



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

**CAROLINA DE CAMARGO TEIXEIRA GONÇALVES**

**PRÁTICAS DA GESTÃO DO SUS NA ATENÇÃO BÁSICA E O  
PROTAGONISMO DOS GESTORES, TRABALHADORES DE  
SAÚDE E USUÁRIOS: uma responsabilidade pública e exercício de  
cidadania?**

**FEIRA DE SANTANA-BA  
2013**

CAROLINA DE CAMARGO TEIXEIRA GONÇALVES

**PRÁTICAS DA GESTÃO DO SUS NA ATENÇÃO BÁSICA E O  
PROTAGONISMO DOS GESTORES, TRABALHADORES DE  
SAÚDE E USUÁRIOS: uma responsabilidade pública e exercício de  
cidadania?**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual  
de Feira de Santana.

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup> Maria Angela Alves do  
Nascimento

FEIRA DE SANTANA-BA  
2013

### **Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado**

Gonçalves, Carolina de Camargo Teixeira·

G625p Práticas da gestão do SUS na atenção básica e o protagonismo dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários : uma responsabilidade pública e exercício de cidadania? / Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves. – Feira de Santana, 2013.

189 f. : il.

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

CAROLINA DE CAMARGO TEIXEIRA GONÇALVES

**PRÁTICAS DA GESTÃO DO SUS NA ATENÇÃO BÁSICA E O  
PROTAGONISMO DOS GESTORES, TRABALHADORES DE  
SAÚDE E USUÁRIOS: uma responsabilidade pública e exercício de  
cidadania?**

---

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

Feira de Santana, 27 de março de 2013.

---

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angela Alves do Nascimento  
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS  
(Orientadora)

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Setenta Andrade  
Universidade Estadual de Santa Cruz-UESC  
(1<sup>a</sup> Examinadora)

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mariluce Karla Bomfim de Souza  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB  
(2<sup>a</sup> Examinadora)

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Washigton Luiz Abreu de Jesus  
Universidade Federal da Bahia-UFBA  
(1<sup>o</sup> Suplente)

FEIRA DE SANTANA-BA  
2013

Veja!  
Não diga que a canção  
Está perdida  
Tenha fé em Deus  
Tenha fé na vida  
Tente outra vez!...

Beba!  
Pois a água viva  
Ainda tá na fonte  
(Tente outra vez!)  
Você tem dois pés  
Para cruzar a ponte  
Nada acabou!  
Não! Não! Não!...

Tente!  
Levante sua mão sedenta  
E recomece a andar  
Não pense  
Que a cabeça aguenta  
Se você parar  
Não! Não! Não!

Há uma voz que canta  
Uma voz que dança  
Uma voz que gira  
Bailando no ar

Queira!  
Basta ser sincero  
E desejar profundo  
Você será capaz  
De sacudir o mundo  
Vai!  
Tente outra vez!

Tente!  
E não diga  
Que a vitória está perdida  
Se é de batalhas  
Que se vive a vida  
Tente outra vez!...

**Tente outra vez-Raul Seixas**

**À minha amada mãe, a você dedico esse trabalho,  
você foi a motivação para eu não desistisse dos  
meus sonhos, você me mostrou que com todos os  
limites que tenho, eu poderia superá-los.**

**Ao meu pai amado, pelo apoio quando precisei,  
por ter acreditado em mim, por ter sonhado  
comigo esse sonho.**

**Aos meus irmãos pelo compartilhamento  
deste sonho, essa conquista é nossa!**

## AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Ele minha imensa gratidão, obrigada Deus por estar comigo em cada momento, por nunca ter me desamparado, mesmo quando tudo parecia tão difícil e doloroso. Por me fazer companhia no meio do deserto dessa jornada, por ter colhido minhas lágrimas e transformado em sorriso. Obrigada por ter colocado pessoas especiais e inesquecíveis em minha vida, por ter me ensinado com erros e com acertos apreendido a ser feliz. Obrigada por ter sido o Grande Mestre da minha vida.

A minha amada vó Célia só tenho a agradecer por sempre ensinar a alegria, a simplicidade, a fugacidade da vida. O seu sorriso, seu carinho e sua tranquilidade me motivaram a buscar mais sentidos para a vida e nunca desistir de um objetivo chamado mestrado.

A tia avó Carolina (*in memória*), seu cuidado foi muito bom, desculpe por minha ausência quando você mais precisou.

A tia Nadja minha gratidão não tem tamanho, seu acolhimento e seu carinho foram fundamentais para o desfecho deste trabalho, obrigada por está do meu lado se angustiando, sorrindo, vivendo cada momento com tanta intensidade.

A professora Maria Angela Alves do Nascimento o seu zelo foi fundamental para realização desse sonho. Muito obrigada por ter contribuído para meu crescimento como pesquisadora, como cidadã, como o sujeito da coletividade, ensinado-me os primeiros passos da Saúde Coletiva, serei sua eterna admiradora.

## AGRADECIMENTO

À minha família (avós, avô, tio(as), primo(as), irmão(ãs) e pais) muito obrigada, por terem sido minha torcida organizada. O amor de vocês foi muito importante para fazer dos dias difíceis mais suaves.

Aos colegas do mestrado da turma de 2011.1, muito obrigada, agradeço a Deus pela convivência maravilhosa.

Aos professores do Mestrado por contribuírem para a construção do meu conhecimento.

Aos funcionários do Mestrado, Pedro Jorge e Goreth, pelo apoio logístico.

Aos meus amigos que o mestrado me concedeu, o 'gueto' Ana, Anderson, Aliana, Bruno, Márlon, vocês serão inesquecíveis. Vocês fizeram dos meus dias nublados os dias de risos; com vocês aprendi muito sobre a vida, o jeito de cada um me fez crescer. Muito obrigada por me fazerem me redescobrir.

Meu irmão Gean Silas obrigada pela acolhida valorosa no andamento deste trabalho, por ter dividido os momentos de aflição durante a coleta de dados.

À família NUPISC pelo apoio, especialmente a Kleise e Silvânia pela motivação no meio do desespero. Valeu o apoio! E a professora Marluce Assis a minha admiração como pesquisadora e pela sugestão da co-gestão.

À minha amiga Clarice Lago e Juliana Oliveira, por torcerem por mim e sempre estarem comigo mesmo a distância.

Às professoras Marluce Karla Bomfim de Souza e Cristina Setenta Andrade pelas sugestões para a construção de um trabalho com qualidade, obrigada por toda atenção e dedicação.

Muito obrigada a todos que entraram, saíram e os permaneceram na minha vida no período de 2011 a 2012, vocês mudaram a minha vida, deram novos sentidos e me fizeram reconstruir novos significados, para mim esse foi o mestrado da vida.

Muito obrigado a todos por tudo, meu carinho, a minha gratidão é imensurável.

## RESUMO

Estudo sobre as práticas de gestão do SUS na Atenção Básica no município de Alagoinhas-BA, cujos os objetivos foram **Compreender** o(s) sentido(s) e/ou significado(s) sobre a gestão do cuidado na Atenção Básica de Saúde, considerando-se a participação dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários da Atenção Básica no município de Alagoinhas-BA; **analisar** a prática de gestão do SUS na Atenção Básica e **discutir** a(s) competência(s) e a(s) atribuição(ões) do governo municipal (gestores, trabalhadores de saúde e munícipes) as políticas e ‘novos’ modelos de saúde na Atenção Básica. Pesquisa qualitativa, tendo como campo de investigação as unidades saúde da família. Os sujeitos participantes do estudo foram divididos em quatro grupos: Grupo I, gestores; Grupo II, trabalhadores de saúde; Grupo III, usuários; Grupo IV, informantes-chave, no total 26 participantes. Como técnicas de coleta dos dados utilizamos observação sistemática, entrevista semi-estruturada e análise de documentos. O método de análise de dados foi uma aproximação com a Hermenêutica-dialética, a partir do qual foram elaboradas três categorias de análise: categoria 1-Prática da Gestão na Atenção Básica de Saúde: sentidos e significados; categoria 2-A orquestra ‘ideal’ da racionalidade, ordem hegemônica e produtiva e categoria 3-Controle social: em busca da democracia. De acordo com os resultados da pesquisa, as práticas de gestão do SUS na Atenção Básica do município de Alagoinhas-BA ocorrem desarticuladas entre os sujeitos usuários, trabalhadores de saúde e gestores, caracterizada pela centralização do poder de decisão dos gestores em detrimento dos interesses dos usuários e trabalhadores, traduzindo a fragilidade do exercício da cidadania. Desse modo, o controle social, a educação permanente e o planejamento em saúde como instrumentos de partilhamento do poder entre sujeitos tem sido apenas teorizado, reproduzindo uma gestão centralizada, já que os sentidos e significados para gestão ora aproximam, ora se afastam das práticas dos sujeitos envolvidos. Na compreensão dos sujeitos, as práticas de gestão devem ser baseadas no modelo de saúde usuário-centrado para proporcionar o melhor atendimento aos usuários. No entanto, as práticas dos gestores ainda continuam arraigadas no modelo hegemônico, focado no planejamento normativo. Quanto aos trabalhadores há um entendimento duplo: o planejamento possui características do enfoque normativo e uma pequena parte no enfoque estratégico situacional local. Contudo, as práticas dos trabalhadores tem sido desenvolvidas no modelo de atenção das Ações Programáticas, acolhimento e participação dos usuários no processo de trabalho. A participação social ocorre no município através do Conselho Municipal de Saúde e Associação comunitária de bairro. Diante de tal realidade, as práticas de gestão em saúde no município de Alagoinhas encontram-se presas ao modelo de uma gestão Taylorista, apesar de começar a ouvir o eco da co-gestão nas Unidades de saúde da família.

Palavra-chave: Práticas de gestão, Atenção Básica, Co-gestão, Controle social, Planejamento

## ABSTRACT

Research on the practices of SUS management in Primary Care in the city of Alagoinhas-BA, whose aims were **understand** the sense and/or the meaning on the care management in Primary Health Care, considering the participation of managers, health workers and users in Primary Care in the city of Alagoinhas –BA; **analyze** the practice of the SUS management in Primary Care and **discuss** the competence and attribution of the municipal government (managers, health workers and householders), policies and 'new' models of health in Primary Care. Qualitative research, with family health units as investigation field. The participant subjects in the study were divided into four groups: Group I, managers; Group II, health workers; Group III, users; Group IV, key informants, in total 26 participants. We used systematic observation, semi-structured interviews and document analysis as data collection techniques. The method of data analysis was an approximation with Hermeneutics-dialectical, from which were drawn three categories of analysis: categorical-Practice of management in Primary Health Care: sense and meaning; category 2-A orchestra-'ideal' of rationality, hegemonic order and productive and category 3-social Control: in search of democracy. According to the survey results, the SUS management practices in Primary Care of Alagoinhas-BA municipality occur disjointed among user subjects, health workers and managers, characterized by the centralization of decision-making power of managers to the detriment of the interests of users and workers, reflecting the fragility of the citizenship exercise. Thus, social control, permanent education and health planning as a tool for sharing of power among subjects has only been theorized, reproducing one centralized management, since the senses and meanings for the management sometimes approach, sometimes depart from the practices of the involved participants. In the subject understanding, the management practices should be established in the user-centered model of health to provide the best service to users. However, these manager practices are still rooted in the hegemonic model, focused in normative planning. Regarding to the workers, there is a double understanding: the planning owns features of normative focus and a small part in the situational-local strategic focus. However, the workers practices have been developed in care model of Programmatic Actions, welcome and user participation in the work process. The social participation occurs in the county through the Municipal Health Council and community neighborhood Association. Faced with such reality, the practices of health management in the county of Alagoinhas are stuck to the model of a Taylorist management, although of starting hearing the echo of co-management in family health Units.

Keyword: Management Practices, Primary Care, Co-management, Social control, Planning

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEMAE	Centro Municipal de Atendimento Especializado
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CENDES	Centro de Estudo do Desenvolvimento
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DAS	Diretoria de Assistência à Saúde
ESF	Equipe Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
HRDB	Hospital Regional Dantas Bião
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LACEM	Laboratório Público Municipal
LOS	Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90)
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEPS	Política de Educação Permanente em Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PN	Planejamento Normativo
PROAR	Programa de Atenção a Portadores de Asma e Rinite alérgica
PROBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PPLS	Planejamento e Programação Local em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência
SAE	Serviço de Atenção Especializada a Portadores de HIV
SESAU	Secretaria de Saúde de Alagoinhas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
URF-V	Relevância, Urgência, Factibilidade e Viabilidade
USF	Unidades de Saúde da Família

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1	Rede Assistencial de Alagoinhas-BA	48
Quadro 2	Distribuição das Equipes de Saúde da Família segundo formação e inserção no PMAQ	52
Quadro 3	Distribuição das Unidades de Saúde da Família. Alagoinhas-BA	53
Quadro 4	Caracterização gestores participantes do estudo de Alagoinhas-BA	57
Quadro 5	Caracterização dos trabalhadores de saúde participantes do estudo de Alagoinhas-BA	58
Quadro 6	Caracterização dos representantes dos usuários participantes do estudo de Alagoinhas-BA	59
Quadro 7	Caracterização dos informantes-chaves participantes do estudo de Alagoinhas-BA	59
Quadro 8	Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo I- Gestores. Alagoinhas-BA	66
Quadro 9	Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo II- Trabalhadores de saúde Alagoinhas-BA	67
Quadro 10	Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo III- Usuários, Alagoinhas-BA	67
Quadro 11	Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo IV- Informante-Chave Alagoinhas-BA	67
Quadro 12	Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo V- Observação Sistemática, Alagoinhas-BA	67

## **LISTA DE ORGANOGRAMA**

ORGANOGRAMA 1	Estrutura Organizacional da Secretária de Saúde, Alagoinhas-BA	50
ORGAMOGRAMA 2	Estrutura Organizacional da Atenção Básica	99

## **LISTA DE FLUXOGRAMA**

FLUXOGRAMA 1	Desenvolvimento da análise Hermenêutica Dialética	65
--------------	---	----

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESUDO</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Gestão do Sistema Único Saúde (SUS)</b>	<b>21</b>
<b>2.2</b>	<b>Participação e controle social X cidadania e poder</b>	<b>26</b>
<b>2.3</b>	<b>Educação Permanente em Saúde na formação dos sujeitos</b>	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>TRAJETÓRIA METDOLÓGICA</b>	<b>41</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>42</b>
<b>3.2</b>	<b>Cenário de Investigação</b>	<b>43</b>
<b>3.3</b>	<b>Participantes do Estudo</b>	<b>54</b>
<b>3.4</b>	<b>Técnicas/ Instrumentos de Coleta de Dados</b>	<b>60</b>
<b>3.5</b>	<b>Método de Análise de Dados</b>	<b>63</b>
<b>3.6</b>	<b>Aspectos Éticos da Pesquisa</b>	<b>68</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>70</b>
<b>4.1</b>	<b>PRÁTICA DA GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: sentidos e significados</b>	<b>71</b>
<b>4.2</b>	<b>PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: uma ‘orquestra’ ideal da racionalidade, ordem hegemônica e produtividade</b>	<b>94</b>
<b>4.3</b>	<b>CONTROLE SOCIAL: em busca da democracia</b>	<b>139</b>
<b>5</b>	<b>SÍNTESE: PRÁTICAS DE GESTÃO NO SUS NA ATENÇÃO BÁSICA: uma possibilidade de exercício da cidadania</b>	<b>148</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>154</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>169</b>
	<b>APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTORES</b>	<b>170</b>
	<b>APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA: TRABALHADORES</b>	<b>171</b>
	<b>APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA: USUÁRIO</b>	<b>172</b>
	<b>APÊNDICE D-ROTEIRO DE ENTREVISTA-INFORMANTE CHAVE</b>	<b>173</b>
	<b>APÊNDICE E- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO</b>	<b>174</b>
	<b>APÊNDICE F -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>175</b>

## **1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO**

---

O eu dialógico, pelo contrario, sabe exatamente o tu que constitui. Sabe também que, constituído por um tu- um não -eu-, se esse tu que o constitui se constitui, por sua vez, como eu, ao ter no seu um tu. Dessa forma o eu e o tu passam a ser na dialética destas relações constitutivas, dois tu que se fazem dois eu.

FREIRE (1987, p.96)

O Brasil, desde sua descoberta até os dias atuais, sofreu grandes transformações sócio-econômico-político-culturais, com repercussões em diversos setores da sociedade, dentre eles, o Sistema de Saúde, em busca de uma melhor condição de vida da sociedade.

Particularmente, essas transformações no sistema de saúde brasileiro no final da década de 1980 são muito visíveis no processo do modelo Sistema Único de Saúde (SUS), amparado nos seus fundamentos legais assegurados na Constituição Federal de 1988, mediante a luta do movimento da Reforma Sanitária.

Todavia, pensamos que, enquanto processo político de mudanças do papel do Estado, no sentido de alterar profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, é preciso criar novas relações entre diferentes esferas de governo e novas representações entre os atores sociais do sistema de saúde, fortalecidas pela gestão democrática (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001; FIGUEIREDO, 2001).

Apesar da aprovação das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 com o objetivo de regulamentar a organização básica das ações e serviços de saúde, referente à gestão, às competências e às atribuições de cada esfera de governo, à participação da população na gestão do sistema e na forma e condições para as transferências intergovernamentais de recursos para a efetivação do SUS, também se faz necessário mobilizar a sociedade para propor políticas e “novos” modelos de organização e gestão de sistema, serviços e práticas de saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Porém, ainda que o SUS seja uma obra em constante construção pelos gestores, trabalhadores e todos os cidadãos brasileiros, ele tem se constituído um sistema de saúde inacabado diante da impotência de solucionar os problemas na gestão do sistema do saúde.

Nesta perspectiva, para Coelho (2010), essa estagnação do SUS é resultado da luta dos ‘herdeiros’ do movimento sanitário pela mudança do sistema, sem realmente conhecer as práticas e estrutura do sistema de saúde brasileiro, além dos herdeiros ao assumirem o poder, particularmente o Ministério de Saúde com sua política de saúde com avanços e retrocessos (estes nos momentos mais visíveis) não utilizaram as mesmas formas de pensamentos e análise que antes criticavam. Assim, esses ‘herdeiros’ não conseguem resolver os problemas operativos devido ao alto nível de abstração na abordagem dos mesmos, apesar de sugerirem mudanças no ‘sistema’, não conseguem solucioná-los.

Ao analisarmos o processo histórico de Reforma Sanitária, com suas conquistas e seus entraves, concordamos com Coelho (2010) que houve um distanciamento entre os gestores,

trabalhadores e cidadãos/usuários para dialogar sobre as possíveis soluções do sistema de saúde, além do desconhecimento das práticas de saúde desde a microgestão (unidade de saúde) e a complexidade da macrogestão (sistema) para proporcionar estratégias de mudanças.

Nesta perspectiva, as estratégias de mudanças devem ter a participação ativa de todos os sujeitos que compõem o sistema de saúde, mesmo sabendo da importância da participação e do controle social no processo de gestão, este não tem sido efetivo, é o acaso da Reforma Sanitária pelos ‘herdeiros’.

Outrossim, é necessário que haja uma mobilização da sociedade para o exercício da sua responsabilidade pública e de cidadania na gestão do SUS, pois fazer o SUS acontecer não é uma questão simples, sem conflitos, mas sim de interesses políticos e financeiros.

Na tentativa de minimizar os limites e/ou dificuldades no sistema de saúde para operacionalizar o SUS, na década de 1990, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a), governamentalmente, houve a necessidade da criação de Normas Operacionais Básicas (NOB) com o objetivo de definir as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios pudessem assumir as novas atribuições no SUS, enquanto condições de gestão.

A NOB 91 surgiu com o propósito de definir a política de financiamento do SUS para reorganizar a gestão dos serviços para que as ações de saúde fossem viabilizadas. Porém, permaneceu a centralização da gestão no âmbito Federal, não conseguindo promover o impacto necessário para efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Em 1993, foi criada a NOB 93 com o objetivo de romper com o modelo centralizador do INAMPS, iniciando uma luta pela descentralização e descontração do poder, com discussões na 9ª Conferência Nacional de Saúde sobre a necessidade da municipalização da saúde. Essa NOB iniciou a descentralização da responsabilidade, no qual o município com seu sistema de saúde estabeleceu três tipos de gestão: incipiente, parcial e semi-plena, além de possibilitar a constituição das Comissões Intergestores Bipartite (com o Estado) e Tripartite (União) como espaços de negociação, articulação e integração entre os gestores das três esferas de governo.

Assim, a Norma Operacional Básica de Saúde (NOB) nº 01/96 refere que “a gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde”, tendo a finalidade primordial de promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal e do Distrito

Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a consequência redefinida das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1996).

Após cinco anos da NOB 01/96, foi elaborada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001, com o objetivo de defender a regionalização como macro estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização da implantação do SUS, por meio do fortalecimento das capacidades gestoras do sistema de saúde, um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de ações como planejamento, programação, regulação e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores (SOUZA, 2002).

Logo a seguir, surgiu a NOAS 2002 com o objetivo de fortalecer a gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais, estabelecendo o processo de regionalização nesta finalidade, o que, segundo Rocha (2005) e Ouverney (2005), contribuiu para reascender o processo de planejamento em saúde, no sentido de vincular organização e disponibilização dos recursos segundo as necessidades de saúde na busca da equidade e do acesso universal.

Portanto, entendemos que a descentralização e a regionalização são estratégias norteadoras do SUS que devem influenciar na construção da gestão compartilhada, pois valorizam cada característica das regiões, a autonomia dos gestores do sistema e das ações, a participação da comunidade na luta pelo seu direito por uma saúde integral e sua representação nas decisões locais.

Em 2006 foi criado o Pacto pela Saúde, introduzindo um sentido de gestão pública por resultados e responsabilidade sanitária, estendendo assim a discussão da saúde para fora dos limites setoriais e aprofundando a descentralização do SUS para estados e municípios, mediante uma gestão compartilhada e solidária, com a valorização da participação social na construção de todo processo e a necessária inserção dos atores sociais na política de educação permanente em saúde (BRASIL, 2007b).

Nesse trilhar, surgiram novas discussões sobre a gestão em saúde que resultou em 2011 na elaboração do Decreto nº 7508/2011 com a finalidade de organizar o sistema de saúde. Desde então, foi proposto a redefinição das portas de entrada da rede de atenção à saúde, da regionalização e da hierarquização através do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS) com objetivo de definir as responsabilidades dos entes federativos

na região para alcançar a integralidade e o estabelecimento de um planejamento participativo através da inserção do conselho de saúde para discutir as prioridades de saúde do plano de saúde (BRASIL, 2011a).

Ainda com a finalidade de superar os problemas operativos da gestão do SUS, em 2012 é promulgada a lei complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012), que propõe maior transparência das ações dos gestores quanto à utilização dos recursos financeiros e à responsabilização dos conselheiros para uma gestão democrática através de seu papel de fiscalizar, avaliar, controlar e deliberar, numa perspectiva que defenda o interesse da coletividade.

Embora os documentos ministeriais publicados nas décadas de 1980 a 2012 tenham propostos diretrizes, objetivos e estratégias para a gestão do SUS, o sistema de saúde enfrenta quotidianamente desafios para a efetivação dos seus princípios e diretrizes, bem como para o planejamento e gestão dos serviços de saúde por romper com o padrão anterior de política social, determinado pelo serviço fragmentado, reducionista e passividade dos sujeitos - gestores, trabalhadores de saúde e usuários, além das incoerências aos interesses do coletivo em detrimento do modelo do Estado que atende a uma burocracia.

Nesse sentido, destacamos o nosso interesse em estudar a participação dos atores sociais no processo de gestão do SUS, considerando-se o redimensionamento de uma nova prática construída numa das gestões compartilhada e solidária.

O interesse por este objeto - práticas de gestão - foi motivado durante a Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e, enquanto bolsista do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica (PROBIC/UEFS), do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC/UEFS), quando participamos de debates sobre políticas de saúde numa perspectiva crítica. Durante a experiência como bolsista de Iniciação Científica integrante do Projeto de Pesquisa *Avaliação da Produção do Cuidado em Saúde e a Construção da Integralidade a partir do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF): o Caso da Bahia* (ASSIS et al., 2008) participamos efetivamente da construção coletiva do seu instrumento da coleta de dados - formulário. No decorrer da coleta de dados, tivemos a oportunidade de conversar com a diversidade dos segmentos sociais (gestores, trabalhadores, usuários) e já notávamos a centralização do poder de gestão da saúde, em detrimento da participação do coletivo, numa construção focada nas

necessidades e nos interesses dessa coletividade, na busca pela concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

Salientamos, ainda, que tal motivação partiu também de algumas inquietações surgidas durante o exercício profissional em um município da Bahia devido aos desencontros de interesses do gestor, trabalhadores e dos usuários na construção de um sistema de saúde de qualidade, além da ausência dos usuários na gestão desse sistema. Começamos então a refletir sobre (des)compromisso dos trabalhadores de saúde com a realidade de vida dos usuários, dos gestores que realizavam planejamento sem a participação dos cidadãos, e a própria omissão e despreparo dos usuários para lutar pelos direitos de cidadania.

