desde que haja comprovação. Caso você consentir, sua entrevista será gravada com auxílio de equipamento de MP3, marcada com antecedência em local, horário e tempo determinados por você. Após sua entrevista, você poderá solicitar para ouvir gravação, retirando e/ou acrescentando quaisquer informações. Esclarecemos que os possíveis riscos da pesquisa poderão estar relacionados ao constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas na entrevista, enquanto que os benefícios não são diretos aos participantes da pesquisa, mas a todo indivíduo que atua nas regionais de saúde (DIRES), pois poderá contribuir para reformulação da gestão regional da atenção básica melhorando esta prática. A pesquisadora responsável estará obrigada a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento, você poderá obter maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, bem como poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, caso decida que seu depoimento causará conseqüências danosas na expressão livre de suas opiniões. Esclarecemos que os resultados dessa pesquisa são para fins científicos no sentido de trazer transformações as práticas de gestão da atenção básica das DIRES e serão divulgados em eventos como: congressos, simpósios, seminários e publicações dos resultados em periódicos, revistas científicas, livros, artigos, entre outros. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de dúvidas ou desistência em participar da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável no seguinte endereço Rua José Olímpio da Silva, nº 04, IAPI, Salvador-Ba, CEP 40340-400, email: liane.santiago@gmail.com) e/ou pesquisadora orientadora/colaboradora no Núcleo de Saúde Coletiva – NUSC, localizado no módulo VI na UEFS, no telefone (75)3224 8162. Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso concorde em participar, você assinará, por livre vontade, duas cópias deste termo que também será assinado pelos pesquisadores, ficando uma cópia com você.

_____, ____/____/2010

Assinatura do (a) entrevistado(a)

Prof^a Dr^a.Thereza Christina Bahia Coelho
(Pesquisadora orientadora e colaboradora)

Liane Santiago Andrade
(Pesquisadora responsável)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA -UEFS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA - NUSC

APÊNDICE I –LISTA DE EVENTOS OBSERVADOS DURANTE A PESQUISA

Nº	Evento	Data	Participantes	Local
01	Trabalho dos técnicos regionais na sede da DIRES	13.04.2010	Técnicos regionais da atenção básica	DIRES estudada
02	Trabalho dos técnicos regionais na sede da DIRES	22.04.2010	Técnicos regionais da atenção básica e Diretor	DIRES estudada
03	Reunião com os profissionais do NASF do Município sede da Regional	12 e 13.05.2010	DAB, DIRES, Coordenador municipal do NASF e profissionais de saúde do NASF	Secretaria de saúde do município sede da regional
04	Reunião de planejamento do GT atenção básica da DIRES	01.06.2010	Técnicos regionais e a técnica do nível central	DIRES estudada
05	1º Encontro Macrorregional do NASF	13.05.2010	Coordenadores municipais da atenção básica, profissionais dos NASF's, DIRES e DAB	SESI e SENASC
06	Reunião do colegiado microrregional	21.06.2010	Gestores municipais e Diretora da DIRES	Auditório da FUNASA
07	Oficina técnica da DAB do componente II das Compensações Regionais referente ao recurso do Piso da Atenção Básica variável.	21.06.2010	DIRES, municípios e DAB	SESI e SENASC
08	Trabalho dos técnicos regionais em visita a um município de médio porte e entrevista	19.08.2010	Técnicos regionais da atenção básica	Município da região
09	Encontro macrorregional de avaliação da política estadual da atenção básica 2007/2010	24.11.2010	DIRES, municípios e DAB	SESI e SENASC
10	Mostra Estadual da Atenção Básica e Vigilância da Saúde	09 a 11.06.10	DIRES, municípios, universidades, estudantes, etc	Centro de convenções da Bahia - Salvador



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA -UEFS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSC
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA - NUSC

APÊNDICE J – LISTA DE DOCUMENTOS ANALISADOS DURANTE A PESQUISA

Nº	Documento	Data	Autor
1	Planilha de atividades do GT de atenção básica da regional - dezembro/2009	21.12.2009	GT atenção básica regional
2	Planilha de atividades do GT de atenção básica da regional - outubro/2009	04.11.2009	GT atenção básica regional
3	Ofício DIRES nº 134/2009 - habilitação de equipes e credenciamento de ACS	26.10.2009	Diretor Regional
4	Planilha de atividades do GT de atenção básica da regional - agosto/2009	03.09.2009	GT atenção básica regional
5	Planilha de atividades do GT de atenção básica da regional - julho/2009	03.08.2009	GT atenção básica regional
6	Ofício DAB nº 394/2009 - envio de relatório de auditoria	28.05.2009	Diretor da DAB
7	Ofício DIRES nº 685/2009 - relatório de visita para averiguação de denúncia do MPF	20.05.2009	Diretor da DIRES
8	Planilha de atividades do GT de atenção básica da regional - maio/2009	28.05.2009	GT atenção básica regional
9	Planilha de atividades do GT de atenção básica da regional - fevereiro, março e abril /2009	27.05.2009	GT atenção básica regional
10	Ofício DAB nº 419/2009 - momento presencial do curso de linhas de cuidado e apoio institucional	30.05.2009	Diretor da DAB
11	Ofício DAB nº 22/2009 - relação de municípios para visitas de apoio institucional	19.01.2009	Diretor da DAB
12	Proposta de carta de compromisso entre o município sede e a SESAB	24.03.2010	DAB e DIRES
13	Relatório de visita técnica ao Município da Regional	06.11.2007	Técnico Regional
14	Relatório de visita técnica ao Município da Regional	23.11.2009	GT atenção básica regional
15	Resolução CIB - 91/2008	02.06.2008	CIB
16	Regimento Interno da SESAB	26.06.2008	SESAB
17	Lei estadual nº 11.055/2008	26.06.2008	Estado da Bahia
18	Política estadual da atenção básica	2008	DAB
19	Planilha de atualização (situação de implantação e financiamento de equipes da atenção básica e agentes comunitários de saúde)	2009; 2010	DAB

ANEXOS