O estudo de Assis e outros (2010a) sobre produção do cuidado em seis municípios baianos mostrou a realidade frágil da rede de serviços de saúde e a necessidade de atuação nos determinantes subjetivos, políticos, sócio-culturais, econômicos e ambientais do uso dos sistemas de saúde. Os resultados desse estudo sobre Produção do Cuidado revelam a desarticulação dos sujeitos sociais na construção da produção do cuidado, além de referenciar que não há uma gestão compartilhada entre os sujeitos (ASSIS et. al., 2010b; NASCIMENTO et. al., 2010; GONÇALVES, 2010). Diante desses resultados, os autores enfatizam o controle social na formulação e implantação das políticas de saúde, além de defenderem que para a construção da cidadania é preciso que haja a transformação de sujeitos alienados e inertes em seres coletivos, participativos, conscientes de seus direitos e de seu poder de mobilização.

Todavia, para a construção do processo da Gestão do SUS, observamos obstáculos e desafios a serem superados tanto no sistema quanto nos serviços caracterizados como fragmentados, desiguais e, muitas vezes, desumanos.

Diante de tal realidade, que caracteriza o sistema de saúde e as práticas de gestão no SUS, a relevância deste estudo está na compreensão crítica de como os atores sociais vêm atuando na Gestão do SUS, e na reflexão sobre as possibilidades de uma prática social de uma gestão compartilhada, pró ativa, numa perspectiva democrática do poder e cidadania. Assim, pensamos em contribuir na redefinição dos rumos das práticas de gestão do SUS e portanto, a possibilidade de influenciar na prática das políticas públicas no cenário local, a partir da divulgação dos resultados deste estudo.

Portanto, para estudar as práticas de gestão do SUS na Atenção Básica com a participação dos atores sociais<sup>1</sup>, partimos de uma realidade municipal e, no sentido de recortar este objeto, elaboramos os seguintes questionamentos: Qual(is) o(s) sentido(s) e/ou significado(s) sobre a gestão do cuidado na Atenção Básica de saúde, considerando-se a participação dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários do município de Alagoinhas-BA? Como se processa a Gestão do SUS, considerando-se a participação dos gestores<sup>2</sup>, trabalhadores de saúde<sup>3</sup> e usuários<sup>4</sup> na Atenção Básica no município de Alagoinhas-BA? Qual(ais) a(s) competência(s) e a(s) atribuição(ões) do governo municipal (gestores, trabalhadores de saúde e munícipes) às políticas e ‘novos’ modelos de saúde na atenção básica no município de Alagoinhas-BA?

Na tentativa de alcançar respostas aos questionamentos explicitados, elaboramos os **objetivos:**

**Compreender** o(s) sentido(s) e/ou significado(s) sobre a gestão do cuidado na Atenção Básica de Saúde, considerando-se a participação dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários da Atenção Básica no município de Alagoinhas-BA;

**Analisar** a prática<sup>5</sup> de gestão do SUS, considerando-se a participação dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários da Atenção Básica no município de Alagoinhas-BA;

**Discutir** a(s) competência(s) e a(s) atribuição(ões) do governo municipal (gestores, trabalhadores de saúde e munícipes) as políticas e ‘novos’ modelos de saúde na Atenção Básica no município de Alagoinhas-BA.

Perante tais objetivos, pretendemos dar visibilidade sobre a atuação dos sujeitos deste estudo como os protagonistas na efetivação da gestão do SUS na Atenção Básica com a valorização do controle na busca de soluções para as demandas invisíveis e para os principais pontos de exclusão desta participação no enfrentamento dos conflitos, contradições e limites

---

<sup>1</sup>Constituem **atores sociais** nesta pesquisa os usuários, trabalhadores da saúde e gestores, entendidos como sujeitos ativos no processo de gestão do SUS, pois segundo Junqueira (2000) buscam entender de maneira compartilhada a realidade social.

<sup>2</sup>**Gestor** é o sujeito que possui o poder de gerir e desenvolver práticas de gestão dos bens, serviços

<sup>3</sup>**Trabalhador de saúde** é o agente e sujeito histórico, no qual faz opções de adesão ou resistência a um dado modo de organização do trabalho, inscrevendo ou não novas possibilidades no trabalho coletivo do qual é partícipe (PEDUZZI, 1998).

<sup>4</sup>**Usuário** é o sujeito individual e coletivo no âmbito político, econômico, social e cultural que busca do Estado apoio no processo saúde-doença para obter uma vida de qualidade.

<sup>5</sup>**Prática** é exercício do fazer ação. Podendo ser aplicação da teoria, como uma consequência; às vezes como própria criadora com relação a uma futura de teoria (FOUCULT, 2007).

para a construção do processo de gestão resolutivo e compartilhado no município de Alagoinhas-BA com a finalidade de promover a democracia do poder e cidadania.

Por conseguinte, no sentido de servir de caminho e de baliza no confronto da teoria-prática, elaboramos o seguinte **pressuposto**:

As práticas de gestão do SUS na Atenção Básica do município de Alagoinhas-BA ocorrem desarticuladas entre os sujeitos usuários, trabalhadores de saúde e gestores, caracterizadas pela centralização do poder de decisão nas mãos dos gestores em detrimento dos interesses dos sujeitos usuários e trabalhadores, traduzindo a fragilidade do exercer cidadania, refletindo a irresponsabilidade pública. Desse modo, o controle social, a educação permanente, o planejamento em saúde como instrumento de partilhamento do poder entre sujeitos têm sido apenas teorizados, reproduzindo uma gestão centralizada.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

---

E é como seres transformadores e criadores que os homens, em suas permanentes relações com realidade, produzem, não somente os bens materiais, as coisas sensíveis, os objetos, mas também as instituições sociais, suas ideias, suas concepções.

(FREIRE, 1987, p.53)

Neste item, para dar consistência teórica ao estudo, elegemos três categorias teóricas: 1) A gestão do Sistema Único de Saúde, articulada à descentralização, regionalização e planejamento em saúde; 2) Participação e Controle social *versus* Cidadania e Poder e 3) Política de Educação Permanente em Saúde, por entendermos que estão imbricadas tanto no âmbito político quanto técnico, mediante os princípios do SUS e a gestão pública.

## **2.1 Gestão do Sistema Único Saúde (SUS)**

O campo da gestão é ‘chave’ para a criação de novas modalidades de redes de cuidado do SUS e para a produção de práticas de governo mais permeáveis a grupos coletivos, que estão implicados com o governo das ações de saúde em diferentes níveis de ordenamento, apostando na construção solidária das várias esferas de governo (MERHY, 2010).

No SUS, a gestão é concebida como o modo de racionalizar os meios para atingir um fim, mas também uma forma de democratizar o poder bem como de motivar e educar os atores sociais, de maneira que promova a eficácia, eficiência e qualidade, mantendo os princípios doutrinários da equidade, integralidade, universalidade, e as diretrizes de descentralização, regionalização, participação da comunidade (CAMPOS, 2003; SOUZA, 1999).

Concretamente, compreendemos que a gestão está presente em todo o processo da saúde, desde a gestão da nação, estado ou município, definida neste trabalho como macrogestão, como na gestão de uma unidade de saúde da família e/ou de uma enfermaria hospitalar, chamada de microgestão. Outrossim, tanto na macrogestão, quanto na microgestão do SUS são necessários dispositivos, por vezes complexos, que deem resolubilidade ao serviço de saúde, na busca de “fazer acontecer”.

Para Garcia (2001), os níveis de gestão são definidos como macro, meso e microgestão. A macrogestão é caracterizada pela intervenção do Estado no setor da saúde através da regulamentação de políticas de prioridades, financiamento, organização do sistema de saúde público, recursos humanos e publicização da informação. A mesogestão é a gestão institucional dos setores do sistema de saúde, que tem a finalidade de coordenar e motivar pessoas para alcançar seus objetivos. Por fim, a microgestão é compreendida como a gestão da clínica, ou seja, o gerenciamento do processo de trabalho nos serviços de saúde.

Complementando, Souza (2009a) ressalta que os gestores devem inserir a participação social nos três níveis de gestão e devem proporcionar a expansão e qualificação dos serviços, atendendo aos interesses comuns e às necessidades prioritárias.

Por conseguinte, os gestores do SUS devem ser envolvidos na macro e microgestão na busca constante pela resolubilidade dos problemas encontrados no sistema de saúde brasileiro. Os gestores responsáveis para o desenvolvimento político-técnico do sistema de saúde são representados pelo executivo aos gestores das ações em saúde, sendo eles os governantes, os secretários de saúde e sua equipe, trabalhadores de saúde e os usuários e seus representantes.

Para isto,

os gestores devem atuar em dois âmbitos bastante imbricados: o âmbito político e o âmbito técnico. No âmbito político, o principal compromisso do gestor do SUS deve ser com a população, através da busca da concretização da saúde como direito de cidadania mediante seguimento dos princípios do SUS e da gestão pública, ou seja, o exercício da gestão da saúde voltado para o interesse público e não para interesses particularistas ou privados (SOUZA, 2002, p.37).

Todavia, as atividades gestoras devem ser definidas como elo dos saberes e práticas de gestão necessárias para a implementação de políticas na área da saúde, na perspectiva da gestão compartilhada e participativa que tem

[se constituído] em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2009a, p.15).

Logo pensamos que a atuação propriamente dita na Gestão do SUS é de criar o ‘novo’ através das diretrizes disponíveis para a transformação da gestão fragmentada, características encontradas na saúde. Portanto, é necessário conhecer o processo de descentralização, a regionalização, atuação do planejamento em saúde, participação e controle social e educação em saúde abordadas a seguir.

A **descentralização** surgiu com o propósito de diminuir as desigualdades regionais e fragmentação do sistema de saúde mediante as responsabilidades distribuídas em cada instância, e a **regionalização** como estratégia complementar de um processo político de enfrentamento das diferenças do território brasileiro, por meio da articulação intermunicipal.

Assim, a descentralização e a regionalização tornam-se um desafio da gestão para concretizar o SUS, inerente a políticas de redemocratização previstas na Constituição Federal - Lei Orgânica 8080/90, considerada um dos elementos fundamentais para obtenção da integralidade do sistema e melhoria da integração entre as bases municipais de serviços de saúde.

A descentralização [na municipalização] da gestão dos serviços e ações de saúde se constitui na mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do

Sistema de Saúde no Brasil, porém não se esgota na municipalização. Já a regionalização da saúde é uma diretriz que propõe a organização racionalizada dos serviços de saúde, com o objetivo de distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes, de forma que garanta acesso ao sistema de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Preconizada pelo ‘novo’ sistema,

a descentralização das ações e serviços de saúde reputa o município como instância concreta para a execução das ações de saúde, por entendê-lo como espaço onde pode ser maior a proximidade entre o gestor de saúde e a população, logo, com melhores condições para formular as políticas locais de saúde e planejar sua implementação, de modo a aumentar a garantia de práticas de saúde mais condizentes com as necessidades que aí se apresentem (MOTTIN, 1999, p.11).

No mesmo contexto, segundo Gerschman (2005), a descentralização passa a ser um instrumento central de deslocamento do poder decisório federal estadual para os municípios, como um território novo a ser conquistado pelo exercício da cidadania em saúde com a participação e controle social. O que é reforçado por Schneider e outros (2009) ao afirmarem que a participação da sociedade civil é fundamental para garantir que o processo de regionalização se efetue de acordo com os princípios do SUS em prol do direito à saúde da população e não a serviço do capital. Porém, defendemos que a representação social - conselheiros e lideranças de saúde - acompanhe o processo de construção do desenho regional, pois entendemos que é uma forma de garantir os serviços de saúde resolutivos e integrais.

É visível que a descentralização no Sistema Único de Saúde deverá permitir a transformação na gestão, tornando-a mais democrática e participativa. O poder de decidir sobre a gestão das organizações de saúde é levada para junto dos usuários, por delegar ao município maior autonomia política-gerencial (JUNQUEIRA, 1997). Porém, ressaltamos que a regionalização da saúde no interior do SUS surgiu como estratégia necessária e complementar à descentralização, que deve orientar os processos de negociação e pactuação entre os gestores (OUVERNEY, 2005). Por conseguinte, a funcionalidade das suas diretrizes poderá levar a uma gestão democrática do funcionamento desse sistema de saúde.

A descentralização deve levar em conta a existência de desigualdade entre as regiões por meio do seu planejamento. Assim, o planejamento consiste no processo por meio do qual essa mudança pode ser materializada, porém, é necessário ser qualificado e resolutivo para obter uma gestão que proporcione a efetivação dos princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade. Logo, os Municípios apoiados pelo Estado e União e junto com a participação

da comunidade devem se empenhar para que esse planejamento seja organizado, levando em conta suas características geográficas, epidemiológicas, sociais e outras. Já a regionalização da saúde configura um projeto de transformação da atual distribuição espacial das bases de serviços (MOTTIN, 1999; SCHNEIDER et. al, 2009; OUVENEY, 2005).

Para complementar as ideias aqui colocadas

a descentralização e sua face regionalizadora são de suma importância para o processo de planejamento do território nacional. A imensidão do Brasil e suas históricas desigualdades requerem políticas públicas de fôlego para a diminuição das iniquidades atrelada a um projeto nacional de desenvolvimento. E para que essas políticas sejam efetivas e coerentes com a realidade de cada lugar a regionalização se mostra um importante instrumento para o planejamento (VIANA et al., 2008, p.98).

Contudo, a dinâmica da descentralização paralela à regionalização é um desafio da gestão do SUS, pela sua complexidade e envolvimento de vários dispositivos, como o planejamento (por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI)); controle e participação social que são instrumentos utilizados na gestão do SUS.

Por fim, entendemos que a descentralização e a regionalização são estratégias norteadoras do SUS que influenciam na construção da gestão do sistema de saúde pois devem valorizar cada característica regional, além da autonomia dos gestores do sistema e das ações, participação da população na luta pelo seu direito por uma saúde integral e sua atuação nas decisões locais, e no planejamento como instrumento que levanta as necessidades e problemas de saúde encontrados em cada microrregião e macrorregião, criando-se estratégias voltadas aos princípios da Integralidade, Universalidade e Equidade.

Portanto, a gestão do SUS também perpassa pelo **Planejamento em saúde**, pois para desenvolver a gestão compartilhada que supere a fragmentação do sistema de saúde é preciso compreender o planejar a saúde. Segundo Abreu-de-Jesus (2006), planejar a saúde é enfrentar a história, transformá-la a partir da inteligência socialmente construída. É uma prática transformadora dos sujeitos e dos coletivos, que, organizados, rompem com as linhas de determinações e geram novos processos sociais. O ato de planejar é uma arte em si mesmo, compreendendo o sentido do planejamento como o conjunto de estratégias que, de fato, possibilitam organizar de modo eficaz os recursos disponíveis, sejam materiais ou não-materiais, com vistas a uma imagem - objetivo concreto - a constituição de sistemas locais de saúde resolutivos.

O planejamento é uma das tecnologias a serviço da gestão para uma prática social transformadora de uma política pública, sendo um conjunto de instrumentos que possibilitam a otimização dos sistemas e serviços de saúde com a participação dos diversos atores sociais envolvidos, sendo essencial para obter uma gestão democrática, humanizada e resolutiva (MERHY, 1995).

Daí ao considerar o planejamento como um instrumental da publicização da gestão de política, Merhy (1995) procura desenvolver estratégias de intervenção com a participação de atores transformadores e de arenas institucionais, pelas quais correm a direção do campo da saúde, pois os caminhos do planejamento são a ação programática em saúde, a vigilância à saúde, o planejamento comunicativo e a gestão estratégica em saúde.

Por seguinte, compreendemos “as faces” do planejamento, como um método de formulação política e tecnologia de serviço, o qual poderá ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde numa ação comunicativa para o fortalecimento do controle social do SUS e como instrumento de regulação, controle e auditoria do processo de produção de serviços.

Para tanto, o SUS tem utilizado diversos instrumentos de gestão que vêm sendo criados segundo a necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial e mesmo política dos diversos gestores ao longo do tempo e do espaço com a finalidade de cumprir os preceitos constitucionais, dentre eles a agenda de saúde, planos de saúde, relatórios de gestão, Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Programação Pactuada e Integrada (PPI), com o objetivo de obter uma gestão do SUS descentralizada, resolutiva, participativa e humanizada (SOUZA, 2002; BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde reforça que os instrumentos de gestão

são os mecanismos que garantem o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis. A gestão do SUS é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que, por meio de seus órgãos gestores, utilizam vários instrumentos de gestão, objetivando garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema de saúde (BRASIL, 2002, p.5).

Porém, é necessário planejar para a democracia, compreendida como um exercício de aprendizagem que requer do sujeito capacidade para buscar subsídios para implementar suas mudanças. Nesse sentido, o sujeito se torna um condutor no processo de mudanças a serem implementadas, sendo, portanto, o responsável pela direção a ser seguida para alcançá-las (ABREU-DE-JESUS, 2006).

Para Rivera e Artmann (2010), o planejamento, como instrumento de aprendizagem deve ser coletivo tendo como base uma negociação entre os plurais atores que se dá através da

comunicação e reconhecimento mútuo. Diante dessa perspectiva, Rivera (1992; 1995; 2003) apresenta o planejamento sob a ótica do Agir Comunicativo de Habermas (1987; 2003), valorizando o diálogo, a escuta e a intersubjetividade na produção social.

Nesse sentido, a ação comunicativa no planejamento poderá contribuir para uma gestão democrática, uma vez que para Rivera e Artmann (1999) o planejamento comunicativo proporciona o diálogo entre os atores sociais na construção de projetos, valorizando o ‘mundo da vida’ dos envolvidos no processo gerencial, além dos fins.

Compreendemos também que para planejar para a democracia é necessário desenvolver a co-gestão de coletivos que, segundo Campos (2007b), tem a finalidade de articular a negociação, compromisso, contrato entre os sujeitos para compartilhar o poder, instituir sujeitos com autonomia e criticidade na luta pelo interesse da coletividade.

Na busca por uma gestão compartilhada vemos que é fundamental ter o planejamento como diretriz de mudança da realidade presente. Mas, para isso, são necessários gestores preparados/capacitados com o objetivo de oferecer ao cidadão o direito à saúde, e de transformar um sistema de saúde fragmentado, por meio da compreensão da participação ativa, consciente e deliberativa do controle social.

## **2.2 Participação e Controle Social na Gestão do SUS X Cidadania e poder**

A construção da história do Brasil foi constituída por duas classes sociais: a elite e a marginalizada, caracterizada pelo desequilíbrio do poder econômico, político e social. A busca pela democracia tem sido uma luta constante, pois temos reflexos da própria história, principalmente o papel do Estado determinado pelo modelo político econômico ditatorial (DINIZ, 2001; CARVALHO, 1997).

Dessa forma, na estrutura social do nosso país sempre houve a presença do interesse de poucos em detrimento do interesse coletivo. No percurso da história brasileira houve alterações no perfil do Estado diante das mudanças políticas uma vez que, segundo Diniz (2001), o Estado deixou de ser intervencionista, inserindo-se na ordem globalizada, consequência da mudança do perfil político da década de 1960 a 1980, um modelo ditatorial para um modelo neoliberal da década de 1990.

Durante o período ditatorial, o modelo da ação do Estado determinou o exemplo de controle social em saúde que, segundo Assis (2003), na década de 1960, era visto como medida sanitária de controle do Estado sobre a sociedade; já a década 1970 marcada por um quadro político autoritário e centralizador, a participação da comunidade foi pontual; todavia,

segundo Carvalho (1997), em um momento que se iniciavam as lutas comunitárias por saúde, juntamente com os movimentos sociais urbanos.

No Brasil, os movimentos sociais, na década de 1980 teve como luta a participação da população na construção política de um país democrático, buscando reverter as características do controle social em saúde das décadas anteriores, assim democratizando a relação Estado-Sociedade.

Esses movimentos sociais se estenderam para o setor da Saúde, demarcado pelo movimento da Reforma Sanitária diante da imposição do Estado em ‘ditar’ o rumo da saúde da população, tendo o povo insatisfeito reagido contra essa realidade e solicitado a participação da comunidade nas políticas públicas de saúde. A própria Constituição Federal (CF) de 1988 determina a participação da comunidade no processo da gestão da saúde. Para Carvalho (1997), saúde é democracia, democracia é saúde.

Considerando-se tal importância dos movimentos sociais, para Ribeiro (2010, p.19)

Tais movimentos sociais forneceram o cenário para a construção do Sistema Único de Saúde que institucionalizou a participação social na construção de políticas de saúde, que se efetiva por meio do controle social sobre as ações governamentais.

Por conseguinte, o controle social é o controle da sociedade sobre o Estado que, segundo Silva, Cruz e Melo (2007) é uma forma de atender os interesses da maioria da população, pois o poder é partilhado. Oliveira e Almeida (2009), reforçam que o controle social é uma estratégia de democratizar o poder para o processo de gestão compartilhada e solidária, sendo complementada por Silva (2001), ao considerá-la que é um mecanismo de vigilância de agentes e instituições políticas que atuam na estrutura do poder.

Outrossim, segundo Assis e Villa (2003), o controle social é um espaço de representação da sociedade a partir da articulação entre diversos sujeitos, constituído em canais institucionais de participação na gestão governamental, com a presença de novos sujeitos coletivos nos processos decisórios.

Portanto, entendemos que a gestão no país deve ter em suas bases a participação/controle social como dispositivo do exercício de cidadania, resultado do partilhamento do poder entre os cidadãos, pois deverá fortalecer a sociedade na contribuição das políticas públicas com a participação dos diversos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no processo de gestão.

Para Assis (2003), Assis e Villa (2003) e Oliveira e Pinheiro (2010), o controle social foi assegurado na Lei 8142/1990 ao explicitar que a sociedade civil deveria participar

ativamente da construção e implantação da gestão do SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde como instrumentos da sociedade para se ter uma gestão colegiada e democrática.

O controle social advém dos Conselhos de Saúde que foram constituídos legalmente como local de democratizar o poder de decisão. A lei Orgânica 8142/90 (BRASIL, 1990b) traz as responsabilidades e finalidades das Conferências e Conselhos de Saúde. As Conferências têm a responsabilidade de avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes e os Conselhos devem formular estratégias e atuarem no controle da execução das políticas de saúde.

A lei 8142/90 (BRASIL, 1990b) determina a paridade na sua composição do conselho por ser um órgão colegiado, tendo a participação de 50% de representantes dos usuários, 25% dos trabalhadores de saúde, 25% dos prestadores de serviços e do governo. No entanto, os representantes devem lutar pela cidadania ao assumirem o compromisso com a gestão dos serviços e sistema de saúde. Por isso, os Conselhos de Saúde devem conhecer e entender as competências típicas da gestão, planejamento, orçamentação, programação, normatização, direção/gerência, operacionalização/execução e controle/avaliação, pois ao integrarem a estrutura legal do Poder Executivo (Gestão do SUS), suas atribuições encontram-se limitadas ao espaço privilegiado e bem identificado de atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde (BRASIL, 2007b).

Para Wendhausen e Cardoso (2010), o conselho é considerado como um dos pilares para a consolidação do SUS, além de um avanço à medida que potencialmente amplia os espaços e o poder de intervenção da população nos rumos da coisa pública, colaborando para o processo de construção democrática do país, já que vários setores da sociedade são incorporados no processo das decisões públicas, ampliando-se a representação democrática das várias partes da sociedade.

Por conseguinte, para Assis (2003), Assis e Villa (2003) e Carvalho (1997) os Conselhos de Saúde representam um progresso para a democratização e fortalecimento do controle social, com a finalidade de defender os princípios constitucionais através do controle da execução das políticas de saúde, pois sua atuação é de responsabilidade pública e de cidadania em defesa dos interesses da sociedade.

Entretanto, Souza (2009b, p.23) destaca que os “Conselhos de Saúde deverão ser instâncias resultantes do processo de embate e negociação entre os diversos sujeitos sociais para a construção e avaliação das políticas de saúde a partir de uma atuação efetiva, deliberativa e consciente”.

Portanto, a essência do Conselho de Saúde

[...] seria constituir-se em espaço de aprendizado da democracia, exercitando a formulação de consensos, uma vez que o que está em jogo é o interesse coletivo, que nem sempre coincide com o interesse de uma “maioria” presente ou ali representada (KLEBA et al; 2010, p.796).

Enfim, entendemos os Conselhos como espaços da coletividade e, conseqüentemente, todos os sujeitos devem possuir o conhecimento e a informação sobre o processo da gestão, para que possam decidir e repartir as responsabilidades para alcançar a democracia. A partir de então, os sujeitos (usuários, trabalhadores de saúde e gestores) possuem o poder de decisão sobre as políticas públicas para efetivar uma gestão do SUS de maneira compartilhada, traduzindo a democracia de governar.

O Conselho de Saúde, como um espaço da coletividade em busca da democracia, é considerado

[...] um arranjo organizacional montado para estimular a produção/construção de Sujeito e de Coletivo Organizados. Refere-se, portanto, a espaço concreto destinado à comunicação (escuta e circulação de informações sobre o desejo, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos) (CAMPOS, 2007a, p.147).

Dessa forma, o Conselho deve ser um espaço concreto de comunicação, elaboração e tomada de decisão que oportuniza o sujeito a exercitar sua capacidade de análise e consideramos o Conselho de Saúde intervenção para ter uma democracia institucional, assim promovendo a co-gestão. Para tanto, um espaço de co-gestão onde os sujeitos deverão ter criticidade e autonomia durante a luta pela democracia que, segundo Campos (2007a), é o exercício do poder, levando-os ao acesso às informações, para que possam tomar parte em discussões e tomar decisão.

A partir do momento em que os sujeitos têm uma participação pró-ativa nos Conselhos de Saúde durante o processo decisório, todos eles estão interagindo num espaço de co-gestão, havendo o partilhamento do poder durante a elaboração das políticas públicas e das ações em saúde que, para Wendhausen e Cardoso (2007), é um momento de análise do problema e do jogo de poder.

Assim, segundo Campos (2007a), o poder é compreendido como maior ou menor capacidade para lidar com as instituições e necessidades, pois não apenas controla, mas também constitui o sujeito. Então, democratizar as relações de poder implica uma capacitação dos coletivos para produzir necessidades para si mesmo e para os outros para reconstruir seu campo desejante e reconstruir o campo das necessidades sociais.

Outrossim, o poder pode proporcionar nos Conselhos a motivação para lutar por uma produção social que estabeleça o Ser Sujeito, presente de gozo e responsabilidades políticas e sociais para a construção da democracia, ou seja, produzindo uma prática libertadora dentro dos Conselhos de Saúde com a finalidade de reafirmar a “saúde como estratégia para a democracia e a democracia como estratégia para a saúde” proposto por Carvalho (1997, p.93).

Para compreendermos o controle social constituído no Conselho de Saúde como espaço de disputa e/ou de construção do poder para a cidadania ou não, precisamos compreender a categoria analítica Poder. Por isto, nos baseamos na proposta de Abreu-de-Jesus (2006) quanto às dimensões do poder nos determinantes na construção da cidadania, ao destacar três dimensões analíticas do poder como pano de fundo à análise das práticas, das estruturas e das formações do planejamento. Para tanto, redimensionamos as práticas de gestão no Conselho de Saúde, como espaço produtor do controle social, divididas em três dimensões: a simbólica/filosófica/ideológica; político-econômica, e da práxis (ABREU-DE-JESUS, 2006), discutidas pelo referido autor com o embasamento de diversos autores na sua construção.

Dimensão **filosófico-ideológica** sustentada nos autores Albuquerque (1986), Sá (2001), Giovanella (1990) e Roso; Bueno e Guareschi (2000), contida nas relações de poder, os componentes simbólicos, as significações, as ideologias e as representações dos sujeitos; entendendo que essas relações são construídas a partir de práticas, estruturas e formações, que, na sua totalidade concreta, podem se apresentar como conservadoras ou como transformadoras, dependendo da ideologia dos diferentes sujeitos que compõem os grupos.

Dimensão **política econômica** discute o poder político, tecnocrático e econômico baseado em Testa (1995; 2007), Campos (2007b) e Bobbio (2003; 2005). Encontra-se escondida nas relações que se estabelecem no cotidiano das estruturas, sendo uma relação de coerção, resultado de combinação entre o saber e a prática em uma lógica racionalista e dialética, diante da utilização da força para manutenção do poder centralizador.

Dimensão da **práxis** apresenta o técnico e reacionário baseado em Campos (2007b), Sá (2001) e Albuquerque (1986). É entendida como a dimensão da prática para a transformação da sociedade, pois trabalha com a produção e com a re-produção social. É sobre a práxis que se assenta a discussão da autonomia, da (des) alienação e da libertação dos sujeitos.

Diante das dimensões de poder analisado por Abreu-de-Jesus, no Conselho de Saúde, encontram-se as três dimensões dos poderes, principalmente a dimensão do poder ideológico/

filosófico e econômico-político, mantendo o *status quo* demonstrado nos limites encontrados na luta pela democracia.

Apesar dos Conselhos serem constituídos por espaços para democratizar o poder, a realidade é traduzida de maneira diferente, pois as barreiras encontradas no processo do partilhamento do poder de decisão para garantir a cidadania são reflexos do jogo de interesses políticos capazes de fragilizar o controle social.

As dificuldades ou limites encontrados nos Conselhos de Saúde são retratados em várias publicações,<sup>6</sup> dentre eles a participação dos sujeitos sociopolíticos tem ocorrido de maneira desigual, com assimetria de poder e do saber sustentando o *status quo*, presente na apatia dos sujeitos diante da imposição do modelo hegemônico.

Diante de tal realidade os conselheiros que representam os usuários tem sido capturados pelos gestores para defenderem seus interesses políticos, reproduzindo um modelo de gestão baseada no clientelismo e promovendo a alienação do sujeito (RIBEIRO, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010). Apesar dessas conjecturas, a realidade nos tem mostrado que os gestores tem utilizado os meios de cidadania como um jogo político na relação de força e exercício de poder presente por décadas, com o poder centralizado nas mãos dos que possuem o conhecimento.

No entanto, para romper com este modelo precisa-se da articulação entre os sujeitos e compartilhamento do poder na gestão. Na conjuntura política, econômica e social vivenciadas no cotidiano dos brasileiros, a interação entre os sujeitos pode promover a compreensão das necessidades, saber e autonomia. Assim, para Foucault (2007), o poder não é um objeto natural, mas é uma prática social constituída historicamente, além de ser uma relação de forças que gira entrelaçada e perpassa por todos os indivíduos, o “fora” do poder não existe.

Por conseguinte, para romper o modelo vigente é necessário instaurar a dimensão da práxis como forma de transformar uma realidade imposta a qual, segundo Campos (2007a), os sujeitos devem ter a capacidade de refletir e interferir na gestão, trazer novos sentidos e significados para orientar o agir concreto.

Outrossim, a desarticulação dos sujeitos na construção da cidadania tem produzido no Conselho de Saúde um espaço de hegemonia, pois os saberes e a informação que ‘liberta do cárcere’ do modelo de gestão baseado no clientelismo estão sendo utilizados pelos gestores

---

<sup>6</sup>Para aprofundar esses diálogos ver ASSIS, 2003; COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009; COTTA et. al, 2011; RIBEIRO; NASCIMENTO, 2011; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010; PINHEIRO, 1995; WENHAUSEN; CARDOSO, 2007; GUIZARDI, 2008; RIBEIRO, 2010.

como instrumentos de interesse político. A centralização do poder de decisão rompe com os princípios da democracia, refletindo na atual gestão do SUS.

Para transformar a realidade dos Conselhos de Saúde, é necessária uma ação libertadora, instituir sujeitos da práxis para estabelecer a democracia, sendo construção diária de ações coletiva para produção social.

Então,

[...] os Conselhos de Saúde são palcos de vários representantes, lugar onde se abrem possibilidades para estes atores participarem de forma mais efetiva no processo decisório e no controle social, no sentido de aumentar o poder, que pode ser resignificado para cada um destes atores, através da busca de informação e fortalecimento individual e coletivo (grupos de interesse) [...] a participação poderia acontecer no dia-a-dia nos serviços de saúde e nas comunidades e não de forma isolada como nas Conferências e Conselhos de Saúde, a fim de que o controle social possa ser cotidianamente exercido de forma mais ampla (WENHAUSEN; CARDOSO, 2007, p.583).

Todavia, acreditamos que a participação da comunidade no SUS não se esgota na esfera dos Conselhos e Conferências (SCHNEIDER et al., 2009), mas tem uma noção ampliada do controle social, que é a participação efetiva da sociedade sobre as ações do Estado, daí não deverá ser apenas uma extensão burocrática e executiva, mas um processo contínuo de democratização e de produção de sujeitos com maior autonomia (ASSIS, 2003).

Para Onocko Campos e Campos (2009) a autonomia é a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependência, pois é um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto de democracia, até porque sujeitos autônomos conseguem pleitear pela cidadania e são capazes de estar presentes em espaços de conflitos onde poder é objeto. Assim, a autonomia dos sujeitos permite que

[...] tal cidadania reivindique mais espaço nos processos de tomada de decisões e se afasta dos velhos formatos rígidos e hierárquicos de participação [...] para participar de espaços e organizações cujo funcionamento é mais horizontal e democrático (SÁNCHEZ, 2004, p.24).

Além do mais, os sujeitos autônomos têm o ‘poder das massas’ (SÁNCHEZ, 2004) que conduzem as transformações sociais e políticas, levando a horizontalizar os poderes em qualquer espaço que são controlados por grupos que possuem o saber científico e técnico; geralmente são sujeitos que defendem seus interesses econômicos e políticos e não os interesses da coletividade. Tais sujeitos detêm o poder político, econômico e social por possuírem informações, ou melhor, o conhecimento.

A autonomia dos sujeitos proporciona a co-gestão, pois o poder é compartilhado e não exercido de forma solitária e isolada pela elite (CAMPOS, 2007a). Ao concordarmos com o

autor entendemos que democratizar o poder de decisão é um fluxo de diálogo entre os sujeitos sociopolíticos que proporcionam propostas e deliberações que resultam no controle social que contribui para a resolubilidade do sistema de saúde.

Portanto, no SUS esse controle social é o processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública e no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança (CARVALHO, 1997).

Mas, para acontecer tais mudanças, os contratos ou pactos de gestão devem desenvolver ações como apoio aos Conselhos e Conferências de saúde e aos movimentos sociais que atuam no campo da saúde para seu fortalecimento, além do aperfeiçoamento dos conselheiros; estímulo à participação e avaliação dos cidadãos no serviço de saúde; apoio ao processo de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS entre outros (BRASIL, 2006a).

Apesar do controle social ter a finalidade de concretizar uma busca incessante pela cidadania e a democracia no sistema de saúde, contudo, segundo Souza (2010), vem perdendo influência sobre a condução do SUS e na atividade política em decorrência do idealismo neoliberalista sobre os movimentos sociais de interesse popular, que promoveram uma diminuição da capacidade de intervenção sobre políticas sociais gerais, e o deslocamento das lideranças sindicais, populares e incluindo do movimento sanitário para posicionamento do aparelho do Estado que levou a fragilidade das organizações dos trabalhadores.

Porém, pensamos que é possível construir a consciência cidadã, derrotar o conformismo social, por meio da emancipação de sujeitos históricos capazes de intervir nesta realidade e, finalmente, garantir a construção social. Para tanto, reiterarmos a participação desses sujeitos como protagonistas do sistema de saúde diante do impacto direto na melhoria da relação entre a comunidade e o sistema de saúde. Assim, ao democratizar esse poder, é possível motivar e educar os atores sociais em busca do fortalecimento dos princípios doutrinários do SUS em prol das mudanças do modelo hegemônico da saúde - neoliberal.

Enfim, defendemos que a participação e o controle social são fundamentais para a construção de uma gestão compartilhada, pois acreditamos que os sujeitos têm a capacidade de reflexão e criticidade no cenário político e social para estarem promovendo uma prática libertadora, inovadora na sociedade brasileira.

### **2.3 Educação Permanente em Saúde na Formação**

Para melhor compreensão da inserção da Educação Permanente no sistema de saúde pública é necessário retomarmos a história, no qual a educação em saúde passou por diversos momentos, cada um deles determinado por um modelo de gestão e atenção. Nesse sentido, as práticas dos profissionais foram determinadas pelas políticas de saúde e pelo ensino, inserindo-se na formação e no serviço de saúde.

A formação dos profissionais de saúde, no Brasil, segundo Carvalho e Ceccim (2009), foi determinada, naquele momento histórico, iniciado no século XX, no modelo flexneriano, caracterizado na anatomopatologia, atenção hospitalocêntrica e curativista.

As décadas de 1950 e 1960 foram marcadas pelo movimento preventivista que, segundo Arouca (2003), foi necessário compreender o processo de saúde/doença e seus determinantes, e a maneira como os profissionais de saúde, em especial o médico, produzia as práticas fundamentadas na ciência com o propósito de interferir nesse processo, direcionadas no diagnóstico, prevenção, terapêutica e reabilitação. Nesse sentido, o sistema de saúde era determinado pelo modelo médico, focando-se na doença, não instaurando uma prática coletiva pelos trabalhadores de saúde durante o processo de trabalho.

Nos anos 1970 é sugerida uma outra aprendizagem em saúde comunitária, momento em que Paulo Freire apresenta a pedagogia da libertação, com a introdução da educação popular como projeto de cidadania. Entretanto, esse foi um período de contradições, pois o Estado cooptava os setores de educação e saúde, assim limitado às práticas em saúde, pois as intervenções eram baseadas nas ciências da saúde e dispensavam a escuta, o diálogo entre os profissionais e dos profissionais com a comunidade (CARVALHO; CECCIM, 2009).

Na década de 1980, com a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), viu-se a necessidade da formação de profissionais para proporcionar um serviço de saúde que garantisse um acesso universal, a integralidade e a equidade paralela à construção da cidadania. Assim, a Constituição Federal de 1988, no art.200, inciso III(BRASIL, 1988, p.34) determina “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, como forma de superar as deficiências encontradas no sistema diante das práticas profissionais baseadas em um modelo de gestão centralizador e modelo de atenção curativista.

Nessa mesma década, segundo Costa (2006), a gestão da educação na saúde para a organização dos serviços foi um tema muito discutido, inclusive objeto de Conferência específica, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que o sistema de saúde passou a exigir uma reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, nos

aspectos relativos à força de trabalho e à preparação do pessoal de saúde, demandando, além da definição explícita das políticas para o setor, a integração ensino-serviço, através de modelos assistenciais localizados em espaços-populações concretos, o que significou um repensar das propostas tradicionais de integração docente-assistencial.

Assim, o SUS passa a exigir da área de recursos humanos políticas capazes de operacionalizar as transformações necessárias ao sistema, uma vez que são os trabalhadores de saúde os agentes do processo de trabalho e, em parte, responsáveis pela real implementação do modelo assistencial preconizado (FARAH, 2006).

Particularmente na década de 1990, segundo Carvalho e Ceccim (2009), o projeto de integração ensino-serviço reconheceu a inclusão da representação popular sobre as mudanças na formação e nos projetos de exercício das profissões para gerar serviços com capacidade de acolhida e escuta aos usuários.

Mediante a construção da formação dos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), percebemos a necessidade da inserção de uma educação em saúde que promova uma prática com uma reflexão crítica, para criar o novo modelo de gestão e atenção de saúde diante dos trabalhadores inseridos no sistema de saúde, que têm uma formação arraigada ao modelo hegemônico.

Em 2004 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Educação Permanente com portaria Ministerial nº.198/GM (BRASIL, 2004a, p.3)

É uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política, implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.

A Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) é mais uma das diretrizes para construir uma gestão do SUS, compartilhada e solidária com o propósito de trazer a resolubilidade para os problemas encontrados no sistema de saúde. Entretanto, vemos que é necessária a construção permanente da educação, com o objetivo de estimular perfis de gestores das ações, serviços e sistema que busquem edificar o SUS diante da realidade encontrada, uma vez que

[...] muitas transformações são necessárias no sentido de consolidar o SUS, dentre as quais é preciso repensar os modelos e práticas assistenciais, assim como forma de gestão de serviço e sistema de saúde. Torna-se importante definir um modelo de

política de formação/capacitação e educação em saúde para os recursos humanos ao lado de um modelo de gestão (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007, p.392).

Para isso, foi criada a Política da Educação Permanente em Saúde com o propósito de valorização do usuário do sistema de saúde, instituindo a integralidade da atenção, o fortalecimento do controle social em saúde, a promoção da educação popular em saúde, capacitação dos trabalhadores de saúde e gestores, pois o objetivo é de estimular perfis de gestores das ações, serviços e sistema que busquem edificar o SUS diante da realidade encontrada.

A portaria nº 198/2004 (BRASIL, 2004a) refere que a PEPS tem a finalidade de romper com o modelo verticalizado, e assim, trabalhar com a ideia de rede, obtendo a Integralidade, pois é constituído por um conjunto articulado de serviços básicos, média e alta complexidades em que todas as ações e serviços de saúde, sejam prestados reconhecendo-se contextos e histórias de vida, assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

Com a criação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a) este propõe avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente, com a finalidade de formar trabalhadores qualificados para o SUS com a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras baseadas nos princípios da educação permanente.

#### Para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e a trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturadas a partir da problematização da atuação da gestão setorial em saúde (BRASIL, 2004b, p.9).

Entendemos que, a educação permanente é uma estratégia de mudança e reorientação das práticas, pois permite desvendar a singularidade dos núcleos de saberes e práticas instituídos como re-significado para as práticas de gestão.

Diante desta compreensão, Mancia, Cabral e Koerich (2004) e Ceccim e Fuerweker (2004) reforçam que a Educação Permanente em Saúde (EPS) nos últimos anos tem sido uma estratégia do SUS para a concretização dos seus princípios e diretrizes, pois sua lógica é descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas. Tornando-se questões

técnicas-políticas ao ponto de interferir na organização do trabalho, interação com redes de gestão e serviços e no controle social.

A EPS no SUS deve influenciar nas interfaces interações e intercomplementaridades entre os estados e municípios, de maneira a contribuir para o desenvolvimento de ações resolutivas no processo da gestão descentralizada e colegiada do SUS a fim de atender as necessidades sociais em saúde (CECIM; FEUERWEKER, 2004).

Outrossim, a EPS com a interação dos gestores, trabalhadores e usuários poderá criar possibilidades de mudanças no sistema de saúde, pois a sua efetivação facilitará a aproximação da gestão participativo/democrática, humanizada e resolutiva do SUS.

A Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007c) que dispõe sobre as diretrizes para a implementação dessa política tem um entendimento de uma

[...] aprendizagem trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. É feita a partir de problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores de saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautados pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2007c, p.13).

A aprendizagem durante o processo do trabalho deve proporcionar aos sujeitos envolvidos criticidade do processo de gestão e da produção do cuidado, pois a utilização da educação problematizadora, segundo Freire (1987, p.41), faz com que “os homens vão percebendo, criticamente, como estão agindo no mundo em que se acham”, pois são instituídos como sujeitos ativos de uma práxis que traz resolubilidade às necessidades da comunidade.

Enfim,

A Educação Permanente em Saúde é uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da invenção de problemas. Para o setor saúde, esta estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva (CECCIM, 2005b, p. 175).

Portanto, EPS deve proporcionar ao sistema de saúde uma superação do modelo gerencial hegemônico vigente, além da mudança no modelo de atenção curativista. Porém, os profissionais de saúde, segundo Ceccim (2005a), deverão promover mudanças no cotidiano para desfrutar da aprendizagem significativa.

Nessa aprendizagem significativa, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), a EPS parte do pressuposto de que ela [aprendizagem significativa] promove e produz sentidos, e

sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços.

Quando a educação é inserida no sistema de saúde ela deve atender as concepções e propostas de Freire (2007) em que o homem pode refletir sobre si mesmo e colocar-se, num determinado momento, numa certa realidade: é um ser na busca constante de ser mais e, como pode fazer esta auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca, pois quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio desta realidade e procurar soluções, ou seja, pode transformá-la e, com seu trabalho, criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias.

Segundo Freire, a educação em serviço na perspectiva da dialética do saber-prática conduz a horizontalidade do poder, de maneira que o controle social, a gestão, o serviço e o ensino se entrelacem para que os atores sociais desenvolvam práticas em saúde de maneira analítica e crítica com o propósito de efetivar a Integralidade das ações, a Universalidade do acesso e Equidade.

Outrossim entendemos que, é preciso que os sujeitos inseridos no sistema de saúde tenham capacidade de promover uma práxis libertadora do âmbito instituído para o instituinte, ou seja, é constituído Ser sujeito proposto por Campos (2007a), para que os trabalhadores de saúde e os usuários se tornem cidadãos com criticidade diante da sua realidade de vida e tenham a capacidade para propor mudanças no sistema de saúde.

Mas, para Campos (2007a), durante o processo de gestão, em especial a participativa, não se produz apenas os efeitos políticos e administrativos, mas os efeitos pedagógicos e subjetivos, no qual a educação é a própria vivência dos trabalhadores, pois permite analisar e apreender ao mesmo tempo.

No entanto, mediante tal perspectiva, segundo L'Abbate (1997) capacitar os profissionais de saúde é constituir sujeitos autônomos e críticos e o processo de autonomia dar-se-á em grupo e, à medida que os grupos de profissionais se tornem menos grupo-objeto e mais grupo-sujeito, estará em curso a construção de processos educativos significativos para cada um, para o grupo mais próximo e para a instituição, de maneira que se criem estratégias inovadoras

Complementando tal pensamento de L'Abbate, afirmamos que durante a construção de grupos sujeitos durante o processo de trabalho também deve estar inserido o usuário como co-responsável das práticas de saúde, pois a EPS como estratégia de reorientação do modelo gerencial hegemônico é 'destronizado' quando as ações são construídas coletivamente entre os sujeitos envolvidos.

Diante de tal afirmação, Ceccim (2005a) pondera que para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde é preciso abandonar o sujeito que somos, porque mais que sermos sujeitos assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos precisamos ser produção de subjetividade todo o tempo, abrindo fronteiras, desterritorializando grades [gradis] de comportamento ou de gestão do processo de trabalho, pois se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho (produtos e produtores das cenas, em ato), os eventos em cena nos produzem diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção.

Enfim, temos esperança que a EPS possa construir sujeitos instituintes com capacidade de críticas durante as práticas coletivas como forma de propor mudança no modelo de gestão e atenção à saúde e, para tanto, destacamos a seguir os componentes do Quadrilátero da Formação (CECCIM, 2005a, p.166) que devem contribuir para o processo de mudança do modelo gerencial e de atenção que se constrói com Integralidade, considerando-se:

- a) **análise da educação dos profissionais de saúde:** mudar a concepção hegemônica tradicional [...] para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;
- b) **análise das práticas de atenção à saúde:** construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;
- c) **análise da gestão setorial:** configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;
- d) **análise da organização social:** verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

Como vemos, a interação do ensino, controle social, gestão e atenção podem contribuir para a construção de um processo de trabalho que resolutivo, pois os sujeitos desenvolvem práticas em saúde para a democracia, além de favorecer para ações resolutivas em um espaço da coletividade.

Contudo, Merhy (2005b) faz referência ao desafio de pensar uma nova pedagogia no qual os sujeitos sejam comprometidos com a construção histórica-social da vida individual e coletiva para um novo agir em ato, de maneira que os dispositivos analisadores - os do quadrilátero - devam ter uma vinculação com os componentes nucleares da micropolítica da produção do cuidado em saúde individual e coletivo. Isto significa que o analisador tem de ter a potência de expor o trabalho vivo em ato para a própria auto-análise, pedagogicamente, abra espaços relacionais para poder se falar e se implicar com isso.

Entretanto, é necessário que a pedagogia utilizada na EPS esteja imbricada ao trabalho vivo para poder desenvolver as tecnologias leves durante o processo de trabalho, uma vez que os sujeitos da prática possuem sua história individual e coletiva.

Diante de tal proposição, comungamos com Ceccim (2005c) que a EPS constitui-se como estratégia fundamental às transformações do processo de trabalho no setor, direcionando-o a tornar-se *lócus* de atuação crítica, reflexiva e propositiva.

Por isto, é necessária a efetividade da EPS para fortalecer a formação e a sensibilidade da equipe de saúde e dos gestores, além da participação dos usuários para com as ações de responsabilidade pública na perspectiva gestão compartilhada, não apenas para minimizar os problemas de saúde da população, mas também contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

### **3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

---

O caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade.

(MINAYO; DESLANDES, 2007, p.16)

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). A metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está referida a elas, é a própria essência do conteúdo, pois faz ponte entre o saber e a prática (MINAYO; DESLANDES, 2007).

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, por permitir aplicar a história das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam, pois buscam uma compreensão particular daquilo que estudam, cujo foco é centralizado no específico, no peculiar, almejando sempre a compreensão do fenômeno estudado (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; MINAYO; DESLANDES, 2007).

Por seguinte, optamos por um estudo crítico analítico, numa perspectiva histórico-estrutural, aquela que, segundo Nascimento (2010, p.46), “capta as dissonâncias no esforço de compreender a realidade complexa, tentando formalizar de maneira mais flexível, na expectativa de que haja ordenamentos menos rígidos e mais flexíveis e mais justos com a realidade, ainda que seja bem mais difícil conviver com as incertezas”. Contudo, segundo Demo (2000), é necessário ter habilidade para intervir na história com criticidade e criatividade do conhecimento para obter um equilíbrio crítico e auto-crítico entre condições objetivas e subjetivas.

Assim, tal escolha pela abordagem qualitativa é também reforçada pela necessidade de apreender os seus sentidos e os significados deste objeto de estudo porque nos preocupamos com o processo e não apenas com os resultados ou produtos, pois entendemos que este objeto é dinâmico e se dá nas relações com o contexto no qual está inserido, o que o torna singular.

### 3.2 Cenário de Investigação

#### História do município de Alagoinhas<sup>7</sup>

Para compreender o processo de gestão em saúde, trazemos a história do município de Alagoinhas em seu aspecto político, social e econômico, uma vez que sua dinâmica reflete nos novos sentidos e significados da gestão da saúde no município de Alagoinhas.

Conta a tradição que nos fins do século XVIII veio para o Brasil um padre português no qual o motivo é desconhecido, mas acredita-se que seja por ter representado na política da metrópole ou fugisse de sua pátria ou fosse dela desertada por crimes políticos de alta importância, mas a verdade é que serviu-lhe de refúgio o Brasil, trazendo-o acaso para esta zona, onde fundou Alagoinhas, e dedicou-se à vida agrícola.

A origem do nome é justificada pela existência de uma bacia de águas límpidas e refrescantes que ficou dominada de “Fonte dos Padres” e de várias outras lagoas e córregos nas proximidades, que levou a região a perceber o topônimo de Lagoinha, depois Lagoinhas e logo então Alagoinhas, topônimo resultante da existência, na região, de grande número de pequenas lagoas.

A 12 quilômetros da capela, estabeleceu-se o padre, criando a fazenda "Ladeira", primeiras terras a serem devassadas, embora a cidade fosse edificar-se em torno do templo. O que é certo, porém, é que, substituindo-o, o Padre José Rodrigues Pontes conseguiu a criação da freguesia de Santo Antônio de Alagoinhas, pôr Alvará de 7 de novembro de 1816, iniciando-se o povoamento com os imigrantes vindos das zonas limítrofes de Inhambupe, Iará e Santo Amaro.

Na política, como na eclesiástica, Alagoinhas continuou a pertencer ao Município de Inhambupe, até conseguir ser elevada a categoria de vila, e portanto município independente pela resolução provincial nº 442 de 16 de junho de 1852, decorrente movimento de emancipação do povoado.

Um ano depois, em 2 de julho de 1853 foi oficialmente constituído a primeira câmara municipal e o município procedeu a eleição para vereador que deveria compor a sua primeira câmara, o presidente do conselho, o coronel José Joaquim Leal mais os vereadores: Capitão Pedro da Silva Matos, Capitão José Moreira de Carvalho Rêgo, Reverendo Estevão dos Santos Cerqueira, Capitão Francisco da Silva Mello e Andrade e João Batista Benevides.

---

<sup>7</sup>Fundamentado por BARREIRA, A. **Alagoinhas e seus municípios**. Alagoinhas: o popular, p.128, 1902.

Presidiu essa sessão o Capitão Januário Pereira de Carvalho, membro da Câmara de Inhambupe.

Os limites do novo município seriam os mesmos que para a freguesia de Alagoinhas foram marcados pelo Alvará de 7 de novembro de 1816. Convém adiantar que os limites jamais foram alterados ou modificados, pelo contrario, são confirmados pela Resolução Provincial nº 749 de 13 de junho de 1859, como já o tinha na Lei nº 670 do ano 1857 que criou quatro distritos de paz no município de Alagoinhas. Em 1856, a Resolução Provincial nº 950 de 18 de março de 1865 confirma, em seu artigo único, que os limites eclesiásticos da freguesia de Santo Antônio de Alagoinhas servirão integralmente de limites para seu município e jurisdição civil, revogadas as disposições em contrário.

Alagoinhas é uma terra cosmopolita, visto que conta com grandes colônias naturais de outros municípios, de Sergipe, estrangeiros e, principalmente, colônia italiana, cujos membros possuem diversas fábricas e alguns dos melhores estabelecimentos comerciais da cidade.

Havendo os povoados de Igreja Nova que habitava os considerados homens letrados, no qual tiveram um papel saliente na política, na ciência e no funcionalismo público e particular. Outro povoado de Alagoinhas Velha, uma antiga vila com a presença de ruínas de um templo; Araçás, sede do distrito e da freguesia do Senhor Deus Menino dos Araçás, Riacho da Guia, também conhecido como cabeça do seu distrito, Olhos D' Agua sede distrito e da freguesia de Nossa Senhora da Conceição de Olhos D'Agua sendo anexada em parte a da Igreja Nova de Alagoinhas. Aramari tinha a presença da Estação da Estrada de Ferro do São Francisco, Sauipe, um pequeno arraial, de águas frescas e, por fim, Mangalô, outro arraial situado ao lado direito do Rio Aramari.

Alagoinhas Republicana surgiu dias após a revolução no Rio de Janeiro, especificamente no dia 17 de novembro de 1889 quando alguns cidadãos se reuniram na casa do Coronel Anisio Pinto Cardoso a fim de aderirem ao movimento republicano, enviando imediatamente telegramas ao chefe provisório e ao governador da Bahia, oferecendo adesão 'perfeita' e sem restrições ao programa republicano, fundando o centro republicano, sendo o primeiro município baiano a manifestar-se solidário com o novo regime. E dia 19 de novembro de 1889, a Câmara Municipal aderiu oficialmente à República.

Em 1892 houve as eleições municipais para organização do município formado por um partido. Posteriormente, em 1895, houve a divisão do partido, uma parte chefiada pelo Coronel Ignácio Bastos, conservando o Partido Republicano e a outra chefia pelo Coronel Aniso Pinto Cardoso, aliou-se ao Partido Constitucional.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município aparece constituído de cinco distritos: Alagoinhas, Aramari, Araçás, Igreja Nova e Riacho da Guia, assim permanecendo em divisões territoriais. Pelo Decreto-lei Estadual n.º 141, de 31-12-1943, retificado pelo Decreto Estadual n.º 12978, de 01-06-1944, o distrito de Igreja Nova tomou a denominação de Boa União. Em divisão territorial, em 1950, o município é constituído de cinco(5) distritos: Alagoinhas, Aramari, Araçás, Boa União (ex-Igreja Nova) e Riacho da Guia, permanecendo em divisão territorial até a década de 1960. Em 1963, o município é constituído de quatro(4) distritos: Alagoinhas, Araçás, Boa União e Riacho da Guia, com essa a mesma divisão territorial até 1988. No ano posterior é desmembrado do município de Alagoinhas o distrito de Araçás, elevado à categoria de município. Em divisão territorial datada de 1991, o município é constituído de três distritos: Alagoinhas, Boa União e Riacho da Guia (IBGE, 2012).

### **Situação demográfica de indicadores socioeconômicos do município de Alagoinhas-BA**

O município de Alagoinhas-BA, pelos registros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012), apresenta uma contagem populacional, no ano de 2010, de 141.949 habitantes com a estimativa para 2012 de 143. 460.000 habitantes em uma área territorial de 752 Km<sup>2</sup>, localizada ao leste da Bahia.

Alagoinhas situa-se na mesorregião do Nordeste baiano, ocupa o 6º lugar na classificação do estado em área territorial, limita-se ao norte com Inhambupe, ao sul com Catu e Araçás, ao leste com Entre Rios e Araçás e ao oeste com Teodoro Sampaio e Aramari. Está ligada a Salvador através da BR 101 e BR 116, numa distância de 107 km. É a 3ª Região administrativa do Estado, por isso abrange uma série de órgãos públicos e dentre eles a 3ª DIRES, EMBASA, DIREC, SAAE, TRT, INSS, EBDA, IBGE, Secretaria da Fazenda, Receita Federal, Correios, Ministério Público e Ministério do Trabalho (ALAGOINHAS, 2010a).

O município de Alagoinhas possui um clima úmido e sub-úmido com temperatura média anual de 24,4°C, possuindo período chuvoso de abril a junho. Seu solo é do tipo prodzólico, vermelho amarelo álico, areias quartzólicas álica, latossolo amarelo distrófico e vertossolo. Sua aptidão agrícola é de boa a regular. Já a sua vegetação é de predominância de caatinga e floresta. O relevo é constituído de tabuleiros interioranos e tabuleiros do recôncavo, onde se destaca por sua altitude a Serra do Ouro, seguida da Serra Maria de Brito, localizada

no distrito de Boa União, a serra Fortaleza e Serra do Tambor. Os principais rios que cortam este município são os rios Catu, Sauípe, Aramari e Subauma.

Alagoinhas, durante muito tempo, teve como principal base econômica a produção agrícola com os cultivos de mandioca, fumo e laranja. Esta última lhe deu, por muito tempo, a denominação popular de “Terra da Laranja”, porém sua produção decaiu em quantidade e qualidade. Atualmente, Alagoinhas tem no comércio uma das bases de sua economia, acrescidas de outras como indústrias de médio e de pequeno porte, a exemplo da Schincariol, da fábrica de calçados, da Naturalgurt (fábrica de iogurte) entre outras indústrias de gêneros variados que tem se desenvolvido a partir da implantação do Distrito Industrial, que marcam um novo ciclo de desenvolvimento econômico do município (ALAGOINHAS, 2010a).

O município possui, ainda, sete(7) agências bancárias, oito(8) revendedoras autorizadas de automóveis e um(1) Shopping Center com um(1) cinema (ALAGOINHAS, 2010a).

### **Caracterização do sistema de saúde do município de Alagoinhas-BA**

Ao resgatamos a questão de saúde no século XIX em Alagoinhas, as moléstias começaram a ter destaque em consequência da perversidade de certos indivíduos e a má educação cívica e moral, falta de saneamento público. Entre as enfermidades a mais acometida a do aparelho gastrointestinal, relatados pelos médicos domiciliados, pela contaminação das fontes públicas de abastecimento (Fonte dos Padres, Feiticeira, e rio Catu) pela lavagem de roupa e animais. Outras enfermidades, como mal de umbigo, beribéri, sífilis, reumatismo; quanto à psiquiatria não havia caso registrado.

Nos dias atuais, no município de Alagoinhas, as doenças prevalentes, segundo o Plano Municipal de Saúde (ALAGOINHAS, 2010a), são doenças respiratórias, em menores de 10 anos; as do aparelho circulatório, em maiores de 50 anos e as causas externas, em adolescentes.

Desde o ano de 2001 que o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal, ficando responsável por gerir suas funções básicas e de média complexidade em saúde. E a partir de 2008 foi inserido no Pacto de Saúde. O sistema de saúde de Alagoinhas conta hoje com 25 unidades de atendimento nas mais diversas especialidades, e 21 cidades pactuadas na microrregião (ALAGOINHAS, 2010a). O município possui em torno de 89 estabelecimentos de saúde, sendo que 49 integram a rede SUS; e conta com 208 leitos hospitalares, sendo 136 destes pertencentes ao serviço público (IBGE, 2012).

No município de Alagoinhas a Atenção Básica tem Equipes de Saúde da Família, equipes de saúde bucal e unidades de referências para atendimento às ações de Atenção Básica, que são: o Centro Municipal de Atendimento Especializado(CEMAE); o Centro de Saúde Parque Floresta como unidade de referência municipal com especialidades básicas e de média complexidade, como pediatria, ginecologia, clínica geral, ortopedia, pneumologia, além dos serviços de RX, Serviço de Atenção Especializada a Portadores de HIV(SAE), Programa de Tabagismo, Programa de Atenção a Portadores de Asma e Rinite alérgica(PROAR), Programa de Tuberculose e Hanseníase, Unidade Municipal de Reabilitação Funcional, Centro de Especialidades Odontológicas(CEO), Centro de Atenção Psicossocial(CAPS), Centro de Marcação de Consultas e Exames, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência(SAMU 192), Laboratório Público Municipal(LACEM), Hospital Maternidade de Alagoinhas, Hospital Regional Dantas Bião(HRDB) e unidade de coleta e transfusão do HEMOBA sob gestão estadual, Vigilância à Saúde e Unidades Conveniadas ao Sistema Único de Saúde (ALAGOINHAS, 2013), distribuídos no quadro 1, por níveis de complexidades: atenção básica, média e alta complexidades e outros.

Quadro 1 Rede Assistencial de Alagoinhas-BA

NÍVEL DE COMPLEXIDADE	UNIDADES	VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL
ATENÇÃO BÁSICA	Unidades de Saúde da Família(USF) – 22 estabelecimentos Unidades Básicas de Saúde(UBS) – 02 estabelecimentos Centro de Saúde Parque Floresta – PACS	Municipais – De acordo com regras da Estratégia de Saúde da Família definidas pelo Ministério da Saúde, que custeia mensalmente apenas 30%. O Estado efetua repasses financeiros irregulares trimestrais e o Fundo Municipal de Saúde custeia 60% do seu funcionamento. Funciona de segunda a sexta - feira.
MÉDIA COMPLEXIDADE	Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE);	Municipal – mantido com recursos oriundos da Gestão Plena do Sistema, repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde e do Fundo Municipal de Saúde (recursos próprios). Funciona de segunda a sexta-feira e aos sábados em caráter excepcional.
	Hospital Maternidade Municipal de Alagoinhas (HMMA)	Municipal – mantido com recursos oriundos da Gestão Plena do Sistema, repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde e pelo Fundo Municipal de Saúde (recursos próprios). Funciona 24 horas.
	Laboratório Público Municipal(LACEM)	Municipal – mantido com recursos oriundos da Gestão Plena do Sistema, repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde e pelo Fundo Municipal de Saúde (recursos próprios). Funciona 24 horas e realiza exames laboratoriais de M1, M2 e M3.
	Centro de Atenção Psicossocial(CAPS)	Municipal – mantido com recursos oriundos da Gestão Plena do Sistema, repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde, recursos de produção de alta complexidade (APAC) e pelo Fundo Municipal de Saúde (recursos próprios). Funciona 24 horas.
	Hospital Geral Dantas Bião(HGDB)	Estadual – Contratualização via Termo de Compromisso de Entes Públicos com Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Funciona 24 horas.
	Centro de Especialidades Odontológicas(CEO) I e II	Fundo municipal de saúde. Funciona 24 horas
	Unidade Municipal de Reabilitação Funcional(URF)	
	Prestadores de Serviço Contratados/Conveniados – 21 estabelecimentos (ANACLIN, LABOCLIM, PESTALOZZI, CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE ALAGOINHAS, SERVIÇO OFTALMOLÓGICO DE ALAGOINHAS, CETRO, FISIOCENTER, LABI, PROCARDIO, HEMOVIDA, INSTITUTO DE RADIOLOGIA, COMEA, MED LAB, CLINO-CLINICA DE OLHOS, CLIVISÃO, COP, LML, CLÍNICA VIDA, CEAP, LCE).	Terceirizados – mantidos por contratualização com recursos oriundos da Gestão Plena do Sistema, repassados mensalmente pelo Ministério da Saúde e pelo Fundo Municipal de Saúde (recursos próprios). Prestam serviços de “Apoio Diagnóstico e terapêutico” (consultas especializadas, exames e atendimento de urgência e emergência, no caso específico do CETRO). Dependendo do contrato funcionam de segunda a sexta-feira ou 24 horas/dia/semana.
ALTA COMPLEXIDADE	Hospital Geral Dantas Bião(HGDB)	Estadual – Contratualização via Termo de Compromisso de Entes Públicos com Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Funciona 24 horas.
	Instituto de Radiologia de Alagoinhas	Terceirizado – Contratualizado para prestar serviços de radiologia diagnóstica através de exames de Mamografia, Tomografia Computadorizada e Cintilografia Óssea. Funciona de segunda a sexta-feira.
OUTROS SERVIÇOS	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência(SAMU-192)	Municipal – Mantido com recursos oriundos do Ministério da Saúde (50%) e do Fundo Municipal de Saúde (20% + 30%). No período o município não receberá contrapartida estadual estabelecida (30% do custeio mensal). Funciona 24 horas.
	Centro de Saúde do Parque Floresta – Unidade de Referência Municipal (Programas Especiais)	Municipal – Mantido com recursos do Fundo Municipal de Saúde (recursos próprios) e repasses federais oriundos dos programas de referências nacionais. Nele está o Serviço Municipal de Radiologia. Funciona de segunda a sexta-feira e aos sábados em caráter excepcional.

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (ALAGOINHAS, 2010a).

## **Secretaria de Saúde de Alagoinhas(ESAU) e sua estrutura organizacional**

Segundo o Plano Municipal de Saúde de 2010-2013 (ALAGOINHAS, 2010a) a Secretaria de Saúde (ESAU) de Alagoinhas é órgão da estrutura administrativa do governo municipal conforme disposto na lei complementar 016/2005, que trata da Reforma Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, dentre outras coisas:

Art. 13. A Secretaria Municipal de Saúde tem por finalidade formular, executar e avaliar as políticas de saúde pública do Município, tendo a seguinte estrutura organizacional:

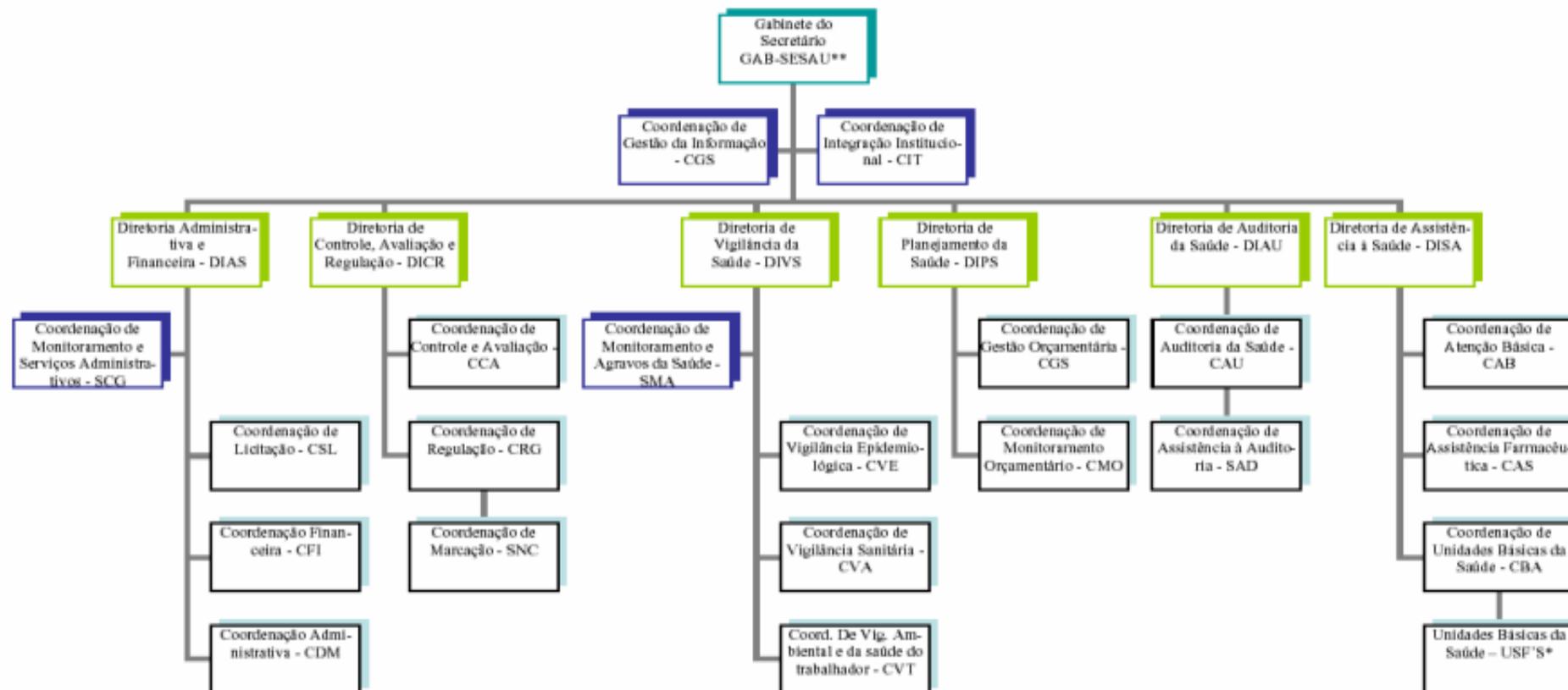
- I.* Gabinete do Secretário Municipal de Saúde;
- II.* Diretoria de Assistência à Saúde;
- III.* Diretoria de Vigilância à Saúde;
- IV.* Diretoria de Planejamento da Saúde;
- V.* Diretoria de Auditoria em Saúde;
- VI.* Diretoria de Controle, Avaliação e Regulação;
- VII.* Diretoria Administrativa e Financeira.

A estrutura da organização da ESAU, encontra-se no Organograma 1 a seguir.



ESTADO DA BAHIA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS

*Estrutura Organizacional*  
*Secretaria Municipal da Saúde - SESAU*



Base Legal: Leis Complementares 006/03 e 016/05.

Comissão do Desenvolvimento Organizacional do Município de Alagoinhas (CDAM)

\* Unidades Básicas da Saúde: 21 de Setembro, Bião, Boa União, CAPS, Estevão, Farmácia Básica, Flávio Cavalcante, Laboratório Central, Lírio dos Vales, Miguel Velho, N.Srª de Fátima, Nandiba, Nova Brasília, Parque Floresta, Parque São Cristóvão, Pau Brasil, Pestalozzi, Pró Saúde, Renovação, Riacho da Guia, Sagrada Família, Santa Terezinha, Santo Antônio, S. José Operário, Suipe, Unidade Móvel, URBIS III

\*\* Conselhos ligados a SESAU: Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal Antidrogas.

## **Organização da Atenção Básica**

A Atenção Básica no município de Alagoinhas tem como proposta de sua consolidação a reorganização da assistência à saúde, com a finalidade de garantir acesso universal a partir de uma rede de serviços básicos estruturada por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, utilizando-se de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância ao território da população adscrita (ALAGOINHAS, 2007; 2010a).

A Gestão da Atenção Básica pela Secretaria de Saúde do Município de Alagoinhas baseia-se na seguinte distribuição, segundo o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (ALAGOINHAS, 2010a):

- Diretoria de Assistência à Saúde
- Coordenação do PACS-PSF
- Coordenação de Saúde Bucal
- Coordenação de Hanseníase e Tuberculose
- Coordenação de Hipertensão e Diabetes
- Coordenação de Saúde da Criança
- Coordenação de Saúde do Idoso
- Coordenação de Saúde da Mulher e Adolescente
- Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

A gestão da Atenção Básica tem a responsabilidade com a população do município de Alagoinhas, que tem 48,7% de cobertura do PSF com 23 Equipes de Saúde da Família, 14 equipes de saúde bucal e 171 agentes comunitários de saúde; o PACS possui uma cobertura de 17,6%. Os usuários pertencentes às áreas que estão descobertas pelo PSF continuam sendo atendidos pelo Centro de Saúde do Parque Floresta (IBGE, 2012).

Quadro 2 Distribuição das Equipes de Saúde da Família segundo formação e inserção no PMAQ

EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA	FORMAÇÃO		INSERÇÃO PMAQ*
	COMPLETA	INCOMPLETA	
PSF MIGUEL VELHO	✓		✓
PSF NARANDIBA	✓		
PSF RIACHO DA GUIA	✓		
PSF SAUÍPE	✓		
PSF BOA UNIÃO	✓		✓
PSF ESTEVÃO	✓		
PSF FLÁVIO CAVALCANTE	✓		✓
PSF SAGRADA FAMÍLIA		✓	
PSF 21 DE SETEMBRO		✓	
PSF SANTO ANTÔNIO		✓	
PSF NOVA BRASÍLIA		✓	
PSF URBIS III		✓	✓
PSF NOSSA SENHORA DE FÁTIMA	✓		
PSF LÍRIO DOS VALES	✓		✓
PSF PRÓ SAÚDE	✓		✓
PSF PAU BRASIL	✓		✓
PSF TAIZÉ		✓	
PSF PRAÇA KENNEDY	✓		
PSF JARDIM PETROLAR	✓		✓
PSF SÃO JOSÉ OPERÁRIO	✓		✓
PSF RENOVAÇÃO	✓		
PSF SANTA TEREZINHA		✓	✓
PSF SÃO CRISTÓVÃO	✓		✓

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2010-2013 (ALAGOINHAS, 2010a).

\*Informações colhidas durante conversar com a coordenador(a) da Atenção Básica.

No quadro 2, a rede da Atenção Básica tem 23 USF, tendo 16 (69,5%) com equipes completas. E, segundo Relatório do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, seis(6) Equipes de Saúde Bucal vinculada a uma(1) ESF; oito(8) Equipes de Saúde Bucal vinculada a duas(2) ESF; 14 Equipes de Saúde Bucal.

Quanto ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica(PMAQ), 47,8%(11) das USF estão inseridas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica

No período da coleta, algumas unidades estavam passando por reforma e, dessa maneira, uma unidade de saúde que tinha duas equipes estava com três equipes e outra havia

quatro equipes; uma unidade que tinha uma equipe havia duas equipes, além de contratação recente de médicos.

A seguir o quadro 3 destaca a distribuição das Unidades de Saúde da Família.

Quadro 3 Distribuição das Unidades de Saúde da Família, segundo a manutenção da sede, Alagoinhas-BA, 2013.

EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA	SEDE		
	PRÓPRIA	ALUGADA	EMPRESTADA
PSF MIGUEL VELHO	✓		
PSF NARANDIBA	✓		
PSF RIACHO DA GUIA	✓		
PSF SAUÍPE			✓
PSF BOA UNIÃO	✓		
PSF ESTEVÃO	✓		
PSF FLÁVIO CAVALCANTE	✓		
PSF SAGRADA FAMÍLIA	✓		
PSF 21 DE SETEMBRO		✓	
PSF SANTO ANTÔNIO		✓	
PSF NOVA BRASÍLIA	✓		
PSF URBIS III	✓		
PSF NOSSA SENHORA DE FÁTIMA		✓	
PSF LÍRIO DOS VALES		✓	
PSF PRÓ SAÚDE		✓	
PSF PAU BRASIL			✓
PSF TAIZÉ			✓
PSF PRAÇA KENNEDY			✓
PSF JARDIM PETROLAR	✓		
PSF SÃO JOSÉ OPERÁRIO	✓		
PSF RENOVAÇÃO	✓		
PSF SANTA TEREZINHA	✓		
PSF SÃO CRISTÓVÃO		✓	

Fonte: Informações colhidas durante conversas com a Coordenadora da Atenção Básica.

No Quadro 3, das 23 unidades saúde da família, em 13(56,6%) delas a sua sede é própria, quatro(17,4%) são sedes emprestadas e seis(26%) unidades alugadas.

O campo propriamente dito deste estudo foram as unidades básicas de saúde, compostas por 23 unidades da saúde da família e uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Num primeiro momento, para selecionar as unidades que participam da pesquisa excluimos as unidades, segundo os seguintes critérios:

- UBS/USF em reforma;
- Unidades com atuação dos trabalhadores em mais de uma equipe;
- Equipes USF incompletas;
- Trabalhadores de saúde dos UBS/USF com menos de seis meses de experiência profissional nas referidas unidades.

Após tais critérios foram excluídas 13 UBS/USF, restando 10 unidades para serem selecionados num segundo momento quando levamos em consideração os critérios de inclusão:

- UBS/USF inseridas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso de Qualidade da Atenção Básica;
- UBS/ USF localizadas nas zonas urbana e rural.

A partir de tais critérios identificamos sete USF e selecionamos quatro delas pela localização geográfica diante da abrangência da atenção às famílias residentes em seguintes áreas: duas periferias, zonal rural, e proximidade do centro da cidade.

### **3.3 Participantes do Estudo**

Na pesquisa qualitativa, a escolha dos sujeitos é feita na busca por qualquer forma de significados, signos, práticas, valores, atitudes e sentimentos procedentes desses, o que reflete na diversidade de percepções, no modo como se relacionam com o mundo real, aprofundando o entendimento dos significados e sentidos do comportamento humano e não meramente com quantitativo de sujeitos participantes da pesquisa.

Segundo, Minayo (2004, p.102),

[...] numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou uma representação.

Por conseguinte, Minayo ainda ressalta que a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Assim, a amostragem ‘boa’[ideal] é

aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Desse modo, nos preocupamos com a seleção dos sujeitos que trouxeram, com suas experiências, o que desejamos estudar, pois privilegiamos também os sujeitos sociais com as informações ímpares que eles poderiam oferecer, atentando-se para a delimitação da amostragem quando começaram a repetição de informações, perfazendo-se um total de 26 sujeitos, ou seja, definida pelo critério de saturação.

Para Fontanella, Ricas e Turato (2008), essa constatação de saturação depende dos nossos objetivos como pesquisadoras, ou seja, objetiva a captação daquilo que caracteriza o grupo ou a saturação da amostragem num determinado nível para garantir maior validade externa. Entretanto, buscamos uma maior validade interna das interpretações, ou seja, um aprofundamento nos sujeitos que compõem a amostra, sem a preocupação precípua de ampla generalização.

Os sujeitos do estudo foram estabelecidos em quatro grupos com a pretensão de conhecer os múltiplos sentidos das práticas de gestão, pois a participação aconteceu com diferentes olhares do objeto do estudo, explicitados a seguir:

#### **O Grupo I – Gestores da saúde**

Os **Gestores** são representados pelos sujeitos que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde (SMS/SESAU) responsáveis pelo desdobramento técnico e pela direção da gestão das políticas de saúde do município, ou seja: Diretora de Assistência à Saúde, Coordenadora da Atenção Básica, Coordenador de Saúde Bucal, duas Apoiadoras Institucionais (Coordenador(a) de Hipertensão e Diabetes, Coordenador(a) de Saúde da Criança, Coordenador(a) da Saúde do homem, Coordenador(a) de Saúde da Mulher e Adolescente) no total de cinco sujeitos.

Ressaltamos que na Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas tais sujeitos ocupam mais de uma função, como é o caso dos apoiadores institucionais que assumem também a função de coordenadores dos Programas da Atenção Básica. Assim um sujeito tem, às vezes, a responsabilidade de três a quatro funções.

A definição do critério para a escolha desses gestores foi baseada na atuação ou na experiência de pelo menos seis meses enquanto gestores nas diversas áreas de atuação na Atenção Básica, selecionando-se assim, cinco(5) gestores.

#### **Grupo II – Trabalhadores de Saúde**

Os **Trabalhadores de Saúde** foram os sujeitos que desenvolveram ações ou serviços à Unidade de Saúde da Família ou Unidade Básica de saúde, aqui representado por três(3)

enfermeiras, três(3) médicos, dois(2) dentistas, três(3) técnicas de enfermagem, dois(2) Agentes Comunitários de Saúde e duas(2) Técnicas em Saúde Bucal (TSB), no total de 15 sujeitos.

No momento da definição dos critérios para escolha dos trabalhadores de saúde, atentamos para a seleção a partir da formação profissional heterogênea nos campos de saberes e práticas interdisciplinares, responsáveis pela gestão na equipe da Atenção Básica com atuação de pelo menos seis meses nas unidades de saúde da família estudada.

### **Grupo III - Usuários**

Neste grupo, três(3) sujeitos participaram, os usuários cadastrados na Unidade de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde, e conselheiros do Conselho Municipal de Saúde (CMS), pois o município de Alagoinhas tem apenas um Conselho Local de Saúde (CLS) que se encontra desativado.

Critérios de seleção: maiores de 18 anos e cadastrados na USF que utilizam os serviços ofertados na unidade, por entendermos que, além dos usuários beneficiados pelos serviços ofertados, eles são co-responsáveis pela gestão do SUS na Atenção Básica.

**Grupo IV**, informante-chave<sup>8</sup>, ex-coordenação da vigilância epidemiológica, ex-vigilância sanitária e ex-presidente do Conselho Municipal de Saúde, no total de três(3) sujeitos.

Os participantes deste estudo, num total de 26, estão caracterizados nos quadros 5, 6, 7, 8. Cada um deles identificados no texto está representado por um número, sem observar a ordem crescente das entrevistas realizadas. Portanto, o Grupo I, gestores (5) são identificados de 1 a 5, ou seja, Ent. 1, Ent. 2 ... Ent. 5. O Grupo II, os trabalhadores (15) receberam a numeração crescente a partir do número 6, ou seja, Ent. 6, Ent. 7 ... Ent. 20, o Grupo III, os representantes dos usuários (3) são identificados de 21 à 23, ou seja Ent. 21... Ent. 23, e por fim Grupo IV dos informantes chave (3), ou seja Ent. 24 ... Ent.26.

O quadro 4 caracteriza os gestores participantes deste estudo.

---

<sup>8</sup> Informantes-chave - são sujeitos que possuem informações fundamentais quanto ao objeto da pesquisa.

Quadro 4 Caracterização dos gestores, participantes do estudo - Alagoínhas-BA, dez. 2012/fev. 2013.

ENT.	SEXO	IDADE (ANO)	PROFISSÃO	FORMAÇÃO/ PÓS GRADUAÇÃO	FUNÇÃO/CAR GO ATUAL	TEMPO DE EXPERIÊNCIA COMO GESTOR	VÍNCULO EMPREGA TÍCIO	CAPACITA ÇÃO COMO GESTOR
ENT. 1	F	29	Enfermeira	Enfermagem /Saúde do Trabalhador	Apoiador Institucional; Coordenador da saúde de criança; Coordenador da saúde de adolescente; Coordenador do NASF	6meses	Cargo Comission ário/ Indicação	Não
ENT. 2	F	25	Enfermeira	Enfermagem /Saúde do Trabalhador	Apoiador Institucional; Coordenador de saúde da mulher; Coordenador saúde do homem; Coordenador de Hipertensão e Diabetes	1 ano e 2 meses	Cargo Comission ário/ Indicação	Sim
ENT. 3	F	39	Enfermeira	Enfermagem /Saúde Pública; Gestão; Educação com ênfase em no Programa Saúde da Família	Coordenador do PSF/ PACS	1 ano e 10 meses	REDA	Não
ENT. 4	M	43	Cirurgião dentista	Odontologia /Saúde Pública	Coordenador de Saúde Bucal	9meses	Estatutário	Não
ENT. 5	F	28	Enfermeira	Enfermagem/ Urgência e Emergência	Diretoria de Assistência a Saúde	10meses	Cargo Comission ário/ Indicação	Não

Fonte: Elaborado a partir das informações coletadas pelos autores nas entrevistas durante a pesquisa de campo.

O Quadro 4 caracteriza os gestores(grupo I) no total de cinco(5) sujeitos, quatro(4) são do sexo feminino; idade com uma variação entre 25 e 43 anos.

Dentre os sujeitos do estudo do Grupo I, tivemos: quatro(4) enfermeiros, e um(1) cirurgião dentista; dois(2) gestores “têm duplo vínculo”(SIC); apenas um(1) teve capacitação para atuar como gestor .

Segundo informação desses gestores o tipo vínculo empregatício, três(3) são cargos comissionários, um Regime Especial de Direito Administrativo(REDA) e um estatutário.

No quadro 5 destacamos a caracterização dos trabalhadores de saúde, apresentado a seguir.

Quadro 5 Caracterização dos **trabalhadores de Saúde** participantes do estudo - Alagoinhas-BA, dez. 2012/fev. 2013.

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE (ANOS)	FORMAÇÃO	FUNÇÃO/CARGO	VÍNCULO EMPREGATÍCIO	ACOLHIMENTO PEDAGÓGICO
ENT.6	F	35	Enfermagem	Enfermeira/Coordenadora da unidade	Contrato	Sim
ENT.7	F	26	Medicina	Médica	Contrato	Não
ENT.8	F	57	Médio Completo	ACS	Estatutário	Sim
ENT.9	F	48	Técnico de Enfermagem	Técnica de Enfermagem	Contrato	Não
ENT.10	F	50	Odontologia	Cirurgiã dentista	Contrato	Não
ENT.11	F	29	Técnica de Enfermagem e Saúde Bucal	ACD	Estatutária	Não
ENT.12	F	33	Enfermagem	Enfermeira/Coordenadora da unidade	REDA	Sim
ENT.13	M	51	Medicina	Médico/Coordenador da Unidade	REDA	Sim
ENT.14	M	37	Médio Completo	ACS	Estatutário	Sim
ENT.15	F	31	Técnica de Enfermagem	Técnica de Enfermagem	REDA	Sim
ENT.16	M	54	Odontologia	Cirurgião dentista	REDA	Não
ENT.17	F	34	Enfermagem e Técnico de Saúde Bucal	ACD	Estatutária	Não
ENT.18	F	33	Enfermagem	Enfermeira	REDA	Sim
ENT.19	F	45	Medicina	Médica	Contrato	Sim
ENT.20	F	55	Médio Completo	Técnica de Enfermagem	Estatutária	Sim

Fonte: Elaborado a partir das informações coletadas pelos autores nas entrevistas durante a pesquisa de campo

O Quadro 5 caracteriza 15 trabalhadores de saúde (Grupo II): três(3) enfermeiros, sendo dois(2) coordenadores das ESF; três(3) médicos, um(1) coordenador da ESF; três(3) técnicas de enfermagem; dois(2) agentes comunitários de saúde; dois(2) cirurgiões dentista e dois(2) técnicos em saúde bucal.

Dentre os 15 sujeitos, 12 são do sexo feminino; a média de idade foi de 41 anos, com uma variação entre 26 e 57 anos.

Quanto ao vínculo empregatício, seis(6) trabalhadores têm duplo vínculo(SIC), sendo dois(2) médicos, um(1) técnico de enfermagem e um(1) enfermeiro e dois(2) cirurgiões dentista; quanto ao tipo de vínculo empregatício são cinco(5) estatutários, sendo dois(2) ACS, dois(2) técnicos de saúde bucal e uma(1) técnica de enfermagem; cinco(5) REDA, sendo dois(2) enfermeiros, um(1) médico e cirurgião dentista, e uma(1) técnica de enfermagem; e

cinco(5) contratados: um(1) enfermeiro, uma(1) técnica de enfermagem, dois(2) médicos, um(1) cirurgião dentista.

A respeito da formação para o trabalho no PSF, nove(9) trabalhadores de saúde das USF realizaram o Acolhimento Pedagógico, o antigo Treinamento Introdutório; dentre eles, nove(9) são especificamente das ESF, sendo três(3) enfermeiras, três(3) médicos, técnicas de enfermagem; dois(2) agentes comunitários de saúde.

A seguir apresentamos o quadro 6, com a caracterização dos usuários.

Quadro 6 Caracterização dos **usuários** participantes do estudo - Alagoinhas-BA, dez. 2012/fev. 2013

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE (ANOS)	ESCOLARIDADE	TEMPO DE CADASTRAMENTO NA UNIDADE	CONSELHEIRO CMS	INTEGRANTE DA ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIO DO BAIRRO
ENT. 21	M	58	Superior Completo	2 anos	Sim	Não
ENT. 22	M	47	Ensino Fundamental incompleto	20 anos	Não	Sim
ENT. 23	F	40	Ensino Médio	6 anos	Sim	Não

Obs. CMS: Conselho Municipal de Saúde

No quadro 6, representado pelo Grupo III - usuários da unidade família de saúde, dois(2) deles são conselheiros do Conselho Municipal de Saúde(CMS) e um(1) é presidente da Associação Comunitária de Bairro; dois(2) deles são do sexo masculino; a idade variou entre 40 e 58 anos, com uma média de 48 anos. Quanto à escolaridade, um(1) tem curso superior, um(1), ensino fundamental incompleto e um(1), ensino médio, o tempo de cadastramento na USF variava entre 2 e 20 anos.

O quadro 7 caracteriza os informantes-chave, apresentado a seguir.

Quadro 7 Caracterização dos **informantes-chave** participantes do estudo - Alagoinhas-BA, dez. 2012/fev. 2013.

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE (ANOS)	FORMAÇÃO	FUNÇÃO/CARGO	TEMPO DE SERVIÇO	EX-FUNÇÃO/CARGO	TEMPO DE ATUAÇÃO
ENT. 24	F	35	Enfermagem	Técnico de Vigilância Epidemiológica	5 anos	Coordenadora da Vigilância Epidemiológica	4 anos
ENT. 25	M	28	Ensino superior incompleto- Ciências Contábeis	Técnico de Vigilância Sanitária	7anos	Coordenador da Vigilância Sanitária	1 anos
ENT. 26	M	61	Técnico de Enfermagem , Ensino superior incompleto Direito	Técnico de Enfermagem	42 anos	Ex- presidente do Conselho de Saúde	2 anos

O quadro 7 caracteriza o Grupo IV- informantes-chave, representado por três(3) sujeitos: uma técnica de Vigilância Epidemiológica, um técnico da Vigilância Sanitária, um técnico de enfermagem, sendo respectivamente ex-coordenador da Vigilância Epidemiológica, ex-coordenador da Vigilância Sanitária e ex-presidente do Conselho Municipal de Saúde; dois(2) são do sexo masculino; a idade variou entre 28 e 61 anos, com uma média de 41 anos. Quanto à formação, um(1) tem curso superior, dois(2) curso superior incompleto e um(1) ensino médio. O tempo de serviço variou entre 5 e 47 anos e o tempo de atuação no cargo de coordenador ou de presidente variou entre um(1) e 4 anos em média dois(2) anos.

### 3.4 Técnicas/ Instrumentos de Coleta de Dados

Para a realização do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2004), são necessárias algumas técnicas como a entrevista e observação, em virtude da intersubjetividade e da interação social com o pesquisador, no sentido de promover um confronto do novo com a realidade, para a construção do conhecimento. Porém, entendemos que como pesquisadoras devemos ter cautela científica tanto nos fenômenos a serem coletados como no modo de recolhê-los, pois o campo social de estudo não é neutro e nem transparente, porque as pesquisadoras e sujeito-objeto da pesquisa podem interferir dinamicamente no conhecimento da realidade.

O trabalho de campo, para Minayo (2004), é uma fase essencial da pesquisa qualitativa, tendo a entrevista como parte da relação mais formal desse trabalho de campo em que, intencionalmente, o pesquisador recolhe informação através da fala dos atores sociais, e a observação como parte da relação informal do pesquisador.

Sendo assim, a escolha das técnicas de coleta é muito delicada, pois poderá traduzir os significados, os sentidos e a intersubjetividade que a gestão do SUS na Atenção Básica pode, dialeticamente, apresentar para os sujeitos sociais envolvidos na recriação de significados da realidade social.

Por seguinte, neste estudo, escolhemos como técnicas para a coleta de dados a **entrevista semi-estruturada**, a **observação sistemática** e a **análise de documentos** com o propósito de realizar a triangulação dos dados. Para a realização destas técnicas foram elaborados roteiros (APÊNDICES- A, B, C, D e E).

A entrevista é um instrumento importante, pois é o momento da comunicação verbal, que devemos adquirir as informações necessárias para analisar o objeto da pesquisa. Segundo Minayo (2004, p. 109-110), a entrevista

[...] como instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos (sendo ela mesmo um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas sócio-econômicas e culturais específicas.

Porém, optamos pela **entrevista semi-estruturada** (Roteiros - APÊNDICES A, B, C e D) àquela que combina perguntas fechadas e abertas e o entrevistado discorre sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2004; TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas foram marcadas com antecedência; durante a entrevista não nos limitamos apenas às perguntas norteadoras, até porque a entrevista semiestruturada viabiliza aprofundar os detalhes do objeto.

A entrevista com gestores ocorreu na Secretaria de Saúde/SESAU de Alagoinhas, não havia uma sala acolhedora, com garantia da privacidade. Já as entrevistas com os trabalhadores de saúde foram realizadas nas Unidades de Saúde da Família, nos locais de reunião da coordenação da Atenção Básica, e também no CAPS e na Associação Comunitária. Com os usuários as entrevistas ocorreram no Conselho Municipal de Saúde e na Associação Comunitária.

Todavia, apesar da garantia desses espaços para as entrevistas, sentimos dificuldades na coleta de dados, especialmente nas entrevistas, pois, por ser um período eleitoral, os sujeitos só queriam realizá-las depois das eleições; ouvimos muitas vezes a seguinte frase: “só participo depois das eleições”. Após as eleições conseguimos avançar a coleta, concluindo-as em novembro/2012. A outra dificuldade é relacionada às marcações e remarcações das entrevistas com os gestores. Houve também um problema técnico com o gravador e foi necessário retornar aos entrevistados para refazê-las, mas alguns entrevistados se recusaram, tendo sido necessário selecionar novos participantes.

A segunda técnica foi a **observação sistemática** (Roteiro - APÊNDICE E), que tem como objetivo descrever os fenômenos observados. Ela é estruturada, planejada e controlada, ou seja, o pesquisador sabe precisamente quais os aspectos a serem observados e os grupos que são significativos para alcançar os objetivos pretendidos (GIL, 1999; MARCONI; LAKATOS, 2006b).

As observações ocorreram tanto nas unidades de saúde, nos serviços oferecidos e nas reuniões das ESF; na SESAU, com a nossa participação em reunião de coordenação da Atenção Básica; quanto no Conselho Municipal de Saúde.

No intuito de complementar os dados obtidos com as técnicas primárias, utilizamos, enquanto fonte secundária, a **análise de documentos** considerada por Marconi e Lakatos (2006a) e Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2000) como uma fonte de coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, constituídos pelos temas e subtemas da área ou trabalho em questão como fonte de informação, a exemplo de regulamentos, atas de reuniões, relatórios dentre outros, que poderão nos fornecer subsídios para compreendermos o fenômeno investigado - as práticas de gestão.

Para tanto, selecionamos os seguintes documentos intencionalmente, diante da pertinência ao objeto deste estudo, no total de oito(8), discriminados a seguir:

Documento 1 – Plano Municipal de Saúde de 2007-2009 (ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, exercício 2007/2009. Alagoinhas, 2007).

Documento 2 – Plano Municipal de Saúde de 2010-2013(ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, exercício 2010/2013. Alagoinhas, 2010a).

Documento 3 – Regime Interno do Conselho Municipal de Saúde (ALAGOINHAS. Conselho Municipal de Saúde. **Regime Interno do Conselho Municipal de Saúde**. Alagoinhas, 2010b).

Documento 4 – Relatório da 4ª Conferência Municipal de Saúde (ALAGOINHAS. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório da 4ª Conferência Municipal de Saúde**. Alagoinhas, 2011).

Documento 5 – Ata 275ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde 2012 (ALAGOINHAS. Conselho Municipal de Saúde, **Ata 275ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde**. Alagoinhas, 2012a).

Documento 6 – Ata 105ª reuniões extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde 2012 (ALAGOINHAS. Conselho Municipal de Saúde, **Ata 105ª reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde**. Alagoinhas, 2012b).

Documento 7 – Lei Complementar nº 141 de 13 de Janeiro de 2012(BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Complementar nº 141**. Brasília: ed. Ministério da Saúde, 2012).

Documento 8 – Portaria MS/GM nº 2488, de 21 de Outubro de 2011(BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2488**. Brasília: ed. Ministério da Saúde, 2011b).

Nos apresentamos à Secretária de Saúde do Município de Alagoinhas em maio/2012 com ofício do PPGSC (Departamento de Saúde) da UEFS, solicitando autorização para realizar a pesquisa, mas só foi liberada nossa entrada em julho de 2012. Nesse período de quase dois meses sempre estava indo à Secretaria, para saber se foi autorizada, enquanto isso solicitamos uma lista de documentos, entre eles os Relatórios anuais de 2008, 2009, 2010, 2011, Plano Municipal de Saúde de 2007-2009, Plano Municipal de Saúde de 2010-2013, projeto de implantação do Programa de Saúde da Família no município e Organograma da Secretaria Municipal de Saúde. Entretanto, só recebemos o Plano Municipal de Saúde de 2010-2013. Também solicitamos ao Conselho Municipal alguns documentos, tais como as atas de reuniões, o regime interno e relatório de Conferências sendo imediatamente concedidos .

Vale ressaltar que tais documentos são públicos e devem estar disponibilizados em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório e Gestão – SARGSUS ([www.saude.gov.br/sargsus](http://www.saude.gov.br/sargsus)) que, segundo a proposta da Lei 141/2012, o plano depois de encaminhado para o conselho de saúde deve partir para a aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público (BRASIL, 2012), porém o acesso aos mesmos é complexo.

### **3.5 Método de Análise de Dados**

Para compreendermos os sentidos, significados das práticas de gestão do SUS na Atenção Básica como estratégia para promover as transformações da realidade social, nos aproximamos da compreensão como o caminho de novos horizontes

[...] que a compreensão, por mais controlada que seja, não consegue simplesmente ultrapassar os vínculos das tradições do interprete, mas, da pertença estrutural do compreender às tradições, que o prolonga através da apropriação, não segue que o médium da tradição(Uberlieferung) não se tenha transformado profundamente pela reflexão científica ( HABERMAS, 1987, p.15).

Buscamos, assim, analisar os dados a partir do método **Hermenêutico-Dialético** para a construção de um trabalho que desenvolva a arte do estranhamento-crítica e a arte da compreensão. Para tanto, a interpretação da linguagem é fundamental para a arte do estranhamento e da compreensão, sendo a base da construção desta pesquisa, pois traduz a diversidade de sentidos que são construídos durante a história.

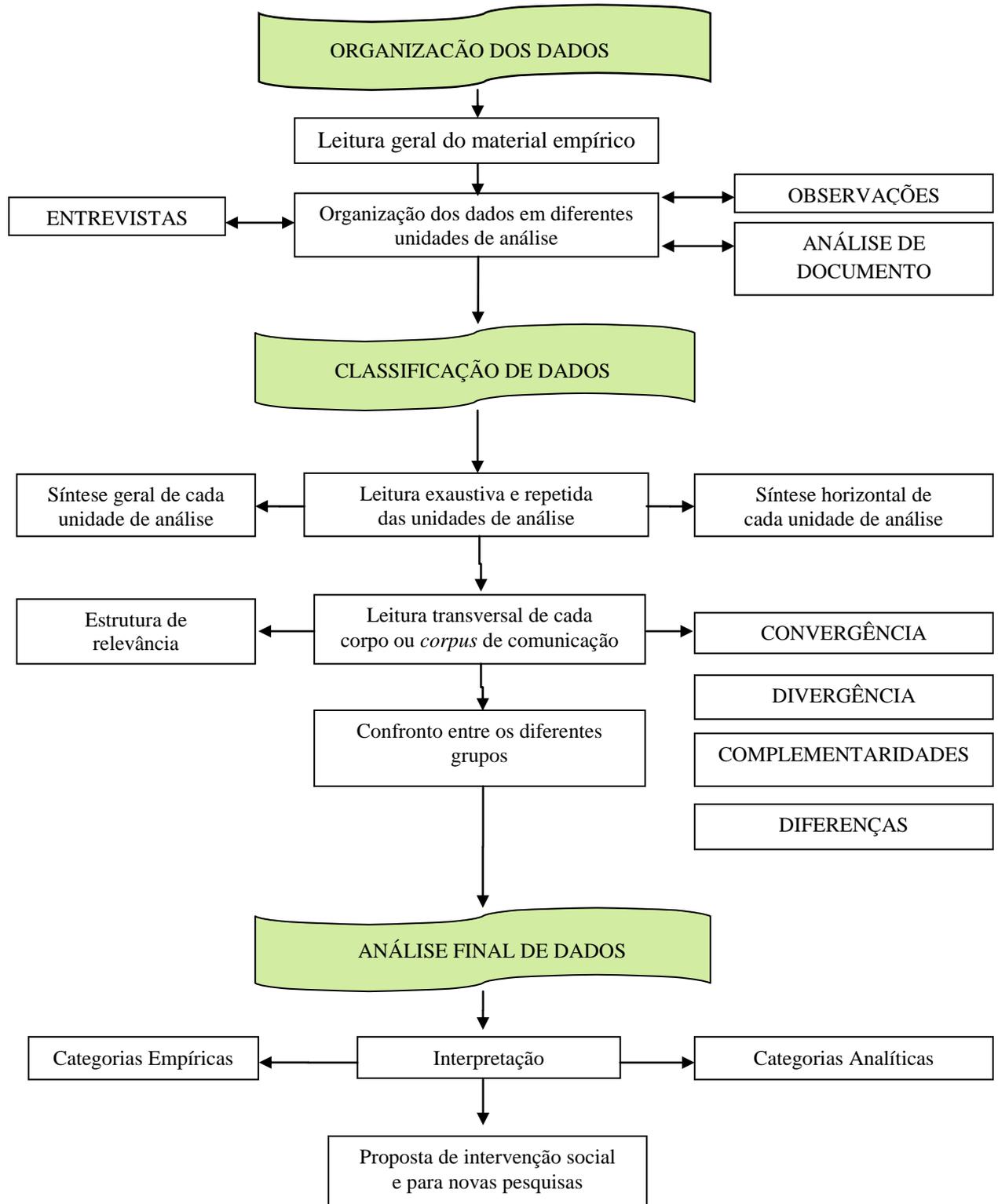
Nessa perspectiva, Gademar (2007, p. 504) afirma que

o fenômeno hermenêutico se apresenta como um caso especial de relação geral entre o pensar e falar , cuja enigmática intimidade faz com que a linguagem se oculte no pensamento. Assim como a conversão, a interpretação é um circuito fechado pela dialética de perguntas e respostas. É uma verdadeira relação vital histórica que realiza no médium da linguagem e que, mesmo no caso da interpretação de textos, podemos chamar de ‘ conversão’. O caráter de linguagem da compreensão é a concreção da consciência da história efetual.

Todavia, concordamos com Minayo (2004, p.219) que a Hermenêutica e a Dialética não devem ser ‘encurtadas’ através de sua redução a simples teoria de tratamento de dados. Até porque a Hermenêutica tem a missão essencial de compreender ‘sentidos’, ou seja, o conteúdo típico humano que se imprime a qualquer contexto histórico, no qual não existem apenas fatos dados, acontecimentos externos, mas também ‘significação’, ‘sentido’, ‘valores’ (DEMO, 2000) e a Dialética introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica nas transformações (MINAYO, 2002).

No desenvolvimento da análise há três fases que estão interrelacionadas, estas são dinâmicas e intercomplementares: o ordenamento dos dados, classificação dos dados e análise final dos dados que constrói o método de Hermenêutica-dialética (MINAYO, 2004).

No sentido de explicitar concretamente os caminhos percorridos pelo método de análise Hermenêutico-Dialético nos sustentamos em Assis e Jorge (2010) seguindo os momentos apresentados no Fluxograma 1.



Fluxograma 1 Desenvolvimento da análise Hermenêutica Dialética

ASSIS, M. A.; JORGE, M.S.B. Método de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde coletiva. In: SANTANA, J.S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. (Org). **Pesquisa: técnicas de conhecimento de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010.

A primeira fase da análise para o desenvolvimento da Hermenêutica – Dialética foi de **ordenamento de dados** que, segundo Assis e Jorge (2010), tem como objetivo estabelecer o material empírico coletado no campo de estudo através da transcrição de fitas, leitura geral do material empírico das entrevistas, organização dos dados de diferentes conjuntos, contemplados nas observações, entrevistas e documentos.

Portanto, após a saída do campo da investigação, procuramos organizar os dados, iniciando pelas entrevistas.

As entrevistas foram transcritas *ipsi literis* após a gravação digital e concomitante à transcrição fizemos uma leitura superficial do material.

Em seguida, realizamos uma leitura flutuante das entrevistas e das observações e dos documentos, o que nos permitiu a identificação preliminar dos possíveis núcleos de sentidos, considerando-se os grupos de sujeitos para a melhor organização e construção da análise, representados nos quadros.

Na segunda fase, **classificação de dados**, ocorre identificação dos núcleos de sentidos que envolvem uma leitura exaustiva das transcrições das entrevistas e dos relatórios das observações, uma vez que permite apreender sobre o objeto do estudo (ASSIS; JORGE, 2010; MINAYO, 2004).

Portanto, nessa fase fizemos uma leitura exaustiva das transcrições das entrevistas e das observações, identificando os núcleos de sentidos para responder ao objeto de estudo. Após a definição dos núcleos utilizamos o programa Excel como um facilitador da leitura transversal da *corpus* das entrevistas, observações e dos documentos e encontramos as estruturas de relevância, cruzando os dados encontrados, considerando-se as divergências, convergências, diferenças e complementariedades das falas, sistematizados em cinco quadros de análise (quadro 8,9,10,11,12), a partir das síntese horizontais.

Quadro 8 Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo I- Gestores. Alagoinhas-BA, Dez.2012/Fev. 2013

NÚCLEO DE SENTIDO	ENT.1	ENT.2	ENT. [...]	ENT.5	SÍNTESE HORIZONTAL
SIGNIFICADO/CONCEPÇÃO DE GESTÃO					
PRÁTICAS DE GESTÃO					
PROCESSO DE TRABALHO					
OBSTÁCULOS					
AVANÇOS					
DESAFIOS					
TENDÊNCIAS					
SÍNTESE VERTICAL					

Quadro 9 Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo II- Trabalhadores de Saúde. Alagoínhas-BA, Dez.2012/Fev. 2013

NÚCLEO DE SENTIDO	ENT.6	ENT.7	ENT. [...]	ENT.20	SÍNTESE HORIZONTAL
SIGNIFICADO/CONCEPÇÃO DE GESTÃO					
PRÁTICAS DE GESTÃO					
PROCESSO DE TRABALHO					
OBSTÁCULOS					
AVANÇOS					
DESAFIOS					
TENDÊNCIAS					
SÍNTESE VERTICAL					

Quadro 10 Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo III- Representante dos usuários -BA, Dez.2012/Fev. 2013

NÚCLEO DE SENTIDO	ENT.21	ENT.22	ENT. 23	SÍNTESE HORIZONTAL
SIGNIFICADO/CONCEPÇÃO DE GESTÃO				
PRÁTICA DE GESTÃO				
OBSTÁCULOS				
AVANÇOS				
DESAFIOS				
TENDÊNCIAS				
SÍNTESE VERTICAL				

Quadro 11 Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo IV- Informante- Chave -BA, Dez.2012/Fev. 2013

NÚCLEO DE SENTIDO	ENT.24	ENT.25	ENT. 26	SÍNTESE HORIZONTAL
SIGNIFICADO/CONCEPÇÃO DE GESTÃO				
PRÁTICA DE GESTÃO				
OBSTÁCULOS				
AVANÇOS				
DESAFIOS				
TENDÊNCIAS				
SÍNTESE VERTICAL				

Quadro 12 Síntese dos confrontos dos depoimentos do Grupo V - Observação Sistemática. Alagoínhas-BA, Dez.2012/Fev. 2013

NÚCLEO DE SENTIDO	OBS.1	OBS.2	OBS. [...]	OBS.12	SÍNTESE HORIZONTAL
PROCESSO DE GESTÃO					
SUJEITOS PARTICIPANTES DA GESTÃO					
TIPOS DE PRÁTICAS DE GESTÃO					
PRÁTICAS DE GESTÃO					
PROCESSO DE TRABALHO					
OBSTÁCULOS					
AVANÇOS					
DESAFIOS					
TENDÊNCIAS					
SÍNTESE VERTICAL					

Diante das divergências, convergências, diferenças e complementariedades dos dados empíricos e a visão geral das entrevistas, das observações e dos documentos encontrados, estruturamos o nosso trabalho em três categorias de análise:

**Categoria 1: Práticas da Gestão na ABS:** Sentidos e Significados

Especificamente, nesta categoria, analisamos os significados e sentidos das práticas de gestão do SUS na Atenção Básica.

**Categoria 2: Processo de trabalho em saúde:** “uma orquestra ‘ideal’ da racionalidade, ordem hegemônica e produtividade”

Nesta categoria buscamos compreender como se dá o processo de trabalho da gestão do município de Alagoinhas.

**Categoria 3: Controle social:** em busca da democracia

E, na última categoria, procuramos entender a participação social no processo de gestão do SUS na Atenção Básica.

A **terceira fase, análise final**, foi o momento em que procuramos articular os dados empíricos e os referenciais teóricos da pesquisa, a partir de suas convergências, divergências, complementariedades e diferenças, e a seguir fizemos a triangulação dos dados, considerando a intersecção de diferentes olhares e falas das diversidades dos sujeitos do estudo e técnicas de coleta de dados, nos aproximando do método de análise Hermenêutico-Dialético.

### **3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa**

Esta pesquisa atende as Diretrizes e Normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Tal Resolução reúne sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, para certificar os direitos e deveres que conferem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1998).

A coleta de dados só se iniciou após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA protocolo nº 44/2012.

Portanto, em consonância com a Resolução 196/96, o estudo respeitou os direitos dos sujeitos. Para isso foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), assegurando dentre outros aspectos o sigilo das informações, respeito ao princípio moral, intelectual, social e cultural dos sujeitos integrantes na pesquisa, a

confidencialidade e a privacidade sobre as informações obtidas pelos sujeitos que terão a liberdade de desistir em qualquer fase da pesquisa.

### 3.6.1 Benefícios

Esta pesquisa tem a possibilidade de, a partir dos resultados, influenciar na melhoria da gestão do sistema de saúde no sentido de apontar a realidade encontrada sobre a gestão do SUS, que efetivamente possa contribuir com as transformações ao modelo de atenção à saúde, com possibilidades de redefinição dos rumos da gestão do SUS em parceria com sujeitos gestores, trabalhadores de saúde e usuários do sistema, além de colocar em prática o exercício da cidadania em prol da efetividade das políticas públicas no cenário local.

### 3.6.2 Riscos

Os prováveis riscos poderiam estar relacionados ao desconforto devido ao aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou pelo sentimento por parte dos trabalhadores de saúde e gestores caso ao ‘pensarem’ que estariam sendo fiscalizados ou avaliados; além do possível medo, insegurança ou constrangimento do usuário ao ‘falarem’ da unidade, o que poderia interferir em represália no seu atendimento à saúde. Contudo, diante dos benefícios que poderão transformar a realidade pesquisada em melhoras ao Sistema de Saúde em prol da população, os riscos são minimizados.

#### 4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

Realidade social, objetiva, que não existe, que não existe por acaso, mas como produto da ação do homens, também não se transforma por acaso. Se os homens são produto desta realidade e se esta, na 'inversão da práxis', se volta sobre eles e os condiciona, transformar a realidade opressora é tarefa histórica, é tarefa dos homens.

(FREIRE, 1987, p.16)

Este item foi dividido em três categorias de análise para discutirmos os dados empíricos das práticas de gestão do SUS na Atenção Básica, no município de Alagoinhas - BA, traduzidos em consonância com os objetivos do estudo, discriminados a seguir:

- **PRÁTICA DA GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE:** sentidos e significados
- **PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE:** “uma orquestra ‘ideal’ da racionalidade, ordem hegemônica e produtividade”.
- **CONTROLE SOCIAL:** em busca da democracia

#### **4.1 PRÁTICA DA GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE:** sentidos e significados

Nesta categoria de análise, buscamos desvendar e aprofundar o(s) sentido(s) e significado(s) das práticas de gestão do SUS na Atenção Básica no município de Alagoinhas-BA, a partir da representação social, histórica e cultural dos sujeitos sociais (gestores, trabalhadores de saúde e usuário) participantes do estudo.

Assim, inicialmente, para entendermos qual o significado do sentido, este é concebido como uma formação dinâmica que, segundo Silva e Nascimento (2011), em consonância com Testa (1997), é produto do significado que se transforma de acordo com a dinamicidade da sociedade.

Ampliando tal compreensão dizemos que o sentido não está atrelado apenas às condições de ‘verdade’ de uma sentença, mas a todas as condições que circundam uma situação comunicativa. Para Grice (1982), o sentido diz ao mundo o que é designado pelo referente sendo, portanto, condição para a compreensão do significado.

Para tanto, este estudo permitiu o processamento cooperativo da interpretação dos participantes ao referirem a algo no mundo objetivo, social e subjetivo sobre as práticas de gestão do SUS na Atenção Básica.

Para conseguinte, nos identificamos com as ideias de Merhy (2005a, p.16) ao afirmar que

[...] não como sujeitos plenos de razão, mas como certos apostadores, que podem com certos recursos-cognitivos, desejantes, instrumentais, por exemplo aumentar as potências dos nossos fazeres por outros sentidos, para o nosso agir no mundo, produzindo novos significados para as situações.

Historicamente, o sistema de saúde brasileiro vem passando por diversas mudanças pela influência do momento político e econômico. Particularmente, na década de 1970 até a década de 1980 com o Movimento Sanitário imbricado pelo período político da Nova República, ocasião que foi instituída a Constituição Federal (CF) de 1988 e o Sistema Único de Saúde. Nesse período, a saúde viveu uma progressiva movimentação social em torno das políticas públicas e passou a ser considerada pela sociedade civil organizada como direito de cidadania, possibilitando a participação dos sujeitos na gestão, assegurada nas Leis 8080/90 e 8142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b).

Para Fleury (1997, p. 33),

o projeto de Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente, a formulação de uma utopia igualitária: a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão democrática.

No entanto, contraditoriamente, essa autora reforça que o projeto da Reforma Sanitária contribuiu para o aumento do individualismo e consumismo por desenvolver um modelo social que precede laços sociais em que o outro se torna objeto e não sujeito reconhecido como igual num processo de comunicação na esfera pública.

A partir da década de 1990 surgem as NOB com o objetivo de construir os passos da descentralização e a fixação dos novos núcleos de gestão, financiamento e provisão da assistência à saúde, por intermédio da municipalização, criando-se a institucionalização que sustenta e conduz o processo de gestão das políticas de saúde, com a implementação das diretrizes com a participação dos sujeitos nas três esferas de governo, apesar da presença das políticas neoliberais irem de encontro aos ideais do Sistema Único de Saúde.

A NOB 91, por sua vez, manteve a centralização e a concentração das políticas de saúde, não conseguindo operacionalizar os princípios e diretrizes do SUS, pois havia um subfinanciamento da União com a saúde local, mantendo um modelo de gestão centralizadora (BRASIL, 1991). Então, foi criada a NOB 93 que propôs a descentralização do SUS com o modelo de gestão incipiente, parcial e semi-plena. Contudo, manteve os interesses de um Estado neoliberal, em detrimento das prioridades do processo de saúde e doença da população (BRASIL, 1993).

Todavia, diante da intenção de efetivar a descentralização, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996) criou a NOB 96, que traz a gestão plena da Atenção Básica e também bases para um novo modelo de atenção à saúde, tendo em vista a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS, além da criação de condições elementares e

fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais com qualidade. Porém, segundo Bueno e Merhy (1997), houve equívocos por apostar no projeto neoliberal de Reforma do Estado, em consequência da “publicização” ou tercerização dos serviços de saúde, pelo vestígio do antigo modelo do INAMPS.

Dessa forma, a NOB 96, mesmo com a conquista legal da gestão plena do sistema e gestão plena da Atenção Básica, permaneceu com um modelo de gestão baseado na lógica do mercado, influenciando o modelo de atenção à saúde estruturado em uma assistência hospitalocêntrica, centralizada no médico e na cura, apesar da presença do Programa Saúde da Família como estratégia de reorientação da Atenção Básica.

Entretanto, Bueno e Merhy (1997) afirmam que havia uma disputa entre os modelos de saúde Ação Programática e Vigilância à Saúde, sendo o primeiro baseado na Epidemiologia como tecnologia em saúde para a intervenção da gestão e do planejamento das políticas e o segundo, por sua vez, é estruturado na singularidade nos serviços de saúde dos distritos. Porém, os dois modelos colocam a abordagem clínica como a maneira do médico centrar o universo da saúde.

Logo, na nossa compreensão, concordamos que

A NOB 96 fere a autonomia de gestão dos municípios ao assumir claramente posição pelos modelos da ação programática e vigilância à saúde, privilegiando no financiamento os municípios que desenvolverem os programas de saúde e de agentes comunitários de saúde (BUENO; MERHY, 1997, p.11).

Diante da fragilidade do modelo de gestão surgiram as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), sendo estabelecidos instrumentos e estratégias detalhadas de aprofundamento da interdependência municipal por meio do desenvolvimento de redes regionais de sistema de saúde, com o objetivo de ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelecer a regionalização como estratégia para hierarquização dos serviços de saúde e maior equidade, criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade gestora (FLEURY; OUVRENEY; 2007), além de fortalecer a participação do Estado no processo de descentralização.

As NOAS, não conseguindo romper definitivamente com o modelo do INAMPS, levaram a uma organização da gestão centralizadora, no qual o serviço era baseado na oferta, consequência da concentração dos recursos financeiros estarem com o setor privado, sendo reforçado pelo Ministério da Saúde (BRASIL; 2003, p.19) que o “aumento do volume de recursos repassados diretamente aos fundos de saúde subnacionais, um terço dos recursos federais ainda é empregado em pagamentos diretos a prestadores de serviços de saúde”.

No entanto, diante da necessidade de superar as fragilidades do sistema de saúde, o Pacto pela Saúde em 2006 surgiu com o objetivo de proporcionar uma gestão compartilhada com a finalidade de assegurar a atenção integral à saúde, segundo as necessidades da população, de forma gradativamente resolutiva, e instituindo o Programa da Saúde da Família como modelo de Atenção Básica à saúde e como centro ordenador das redes do SUS, a partir da Portaria 648/2006, que determina o Programa Saúde da Família como estratégia de reorganização da Atenção Básica.

Em 2011, a portaria 648/2006 é revogada e é aprovada a Portaria nº 2488 (Doc. 8)(BRASIL, 2011b), afirmando que a Estratégia de Saúde da Família visa à expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade e o impacto da situação de saúde (BRASIL, 2011).

Essa portaria ainda complementa que a Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão de forma, democrática e participativa, com um trabalho em equipe, na perspectiva de um cuidado centralizado no usuário.

Por conseguinte, nas discussões sobre a gestão do cuidado, Merhy (2005a) defende a construção de um modelo da produção do cuidado no âmbito macro (gestão organizacional) e micro (gestão do trabalho), pois tem o propósito de conquistar a lógica usuário - centrada, por permitir construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e os usuários, suprimindo as necessidades individuais.

Consequentemente, haverá uma produção do trabalho vivo em ato nas práticas de gestão, que poderá levar a novos arranjos tecnológicos e novos recursos para os atos produtivos em saúde (MERHY, 2005a), por permitir a transição tecnológica do setor saúde com a finalidade de defender a vida individual/coletiva.

Ao compreendermos as práticas de gestão articulada à gestão do cuidado temos clareza que elas se entrelaçam com Método Paidéia ou Método de Roda

[...] o Método Paidéia refirma a possibilidade de que os sistemas de saúde podem contribuir para a construção do Sujeito. Pois, considero que gestão e as práticas profissionais têm capacidade de modificar o Sujeito e os padrões dominantes da subjetividade (CAMPOS, 2007b, p. 15).

Para Campos (2007b), este momento tem como objetivo aumentar a capacidade de análise e intervenção dos agrupamentos tomados como objetos pelas organizações de saúde, considerando a Equipe Saúde da Família (ESF) como estratégia de mudanças no modelo assistencial e gerencial através de novos arranjos, como a clínica do sujeito e a ampliação das ações de saúde coletiva locais com o propósito de reformular o processo de trabalho na

Atenção Básica, caracterizado no vínculo, acolhimento, sistema de co-gestão coletiva e o cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência.

Diante de tal contexto, defendemos que as práticas de gestão são reponsabilidades de todos os sujeitos sociais envolvidos no processo de trabalho, articulando os objetivos, os saberes e os interesses dos gestores, trabalhadores e usuários, cuja finalidade seja um atendimento estruturado no sujeito concreto (usuário) para suprir as necessidades destes.

Perante esta realidade, evidenciamos nas falas dos participantes, sejam dos gestores [Ent. 2 e Ent. 3], sejam trabalhadores [Ent. 17], sejam usuários [Ent. 22] que a prática de gestão é ter um cuidado centralizado no usuário para ‘melhorar atendimento’ na Atenção Básica, apesar de serem grupos diferentes de participantes.

[Prática de gestão] é o atendimento ao cliente. **Prática de gestão é você tá, e, fazendo de tudo pra que o atendimento seja bom**, seja adequado, não deixe o paciente sem atendimento, não deixe o paciente, é evitar, fazer o máximo possível pra que o paciente não precise ir pro hospital [...] objetivo final é esse, é o bom atendimento ao cliente, pra que ele não precise ir pra um hospital(Ent. 2/ Grupo I).

Práticas de gestão **são práticas pensadas, criadas, desenvolvidas com objetivo de melhorar o atendimento**, de melhorar a relação, de atender a critérios do Ministério, aqui dentro faz de tudo um pouco. E o nosso objetivo é realmente que o usuário no final esteja satisfeito, que a gente tente e de certa forma dá uma resposta para o usuário (Ent.3/Grupo I).

Prática de gestão é a **gente atender o paciente da melhor forma, ele poder [...]** **confiar no profissional, conversar com** o profissional (Ent. 17/grupo II).

[Prática de gestão] noção que tenho é da forma operacional como atender a sociedade, a comunidade de modo gera l[...] (Ent. 21/Grupo III).

As convergências nestas falas sobre a concepção das práticas de gestão dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários são focadas à produção do cuidado. Todavia ressaltamos algumas nuances como relacionadas às tecnologias leves e leves-duras.

Segundo Merhy (2005a, p.29), o “território das tecnologias leves e leves-duras se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho e sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las”.

A fala do gestor [Ent.2] ao apresentar o produto de sua prática no bom atendimento ao usuário se caracteriza pela utilização das ações pensadas, criadas e desenvolvidas, decorrentes das tecnologias leves e leves-duras entre pensar e fazer, e que poderá proporcionar a criatividade no ato do trabalho vivo, pois acreditamos em novas modalidades de produção do cuidado em saúde para um atendimento de qualidade.

Outrossim, vemos que na fala do trabalhador [Ent.17] sugere a confiança e a conversa, parte de um processo relacional em ato e das práticas que governam os atos produtivos, pois são facilitadoras do trabalho na Atenção Básica, com práticas de gestão resolutiva.

Ao resgatamos a fala do gestor [Ent.2], ela deixa explícito que “o objetivo final é esse, é o bom atendimento ao cliente, para que ele não precise ir para um hospital”. Diante disso, parafraseamos Merhy (2005a) ao fazer referência ao núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato sobre sua capacidade de produzir novas conformações dos atos de saúde e o seu lugar na construção de processos produtivos, descentrando o trabalho do equipamento e dos especialistas.

Concidentemente, a fala do gestor [Ent.2] encontra-se em consonância com as propostas da Portaria 2488/2011(Doc.8), quando apresenta a Atenção Básica como a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, uma vez que deve considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural.

Portanto, defendemos que as práticas de gestão do SUS na Atenção Básica devem estar imbricadas em ações que permitam o elo, e a comunicação entre os sujeitos, mas para isso é necessário utilizá-las na produção do cuidado para ter um sistema de saúde que promova a Integralidade da assistência, Universalidade do Acesso e a Equidade.

Frente a tal perspectiva, vimos nas falas dos trabalhadores que para produzir um atendimento/cuidado de qualidade, o mesmo deverá mudar de foco da clínica médico-centrado para a clínica ampliada nas práticas de gestão.

Essa gestão em termos de Atenção Básica a gente tá mais próxima tanto da equipe técnica, da sua equipe, como da comunidade, esse trabalho é muito próximo. É aquela coisa *de cuidado longitudinal, da questão do vínculo* [...] (Ent. 6/ Grupo II).

É a gente atender o paciente da melhor forma [...] ele poder **confiar no profissional, conversar com o profissional** (Ent. 17/Grupo II).

Tais tecnologias ou atos terapêuticos utilizados nas práticas vão reafirmar a atuação da Atenção Básica prevista pela Portaria 2488/2011(Doc.8)(BRASIL, 2011b) sobre a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Os entrevistados ao destacarem as tecnologias leves nas suas falas reforçam a importância caracterizada ao vínculo entre o usuário-família-comunidade e a equipe, pois para

Campos (2007b) é um ato terapêutico que deverá proporcionar um atendimento/cuidado singular.

Neste aspecto, o referido autor ressalta que o vínculo serve-se da transferência de confiança entre os sujeitos para experimentar novos hábitos e comportamentos, levando os usuários a terem autonomia na produção do cuidado no âmbito individual e coletivo e assim promover a co-gestão.

Outrossim, para que possamos compreender a co-gestão resgatamos o estudo sobre o Método Paidéia de Campos (2007b) que sugere valer-se do vínculo para estimular os grupos e as organizações a participarem da resolução dos próprios problemas, por intermédio do agir comunicativo que, segundo Habermas (1990), os atores compartilham a intersubjetividade e o entendimento sobre o modo de ação.

A fala do trabalhador [Ent.7] complementa as falas dos trabalhadores [Ent. 6 e Ent. 17] em defesa da necessidade do contato entre os gestores com a unidade e a comunidade para fazer gestão, conforme destaque a seguir.

O que eu entendo por gestão, é que o gestor por ter a parte maior pra as coisas acontecer melhor né, eles **deveriam como gestores ter mais esse contato com a comunidade e com a unidade** (Ent. 7/Grupo II).

Para que haja o “mais contato” sugerido na fala do trabalhador [Ent. 7] entre os gestores com a equipe e a comunidade, é necessário compartilharem da mesma linguagem e entendimento sobre o modo de ação, pois a construção do vínculo, segundo Campos (2007a), é resultado da disposição de acolher uns e da decisão de buscar apoio em outros, sendo uma circulação de afeto entre as pessoas.

Complementando a fala do trabalhador [Ent.7], durante a nossa observação na unidade, vimos que o maior contato dos gestores, até mesmo dos apoiadores institucionais, acontecia com a coordenação da unidade.

Diante disso, trazemos um questionamento de Campos (2007b, p.28), para que possamos fazer uma reflexão.

O vínculo, de início, se constrói sobre um castelo de areia, fantasias, exageros, que, com o tempo, irão esclarecendo-se, mas sem os quais não haveria aproximação inicial. Quem confia ou se junta a equipes acomodadas e burocratizadas, incapazes de acolher qualquer demanda?

Porém, esse distanciamento inicial entre os gestores com a equipe e os usuários poderá dificultar uma ação dialógica, pois há falta de integração social na produção do cuidado.

Para tanto, as práticas de gestão articuladas com as tecnologias leves devem ter a interação entre os sujeitos. E, nesse sentido, concordamos com Habermas (1990; 1987) da necessidade da interação, da intersubjetividade e do entendimento sobre a situação de ação para a construção de uma atividade afim.

Para a construção da atividade afim, que são as práticas de gestão como tecnologias leves na micropolítica do processo de trabalho, é preciso que reinventemos um novo agir em saúde,

... atendendo, recebendo, **é tendo o acolhimento dessa população**, é...é...é tendo o princípio da integralidade, da universalidade dentro da equipe (Ent. 12/Grupo II).

Conceito de gestão do SUS na Atenção Básica **é acolhimento e seriedade** (Ent. 13/Grupo II).

Como vemos, o acolhimento é outra tecnologia leve utilizada como instrumento de nova prática de gestão no serviço de saúde, por permitir maior proximidade da equipe de saúde com os usuários mediante a possibilidade de ações comunicacionais, além de conhecer a realidade da comunidade e assim agir sobre as prioridades de saúde, dando resposta a cada demanda em todo percurso da busca, desde a recepção ao atendimento individual/coletivo (CARVALHO; CUNHA, 2009; SANTOS et al. , 2007).

Em consonância com as falas sobre o acolhimento como instrumento das práticas de gestão para a produção do cuidado, o próprio acolhimento

[...] pode provocar ruídos no serviço em especial nos mecanismos de que o serviço lança mão para receber os usuários, identificar suas necessidades, buscando assegurar direitos e responsabilidades estabelecidas em certo modelo de atenção à saúde (SOLLA, 2010, p.96).

Ainda, segundo Solla(2010), o acolhimento é um complexo de trabalho tecnológico que produz relação com as necessidades, vinculação, resolutividade e continuidade do cuidado. Assim, o acolhimento e vínculo como tecnologias leves apresentam o aspecto intersubjetivo, comunicativo (ARTMAN; AZEVEDO; CASTILHO SÁ, 1997; AYRES, 2001; RIVERA, 1995; 1996; MERHY, 1997). Daí, compreendermos que as práticas de gestão como tecnologias leves, imbricadas na Clínica Ampliada deverão permitir a ampliação da capacidade de análise e da co-gestão dos sujeitos através do agir comunicativo, aumentando, assim, a autonomia dos usuários sobre si mesmos e sobre o mundo da vida, ou seja, ampliação da Clínica do Sujeito.

Dessa maneira, a percepção das práticas de gestão como ações relacionais durante o processo de trabalho permite a produção social no ato do cuidar, ampliando os sentidos da

clínica e inserindo a participação conjunta dos sujeitos, valorizando os aspectos biológico, social, econômico, cultural, religioso e ético que envolvem o indivíduo e a coletividade. Assim, a Clínica Ampliada proposta por Campos (2007a; 2009) amplia o objeto de trabalho, pois o enfoque não é apenas a doença do indivíduo, ela se utiliza de ações relacionais – tecnologias leves - para a efetivação do cuidado.

O entendimento dos gestores [Ent. 2, Ent. 3 e Ent. 4], trabalhador [Ent. 17] e usuário [Ent. 18] sobre fazer a gestão do SUS na Atenção Básica é realizar um atendimento que supra as necessidades dos usuários e há uma complementariedade nas falas dos trabalhadores [Ent.6, Ent. 12 e Ent.13] ao afirmarem que, além do atendimento, deve haver o vínculo e o acolhimento e o cuidado longitudinal para obter a Integralidade do cuidado.

Tais falas se convergem com a nossa observação nas Unidades de Saúde da Família, pois pudemos perceber que os trabalhadores mantêm um vínculo com a comunidade, principalmente a enfermeira e ACS com esses usuários, inclusive numa relação de diálogo e acolhimento aos usuários da unidade.

De acordo com Freire (1987; 2007), o diálogo remete uma práxis, ou seja, é a interlocução entre a fala e a ação humanizada, construindo a dialética entre o dizer e fazer ação.

Todavia, é necessário o compromisso do trabalhador/gestor com a saúde da sua população, visto na fala do trabalhador [Ent. 13] conceber a gestão do SUS na Atenção Básica é acolhimento e seriedade. A seriedade remete a compromisso entre os sujeitos sociais em fazer uma prática de gestão em defesa da saúde, com uma prática de qualidade: integral, universal, resolutiva, responsável e compromissada.

O compromisso social está voltado para os interesses coletivos, respeitando as especificidades de cada indivíduo na sociedade no ato de fazer a saúde, de maneira que se construa a capacidade de análise e co-gestão no produzir cuidado.

A questão do compromisso social que respeita as especificidades individuais, Campos (2007a, p.28) sugere o Método da Roda como forma de obter o compromisso com a produção de serviços e ações em saúde, uma vez que o

Método da roda aposta na possibilidade de se instituírem sistemas de co-gestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia dos agentes da produção.

Concordamos com Campos (2007b) que é fundamental explicitar esse compromisso, porque senão não haverá possibilidade de estabelecer o vínculo entre equipe e usuários.

Porém, temos clareza que não só o vínculo, mas o acolhimento, a responsabilização, a resolubilidade e a integralidade das ações devem ser constituídos durante a produção do cuidado.

A responsabilização como integrante das práticas de gestão é apresentada na fala do gestor [Ent.3] ao entender que gestão é um grupo de pessoas que tem uma ‘responsabilidade’ muito grande para que tudo dê certo, para que contribua para que tudo dê certo (Ent.3/Grupo I), assim a responsabilização proporciona a resolubilidade no sistema de saúde.

No entanto, a responsabilização dos gestores e trabalhadores de saúde e co-responsabilização dos usuários na gestão do cuidado devem permear a interação da intersubjetividade desses sujeitos para o estabelecimento da resolubilidade. É um momento de elaborar (pensar, criar) e acontecer (fazer), havendo a articulação a partir da comunicação, pois pode permitir a recriação das ações para alcançar a integralidade da assistência, ou seja, uma prática social transformadora, uma vez que os sujeitos sociais com o trabalho coletivo e do agir comunicativo devem produzir as possíveis soluções no Sistema Único de Saúde.

Mas, é necessária uma atenção, pois segundo Solla (2005) e Campos (2007b), tal responsabilização vai além do atendimento propriamente, é a ampliação do ato terapêutico, valorizando as singularidades. Todavia, para Buss (2003), a responsabilização é múltipla, pois cria a vinculação entre os sujeitos envolvidos, promovendo assim a co-gestão por meio do compartilhamento do poder de resolver as situações encontradas no processo de saúde e doença.

Outrossim, concordamos com Franco, Bueno e Merhy (1999) que sem acolher e vincular não há produção da responsabilização nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde.

O gestor [Ent.3], traz em complementariedade de sua fala anterior

Gestão para mim é uma responsabilidade que você tempo todo, **é como se você fosse uma mãe**, e que você não pode vacilar, você não pode descansar, você não pode, você tem que está sempre presente, você sempre deve está atenta.....  
De está sempre presente, **de dá apoio, de chegar junto, de tentar ajudar quando aparece o conflito, quando apareça o problema, de tentar prover e prever tudo que vai precisar de você, estar sempre na frente**, antes da coisa aconteça você pensar e já prevenir as coisas. É você tá sempre pensado no que pode fazer pra melhor, **o que pode fazer o que dá certo**, você perceber que aquela a unidade ou aquele grupo não tá bem e você já tentar levar uma fórmula, tentar ver com eles o que tá acontecendo, penso que é assim (Ent. 3 Grupo I).

Como podemos perceber, nessa fala há uma ‘ação paternalista’, na qual a responsabilidade de fazer gestão é um ato de vigilância e não se admite falhas e requer

atenção. O sentido dado às práticas de gestão pelo gestor [Ent. 3] traduz a preocupação em tentar evitar e resolver os problemas diante da complexidade que é a rede da Atenção Básica. Contudo, esse ato pode promover a centralização do poder técnico, político e administrativo, além da sobrecarga de responsabilidades.

Vale ressaltarmos que a centralização do poder interfere na dinâmica social que, segundo Testa (1997), é a relação de poder que define ações dos atores através das estratégias opacas, ou seja, uma relação de opacidade [não-transparente] para o desenvolvimento das atividades com o objetivo de manter a ordem social. Para isto, é utilizado do poder técnico para organizar a produção, pois tem a finalidade de gerar e trabalhar as informações, o saber; o poder político para organizar a conjuntura, uma vez que estimula atores/grupos sociais a defender e reivindicar suas necessidades e o poder administrativo para organizar a gestão através da alocação e apropriação de recursos.

Na fala do gestor[Ent.3] também é visível a fragmentação da co-gestão e da interação entre os sujeitos, pois centra para si a responsabilidade de todo o processo de gestão como forma de transformar, mudar a centralização da responsabilidade. Neste sentido, nos apoiamos no Agir Comunicativo (HABERMAS, 1990), por entendermos que ele pode proporcionar a coletividade das ações, ao afirmar que somente os atores sociais abandonam o egocentrismo de orientação pautado pelo fim racional de seu próprio sucesso e a se submeter aos critérios públicos da racionalidade do entendimento.

Reforçamos tal ideia uma vez que a centralização das responsabilidades de apoiar, de ser mediador de conflitos, de prever problemas e prover soluções na Atenção Básica “está sempre à frente” e poderá promover limitações na produção social, ou seja, fragiliza o ato democrático, pois os sujeitos sociais precisam desenvolver auto-criticidade, autonomia e responsabilização na gestão, cada um com uma atuação na sociedade, sabendo-se que todos os sujeitos sociais devem ter um elo, ter o agir comunicativo perante a presença dos conflitos, diferenças e consensos.

Ao exemplificar novamente a fala do Ent. 3, é por concordamos com Habermas (1990, p.17) que “[...] escorregaram para um produtivismo, que reduz a prática ao trabalho e esconde os nexos que existem entre o mundo da vida, estruturado simbolicamente, o agir comunicativo e o discurso”.

As falas dos gestores [Ent. 1 e Ent. 2] também refletem as práticas de gestão como apoio e resolução de problemas.

[ter] nas mãos uma capacidade, capacidade não sei se seria a melhor palavra, **mas uma facilidade maior em conseguir resolver os problemas o pessoal da ponta não consegue** (Ent.1/Grupo I).

A gestão pra mim é justamente isso, é você, você apoiar a..., a equipe, **vê o que tá acontecendo de errado, tentar solucionar os problemas** e está por dentro das metas dos programas para que a gente tente alcançar (Ent.2/Grupo I).

Todavia, apesar das duas falas trazerem práticas de gestão como apoio e resolubilidade dos problemas nas unidades, trazem nuances diferentes. A fala do gestor [Ent.1] mostra que por ser gestor ele tem a capacidade de conseguir resolver os problemas que o pessoal da ponta não consegue. Já o gestor [Ent. 2] traz implicitamente o papel de fiscalizar “o que tá errado”, além do cumprimento das metas dos programas.

Em relação a tais falas, em particular do Ent.2, “cumprimento de metas dos programas,” tivemos a oportunidade de participar nas reuniões entre os coordenadores das unidades de saúde da família e coordenação da Atenção Básica e observamos que há uma preocupação com o seu cumprimento, sendo inclusive pauta das discussões.

Entretanto, vemos que, apesar do PSF ter sido uma das estratégias para a reorganização da Atenção Básica em saúde, elas continuaram com as práticas de gestão restrita em cumprir metas ministeriais, repetindo o *statu quo*, pois estão estruturadas na produção de um modelo taylorista, já que a finalidade é produzir cada vez mais procedimentos e cumprir as metas para atender as exigências do Ministério da Saúde, ou seja, baseado na mais valia.

Assim, ao confrontarmos a produção do cuidado como produção de bens, ou seja, a saúde como mercadoria, vemos que

O valor de qualquer mercadoria é determinado pela quantidade de trabalho materializado em seu valor - de -uso, pelo tempo de trabalho socialmente necessário a sua produção. Isto implica também ao produto que vai para as mãos do capitalista, como resultado do processo de trabalho. De início, temos portanto que quantificar o trabalho materializado nesse produto (MARX, 2008, p.211).

Porém, entendemos que as exigências do Ministério da Saúde conduzem os trabalhadores na Unidade Saúde da Família a estarem sempre entretidos com a produtividade de suas ações, pois é necessário dar um retorno à Secretaria de Saúde do município estudado quanto ao andamento da produtividade, até porque precisa desses dados para poder continuar “funcionando” o sistema de saúde, já que a produtividade dos programas estabelecidos é uma forma de alocação de recursos financeiros. Sendo assim, há uma produtividade física do trabalho pela via da mecanização, sem traduzir a realidade de cada local, além da presença do

“controle” e vigilância sobre as ações em saúde dos trabalhadores de saúde, reduzindo-os a tarefeiros da saúde.

Logo, comungamos com Campos (2007b, p.123- 124) que

a gestão Clássica sempre trabalhou a dimensão do gerir. O gerir como ação sobre as ações dos outros. Assim sendo, fortemente amarrada ao exercício do poder. Seria ingênuo afirmar que essa abordagem da gestão não pressupõe produção. Pois ela produz o tempo todo. A gestão tem sido a disciplina do controle por excelência. Preocupada sempre com o aumento da produção de mais-valia, de produtividade, e de reprodução do *statu quo*.

Todavia, a resolutividade ocorre de maneira parcial, pois atende as exigências dos seus gestores, e estes para cumprirem as obrigações determinadas pelo Ministério, sem estabelecer a resolubilidade como uma tecnologia nova que promove a reorientação do modelo de gestão e modelo de atenção à saúde.

Em outra perspectiva, o gestor [Ent. 2] traz um outro sentido para a gestão ao considerar que a Atenção Básica é o local que deve promover a resolubilidade das necessidades básicas dos usuários de maneira que não sobrecarregue a alta complexidade

[...] prática de gestão é a gente fazer de tudo pra resolver o problema do usuário, não deixar que problemas que podem ser resolvidos na Atenção Básica vá parar na alta complexidade( Ent. 2/Grupo I).

A resolubilidade, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL,1990c, p.5), deve ser entendida como “[...] exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência”.

Entretanto, Oliveira (2009, p.35) amplia esta concepção no sentido de que “a resolubilidade não pode ser resumida a simples execução de tarefas prescritas, nem tampouco pela equivalência que se dá à realização de consultas/procedimentos e às soluções dos problemas de saúde”.

Por isso acreditamos que resolutividade é mais uma das tecnologias utilizadas no trabalho vivo que o PSF/Atenção Básica deve ter como estratégia de reorientação do modelo vigente por ser um facilitador do processo de trabalho para promovedor da “atração” entre a USF e a comunidade.

Outros sentidos e significados foram destacados neste estudo relativos às tecnologias leves duras para acontecer as práticas de gestão, tais como o planejamento, participação, organização e conhecimento.

[...] mas gestão é você olhar a Atenção básica muito além de profissionais, de pessoas, é você ter planos, é você ter projetos, é você conseguir colocar esse projetos em ação, é conseguir convencer as pessoas que estão ali a compartilhar esse projeto com você, as pessoas que estão envolvidas são os profissionais, e é o convencer é no sentido de mobilizar essas pessoas, eles verem que aquilo é importante. Então, é gerir é...é...é muito mais do que realmente tá resolvendo problema, a gestão ela é macro, ela é ... ela tá acima, você tem que tá vendo o tudo, o todo, sempre o tempo todo e ao mesmo tempo, na minha concepção( Ent. 3/Grupo I).

Diante da fala do gestor [Ent.3] percebemos que as práticas de gestão como olhar a Atenção Básica, para os profissionais, é ter plano, projeto; a efetividade desses é compartilhada entre os profissionais de saúde. Antes de se pensar na resolução de problemas, deve-se saber tudo que está a sua volta, é uma gestão macro. Esse entendimento sobre práticas de gestão é complexo, pois apresenta o ato de planejar como mais importante do que os sujeitos que estão envolvidos, não permitindo a autonomia e intersubjetividade entre os sujeitos, diríamos que o fazer - acontecer gestão/planejamento é mais importante que os envolvidos nesse processo. Porém, a fala aponta também para a necessidade de perceber tudo que envolve a gestão.

O sentido de gestão apresentado pelo gestor [Ent. 3] aponta uma fragmentação, porque os sujeitos não devem ser minimizados pelo ato de planejar e nem por seus instrumentos como planos e projetos. Para Campos (2007a), deve haver a constituição do sujeito para promover uma práxis transformadora, que haja a participação de todos, a co-gestão. Assim, a constituição do Ser Sujeito não permite que seja apenas um objeto da gestão, mas um agente com habilidades e competências capazes de criar e recriar ações de mudanças no sistema de saúde.

Já Onocko Campos (2003) amplia essa compreensão ao ressaltar que o planejamento pode fazer a mediação entre uma racionalidade crítica a serviço da liberação das pessoas, e a necessária cota de instrumentalidade operativa, pois não há separação entre o agir racional, momento subjetivo e a ação, ocorrendo assim dialética da interrelação entre o objeto, método e sujeitos.

Outrossim, também compreendemos que essa prática não pode ficar restrita apenas aos profissionais de saúde, mas a todos os sujeitos envolvidos, isto incluindo os usuários, seja através do conselho municipal de saúde, ou de outras representatividades dos interesses dos usuários, pois um planejamento com a participação de todos os envolvidos retraria a necessidade da população.

Porém, as falas dos gestores [Ent.3 e Ent.5] convergem com a fala anterior do gestor [Ent.3] quanto à participação dos profissionais e gestores na realização do projeto pensado.

[...] práticas de gestão são todas atividades exercidas na Atenção Básica, desde apoiadores aqui até os coordenadores das unidades, assim é todo o serviço realizado, é toda atividade desenvolvida, **é todo projeto pensado que acaba envolvendo todo mundo um pouco desde da gestão até a ponta** ( Ent.3/Grupo I).

Práticas de gestão do SUS, ai meu Deus, **é procurar estratégias, promover estratégias pra que os trabalhadores, profissionais e os gestores desenvolvam ações de promoção a saúde dentro do SUS** (Ent.5/Grupo I).

Mais uma vez questionamos quanto à ausência dos usuários nas atividades exercidas na Atenção Básica, nas estratégias de promoção, pois são o foco de toda a produção do cuidado. Daí, percebermos que a compreensão dos gestores sobre práticas de gestão limita-se a uma ideia que os usuários não fazem da gestão. No entanto, afirmamos que esses sujeitos são integrantes da gestão, muitas vezes através dos conselhos de saúde, de associação de bairro, ou qualquer outra representatividade.

No decorrer da nossa observação nas unidades e nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde vimos uma prática que diverge das falas dos gestores [Ent. 3 e Ent.5], pois percebemos a participação dos usuários ou dos seus representantes na gestão com reivindicações de uma resolubilidade das necessidades, inclusive com solicitação ao secretário de saúde quanto à reforma da unidade de saúde família, à efetiva presença de médicos na equipe de saúde da família, e convite ao secretário de saúde para conhecer a realidade de sua comunidade.

Notamos também durante a pesquisa que em alguns bairros do município (loais das USF pesquisadas) havia uma participação ativa de alguns representantes dos usuários nas práticas de gestão, ressaltando a participação ativa do Conselho Municipal de Saúde mediante a fiscalização quanto ao andamento dos planos, projetos e organização da Atenção Básica.

A lei 141/2012 (Doc.7) converge com essa observação ao trazer a participação popular durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde, além de que caberá aos conselhos de saúde deliberar sobre as diretrizes para os estabelecimento de prioridades.

Outrossim, defendemos que todos os sujeitos devem participar da gestão de maneira que o poder seja compartilhado e proporcione autonomia desses no processo de gestão, instituindo a co-gestão de coletivos, uma vez que o propósito final é promover ou produzir saúde.

Assim, as práticas de gestão, segundo Campos (2007a, 2007b), devem ser realizadas por todos os sujeitos sociais por meio da democracia no espaço coletivo, o que deverá permitir o fortalecimento dos Sujeitos, de maneira que haja uma reforma social como produtora de uma práxis de grupos e de sujeitos.

Diante disso, Merhy (2005a, p. 15) afirma

[...] que os sujeitos de saberes e das ações nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor. Mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conversamos.

Para que o planejamento em saúde tenha a participação de todos, defendemos que seja utilizado o agir comunicativo (RIVERA, 1996; RIVERA; ARTMAN, 1999; 2010; PITTA; RIVERA, 2006; LIMA; RIVERA, 2009), por entendemos que poderá permitir a construção de práticas pensadas coletivamente, criativas e elaboradas pelos sujeitos, visto pelo Método de Roda (CAMPOS, 2007a) como local de democracia e da construção do ‘Ser Sujeito’.

Retomamos a fala do gestor [Ent.3] sobre as práticas de gestão como uma questão de

[...] práticas de gestão, **são práticas pensadas, criadas, desenvolvidas com objetivo de melhorar o atendimento, de melhorar a relação, de atender a critérios do Ministério**, aqui dentro faz de tudo um pouco, eeeee o nosso objetivo é realmente que o usuário no final esteja satisfeito, que a gente tente eeeee de certa forma dá uma resposta para o usuário [...] e que a gente produza os nossos dados não somente por produzir, mas com qualidade porque essa qualidade implica no bem está do usuário, eu acho que é isso (Ent. 3/Grupo I).

Nesse aspecto, concordamos que o planejamento desenvolvido com a criatividade durante o trabalho vivo pode permitir aos sujeitos um processo de saúde com a finalidade da produção do cuidado centrado no usuário. Assim, o ato de planejar é um instrumento da produção social que deve possibilitar as mudanças na sociedade. No entanto, são necessários os sujeitos com capacidades teóricas e práticas para saber fazer. Pois, não é apenas atender aos critérios ministeriais para produzir dados, mas dar respostas ao processo saúde-doença do usuário. Sendo assim, a prioridade do planejamento é promover a transformação social apresentada por Matus (1993), Merhy (1995), Campos (2007a), para que possa suprir as necessidades da comunidade e, conseqüentemente, atingir as metas solicitadas pelo Ministério de Saúde.

Por conseguinte, Merhy (1995) afirma que o ato de planejar como uma tecnologia de gestão promove uma maior eficácia e eficiência no sistema e serviço de saúde, além de ser uma práxis revolucionária. Matus (1993) complementa que o planejamento é uma necessidade do homem e sociedade. Assim, o sujeito está inserido em espaços coletivos em que há contradições, conflitos e consensos com a finalidade de promover transformações sociais.

Diante disso, os sentidos das práticas de gestão dados pelo gestor [Ent.4] vêm corroborar com tais afirmações ao trazer o planejamento para organizar a rede, melhorar as condições financeiras, ter uma boa relação, e intersectorialidade e fazer acontecer.

De gestão é você botar em prática tudo que você planejou, pra mim é isso. Se você fez um planejamento [...] como nós fizemos o planejamento, você pra ter uma boa prática de ação lá na frente, tá entendendo? Quando eu falo em planejamento [...] em organizar a rede, tá entendendo? Em melhorar as condições financeiras salariais dos funcionários, é... melhorar o atendimento nas unidades, ter uma boa relação, né? Com, interação, né? com os setores, pra mim é isso, prática de ação é isso, é você planejar e as coisas acontecerem, se não você não faz nenhuma prática boa de ação, de gestão (Ent.4/ Grupo I).

Esta fala [ent.4] sustenta a importância do planejamento para a realização das ações, para que aconteça uma reorganização da rede, envolvendo diversos aspectos- desde a questão salarial dos funcionários à melhora no atendimento e a intersectorialidade. Portanto, vemos que para esse gestor o planejamento é um direcionador de uma prática social transformadora.

Mas, para que haja a reorientação da rede ela realmente requer um ato planejado diante da situação em que se vive para criar estratégias futuras para suprir as necessidades da comunidade. Porém, haverá uma interação da intersubjetividade e laços sociais entre sujeitos com a finalidade de promover práticas de gestão resolutivas com a participação de todos os setores que envolvem a saúde.

Parafraçando Matus (1993), o planejamento supõe organizar o sistema de aprendizagem passado recente para criar ações futuras, no qual homem é condutor do processo social.

Já para Campos (2007a), o planejamento é um instrumento da gestão para dar sustentação aos sujeitos com potencial para pensar e agir com autonomia em espaço coletivo democrático. Para tanto, deverá promover o proposto pelo gestor [Ent. 4] de ter melhores condições salariais, a interação entre os sujeitos na busca de atendimento de qualidade, pois nesses espaços coletivos há “o entendimento mútuo, que vincula os planos de ação dos diferentes participantes e reúnem as ações dirigidas para objetivos numa conexão interativa” (HABERMAS, 2003, p.165) com o propósito ter boas práticas de gestão.

As práticas de gestão como organizadora da rede na perspectiva do trabalhador de saúde [Ent.7] são diferentes do sentido das práticas de gestão apresentadas na fala do gestor [Ent. 4], pois este traz o planejamento como reorganizador da rede e fala como pôr em prática as ações realizadas por quem está no controle (gestores ou coordenador(es)).

É o que te falei e...e...e., são as pessoas **que vão organizar e botar em prática as ações que precisam ser feitas**, né. Que vai tá no controle lá pra poder organizar, é...é...é... desde parte secretaria que vai organizar as unidades, dentro da unidade organizar o funcionamento da unidade (Ent.7/Grupo II).

Esse trabalhador de saúde traz em sua fala a organização na forma de controlar, seria um planejamento baseado no modelo hegemônico, por reduzir as ações de gestão ao controle de grupo (Secretaria de Saúde) ou uma pessoa (coordenador(a) da unidade).

Entretanto, temos uma contradição em relação às ideias apresentadas pelos autores uma vez que a organização baseada no controle dificulta uma prática transformadora, além de fragmentar a proposta de Rivera e Artmann (1999), Rivera (1995; 2003) e de Gallo (1995) de um planejamento no agir comunicativo, no qual deveria ser estabelecida a interação na linguagem entre os sujeitos sociais e também co-gestão de coletivos proposta por Campos (2007a), que deve promover a democratização do poder. Todavia, se organizar é “botar em práticas as ações” [Ent.7] vai instituir um espaço de concentração de poder, pois a delimitação dos sujeitos responsáveis são os dirigentes, reproduzindo o modelo hegemônico.

Ao confrontarmos a fala do trabalhador [Ent.6] com a fala do trabalhador [Ent.7], há divergência, pois o sentido de práticas de gestão como planejamento para a organização é de compartilhar, integrar o modelo de gestão.

É uma maneira de você integrar, de você organizar, de você partilhar, compartilhar, ‘lapidar’ mesmo o modelo de Atenção Básica (Ent.6/ Grupo II).

Diante deste sentido, inferimos que as práticas de gestão podem ser focadas no Método de Roda, aquele em que a gestão deve ser um campo de compartilhamento de responsabilidades e de poder, para que haja a democracia no pensar, saber e fazer as ações em saúde, construindo sujeitos sociais comunicantes, autônomos e transformadores de um modelo hegemônico de gestão e atenção o qual possibilita a integralidade da atenção e organização do sistema de saúde.

Mediante tal perspectiva, para Campos (2007a) o Método Roda proporciona o fortalecimento do sujeito e a democracia institucional, pois amplia a capacidade de análise e intervenção e a consequência é a democracia como produto social constituído de espaços de poder compartilhados- rodas, criando, assim, espaços coletivos na lógica da co-gestão.

No entanto, pensamos não em dispositivo de controle, mas na construção da capacidade de instituir compromissos e a autonomia do sujeito como uma relação indissociável entre democracia e instituição.

Nessa sintonia, Abrahão, Martins e Geisler (2008) ressaltam que a constituição de coletivos dar-se-á a partir de modelos centrados em experiências partilhadas de gestão, para um possível desencadeamento de processos de co-responsabilização, promovendo um modo

de gerenciar que tenha espaço para a dinâmica de singularização, portanto de autonomia dos sujeitos envolvidos.

Para tanto, é necessário ter o conhecimento no processo de gestão, porque não adianta fazer automaticamente as práticas, sem saber o porquê e a finalidade da sua prática social na produção do cuidado.

Nas falas do informante-chave [Ent.26] e do trabalhador [Ent.12], a prática de gestão deverá ter o conhecimento teórico para nortear o processo de trabalho diante das necessidades da comunidade.

É utilizar o conhecimento da teoria na prática fazendo (Ent. 26/ Grupo IV).

justamente e...e...e... é direcionamento desse conhecimento, direcionamento do conhecimento de coordenação do SUS propriamente dito e dos seus princípios e colocar a equipe eeee nesse direcionamento nas suas práticas. Então, são princípios que têm que tá nortearo nosso trabalho e como gestora e como gestão é tá sempre absorvendo as necessidades da comunidade e fazendo com que a equipe trabalhe a favor disso (Ent. 12/ Grupo II).

Diante disso, segundo Merhy (2005a), é preciso antes de tudo ser possuidor de um certo saber tecnológico - conhecimento, que lhe permita dar, pela sua ação concreta em si de trabalhar, dentro de certa maneira organizada de realizá-la. É fundamental saber fazer a produção do cuidado, mas também a maneira de organizar do processo da microgestão e macrogestão.

Destacamos, que o conhecimento é uma tecnologia de gestão que contribui para a produção social, pois os sujeitos que possuem esse saber tecnológico podem viabilizar o aprimoramento das práticas de gestão para suprir as necessidades da comunidade. Além de ser um instrumento utilizado pelos sujeitos sociais para a construção da prática, tendo em vista um espaço democrático, apesar de que, nem sempre o conhecimento é utilizado para democratizar a saúde e promover mudanças.

Outro significado apresentado nas falas dos gestores [Ent. 4 e Ent. 5] é voltado às práticas de gestão, a administração

[...] pra mim conceito **de gestão é isso, é o sinônimo de administrar**, fazer um bom planejamento (Ent.4/Grupo I).

**Quando eu penso na gestão me vem à ideia de administração**, mas não é só administrar é mais que isso é você fazer com que tudo que você aprendeu sobre o SUS seja colocado na prática e usar estratégias [...] de acordo com a realidade e os instrumentos que você tem. Basicamente isso! (Ent.5/ grupo I).

A prática de gestão é referida pelo usuário[Ent.21] também como administração.

Eu compreendo a prática de gestão na verdade como **o papel do administrador e do administrado de maneira compreensiva** e de maneira atenda e que contemple as pessoas (Ent.21/grupo III).

A partir dos sentidos/significados aqui relatados sobre a concepção de gestão como a administração, notamos um possível arraigamento no modelo hegemônico, apesar de trazer na fala do gestor [Ent. 4] como bom planejamento, na fala do gestor [Ent.5] é mais que administrar, é fazer tudo que aprendeu no SUS e na fala do usuário [Ent. 21] uma administração de maneira compreensiva que atenda e contemple as pessoas.

Diante de tais falas, resgatamos Campos (2007a) ao referir que modelo Hegemônico da Administração Clássica ainda não foi superado, pois a disciplina e o controle são valorizados na prática pela racionalidade gerencial hegemônica na produção de um sistema de direção que se alicerça no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria.

Ao nos reportamos à fala do gestor [Ent. 4], ela traz o planejamento imbricado na administração, constituindo-se um procedimento administrativo baseado na lógica de gestão da organização. Porém, acreditamos que o planejamento não se resume em um procedimento, mas como tecnologia de gestão capaz de transformar as práticas alicerçadas no modelo hegemônico. Porém, segundo Merhy (1995), é preciso que aconteça uma prática social de ambição transformadora que possa determinar novas relações sociais alternativas à lógica do mercado.

Já o gestor [Ent.5] traz uma perspectiva diferente em sua fala, que é fazer com que tudo que você aprendeu sobre o SUS seja colocado na prática e usar estratégias “[...] de acordo com a realidade e os instrumentos que você tem [...]” (Ent.5/Grupo I). Nessa concepção, percebemos a aplicação do conhecimento/apendizagem através das estratégias e dos instrumentos de acordo com a realidade, podendo limitar ou ampliar e burocratizar ou desburocratizar as práticas de gestão e atuação dos sujeitos envolvidos.

Corroboramos com Campos (2011) ao afirmar que a valorização do conhecimento instituído de outras experiências é um dos mecanismos que limita o arbítrio do agente, pois não atua segundo a finalidade de construir a reflexão sobre as ações e nem a alteração do agente junto com a reconstrução do contexto.

Contudo, temos a mesma compressão de Freire (1987) que é necessário ter um conhecimento que promova a reflexão para que tenhamos uma ação transformadora, pois esse ato promove uma práxis libertadora de um sistema de opressores e oprimidos.

Por outro lado, um outro entrevistado apresenta na sua fala uma nuance diferente das práticas de gestão como administração das falas dos gestores [Ent. 4 e Ent.5], como “[...] o papel do administrador e do administrado de maneira compreensiva e de maneira que atenda e que contemple as pessoas” (Ent. 21/grupo III). Aqui vemos que há uma ação compreensiva entre os sujeitos (administrador e administrado) para atender as necessidades da população. Entretanto, essa compreensão deve vir de um diálogo com o objetivo de promover a autonomia dos sujeitos no processo de saúde e doença e assim promover a co-gestão no sistema de saúde.

A co-gestão, segundo Campos (2007a), tem a potencialidade de criar momentos singulares, pois a ação dos sujeitos é decorrente da composição de desejos e interesses de um grupo ou de um sujeito com o sentimento de uma sociabilidade social e democrática.

Os entrevistados [Ent.24 e Ent. 26] apresentam um outro sentido de práticas de gestão como ações preventivas

[...] eu vejo a gestão da saúde como um tipo de trabalho voltado para a Atenção básica, mas o básico mesmo, lá no início do processo. Prevenção, **gestão tem que tá ligada diretamente a prevenção, prevenção** (Ent.26/Grupo IV).

[...] gestão na Atenção Básica deveria ser feita assim também. Que é que tá precisando? Eu tenho equipe pra isso? Tenho. **Então vamos traçar nossas metas, objetivos, vamos tentar por em prática, vamos melhorar a saúde da nossa população. Fazendo o quê? Prevenção.** Isso eu acho que é gestão (Ent. 24/Grupo IV).

O sentido dado à prática de gestão como prevenção tem convergência com o Doc. 8 - Portaria 2.488/2011, ao fazer referência que **Atenção Básica deve desenvolver ações de prevenção**, pois no ato de cuidar/terapêutico dos envolvidos são responsáveis e co-responsáveis pela gestão do cuidado.

Nessa concepção, de exemplificar concretamente as práticas de gestão dirigidas à prevenção, destacamos a fala do trabalhador [Ent. 13]

Gestão do SUS na atenção como você vai trabalhar dentro dos programas de saúde iniciais que você trabalha né, é o... que a gente desenvolve no dia – dia, como a gente trabalha? Pegando essas coisas, grupo de hipertenso, grupo de diabetes, grupo de pré-natal fazendo toda essa parte (Ent13, Grupo II).

Vimos, no decorrer deste estudo, a partir das observações nas reuniões, o envolvimento entre os coordenadores das Unidades de Saúde da Família e a coordenação da Atenção, o envolvimento dos coordenadores das USF e da coordenação da Atenção Básica em prol do cumprimento da produtividade às ações programáticas desenvolvidas no

município de Alagoinhas-BA, enfocadas em ações preventivas sendo convergente com a fala do trabalhador [Ent. 13].

A ênfase dada às Ações Programáticas diante do cumprimento das metas da produtividade dadas pelo Ministério da Saúde no campo pesquisado precisa ser relativizada. De acordo com Teixeira (2006), é uma proposta à implementação dos chamados “programas especiais” definidos centralmente como “pacotes tecnológicos” a serem incorporados aos serviços, ela ocorre de maneira verticalizada, estimulando os profissionais de saúde a buscarem continuamente aperfeiçoamento de suas práticas para a reorganização do trabalho.

Mas, ressaltamos que o modelo de Atenção Básica não deve estar apenas baseado nos “pacotes especiais” como organizadores do processo de trabalho da equipe de saúde da família, mas buscar a integralidade do cuidado que vai além de programas pré-determinados pelo Ministério da Saúde, pois os trabalhadores de saúde devem “buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta, seria assim a marca maior desse sentido de integralidade” (MATTOS, 2001, p. 50) na produção do cuidado.

Apesar da necessidade emergencial para o funcionamento do sistema de saúde, temos clareza que o modelo de Ações Programáticas na Atenção Básica baseada na clínica limita a ação comunicativa, a produção social e por fim a integralidade do cuidado, pois estão estruturados serviços/programas determinados a priori que, muitas vezes, não promovem a autonomia e a co-gestão dos sujeitos sociais.

Na realidade, defendemos um modelo de atenção à saúde usuário-centrado voltado para a Integralidade do cuidado coloca

[...] a integralidade como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez a uma afirmação da abertura do diálogo (MATTOS, 2001, p. 61).

Assim, as práticas do cuidado não se reduzem à clínica e aos dados epidemiológicos, mas atingem o aspecto social, econômico, cultural da população. No entanto, os trabalhadores de saúde precisam tanto de autonomia, como também utilizar as tecnologias leves, e leve duras e duras durante o processo de trabalho para desenvolver as ações em saúde inovadoras e resolutivas diante das necessidades que lhe são impostas.

Na Portaria 2488/2011 (Doc.8) destaca que uma das diretrizes para Atenção Básica é

Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das

diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. [...] Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2011, p.48).

A fala do gestor (Ent. 5/grupo I) é convergente a esse documento ao ressaltar que “Práticas de gestão do SUS, ai meu Deus, é procurar estratégias, promover estratégias pra que os trabalhadores, profissionais e os gestores desenvolvam ações de promoção a saúde dentro do SUS” (Ent. 5 / Grupo I).

As ações da promoção da saúde, segundo Teixeira (2004) estão associadas a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria), por haver uma articulação entre as estratégias que envolvem a ação do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a noção de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

A ampliação do olhar da saúde ao privilegiar o sujeito e não a doença, deverá também fazer os trabalhadores de saúde participarem imbuídos para a realização do cuidado diante da intersubjetividade entre saúde e doença. Logo, as práticas de gestão devem ser desenvolvidas por meio da análise reflexiva e criatividade entre os sujeitos sociais.

A análise aqui colocada sobre as práticas de gestão no cuidado por meio da clínica ampliada precisa da ação comunicativa (HABERMAS, 1987) para que os sujeitos desenvolvam a capacidade de recriar o sistema de regra na sociedade, produzindo o consenso, como podemos observar na fala metafórica do (a) gestor (a) [Ent. 3].

Então, **a gente tem que se ajustar, se afinar é uma orquestra que a gente tem que se afinar.** Que o produto é o usuário que ele sair satisfeito, sair contente. Que a gente produza os nossos dados não somente por produzir, mas com qualidade porque essa qualidade implica no bem está do usuário, eu acho que é isso (Ent. 3/Grupo I).

Ao fazermos uma analogia das práticas da gestão do SUS com uma orquestra, esta é composta por cinco classes de instrumento: as cordas, as madeiras, os metais, os instrumentos de percussão, os instrumentos de teclas, cada instrumento produz um som diferente, mas todos os sons juntos têm a finalidade de agradar ao público que vai presenciar o espetáculo. Assim, há uma compreensão de que as práticas de gestão na ação comunicativa promovam vários sons (sentidos), com o consenso cuidado-centrado no sujeito social- usuário.

Para Habermas (1988, p. 453),

a expressão ação comunicativa para aquelas manifestações simbólicas (lingüísticas e não-lingüísticas) com os sujeitos capazes de linguagem e ação estabelecem relações com a intenção de se entenderem sobre algo e coordenar assim suas atividades.

Logo, compreendemos que as práticas de gestão permeiam por diversidades de sentidos, mas a finalidade delas é o cuidado, mas, para isso, é necessário utilizar o agir comunicativo e a co-gestão da clínica, da saúde coletiva e organização do serviço como forma de reorganizar o sistema de saúde.

Ressaltamos que, na analogia entre as práticas de gestão e uma orquestra, há uma diversidade de sentidos a ser analisada, e que nesse primeiro momento nos restringimos ao eixo principal, que é o usuário no sistema de saúde, esta analogia será descrita durante o trabalho.

#### **4. 2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: “uma orquestra ‘ideal’ da racionalidade, ordem hegemônica e produtividade”**

Frente a esta categoria de análise nos detemos ao processo de trabalho da Secretaria de Saúde (SESAU) e das UBS/USF na organização do sistema de saúde mediante as práticas dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários. Para tanto, discutiremos o processo de trabalho da macrogestão (organizacional) e da microgestão (serviço de saúde) e o protagonismo dos sujeitos no processo da produção social na Gestão do SUS na Atenção Básica no município de Alagoinhas-BA.

O processo de trabalho vem sendo discutido durante décadas como forma de reorganizar ações, o serviço e o sistema de saúde. Então, para compreendermos o processo de trabalho, optamos pela concepção de Marx (2008) como precursor da discussão sobre trabalho no mundo capitalista.

Porém, também buscamos a origem do processo de trabalho em saúde, a partir dos estudos de Donnangelo sobre o mercado de trabalho quanto à prática médica como prática técnica e social diante da medicina comunitária (DONNANGELO 1975; DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Diante das transformações na saúde, em especial no campo da Saúde Coletiva brasileira, discutimos sobre o processo de trabalho embasado nos estudos de Mendes-Gonçalves (1994 a; 1994b), considerando-se a compreensão do processo de trabalho saúde na perspectiva marxista com articulação das tecnologias das práticas de saúde durante o processo de trabalho do profissional médico. Além de outros autores, Pires (1996), Peduzzi (1998;

2007), Merhy (1997; 2005a) e Campos (2007b; 2009), por considerarmos que as suas produções científicas são singulares para a construção da compreensão do trabalho em saúde, enquanto um processo da coletividade.

Etimologicamente Trabalho, segundo Ximenes (2000, p.917), “é o exercício profissional de alguma atividade produtiva e legalizada”. Compreendemos que o trabalho não se limita ao significado proposto pelo dicionário como apenas uma atividade produtiva por um profissional legalizado, mas como uma prática socialmente construída entre os sujeitos participantes da gestão.

Iniciaremos a discussão sobre trabalho abordando Marx (2008, p.202) ao afirmar que “é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. Nesse sentido, o trabalho do homem está imbricado à natureza,

Segundo Marx (2008), durante o processo de trabalho, o trabalhador não apenas transforma o que opera; este imprime ao material o projeto que tinha como finalidade, o qual determina o seu modo de operar e subordina sua vontade. Tem como elementos do processo de trabalho as atividades adequadas a um fim (próprio do trabalho), objeto (matéria prima) e instrumentos de trabalho.

Portanto, o processo de trabalho - atividade do homem operar uma transformação subordinada a um determinado fim no objeto sobre o que atua por meio do instrumento de trabalho - acaba quando se conclui o produto (MARX, 2008). Logo, o meio e objeto de trabalho vão refletir no meio de produção.

Em concordância com Marx, Mendes-Gonçalves (1994a; 1994b) compõe o trabalho em saúde categorias (objeto, meios, objetivo e resultado) como forma de satisfazer as necessidades sociais diante do valor dado no ato do consumo, no qual essas necessidades são construídas no princípio da historicidade e da socialidade humana.

Ao apresenta a consubstancialidade e a circularidade entre processo de trabalho e as necessidades de saúde, para Mendes-Gonçalves o processo de trabalho é inserido segundo as necessidades sociais e históricas estabelecidas, ou seja o trabalho promove uma relação social.

Na análise de Merhy (1997), o trabalho para Marx não é compreendido apenas na dimensão operativa enquanto atividade, mas como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção no momento do trabalho vivo em atividade.

Em consonância a tal afirmação, de acordo com Peduzzi (1998; 2007), o trabalho como processo de transformação se dá mediante a atividade do trabalho, realizado com o

consumo produtivo de força de trabalho e a intermediação de instrumentos que o trabalhador insere entre ele próprio e o objeto, para dirigir sua atividade a uma determinada finalidade. Complementando, Peduzzi (1998) assegura que o processo do trabalho em saúde opera além da relação homem natureza, a dimensão simbólica e intelectual, pois há uma relação intrínseca entre a produção e consumo, e entre o trabalho e necessidade.

Porém, segundo Campos (2007a), o trabalho tem o potencial de atender às necessidades dos próprios produtores, garantindo-lhes a sobrevivência e realização pessoal, por meio do método de Roda, por ampliar as possibilidades de análise do coletivo ao examinar com criticidade políticas, projetos, programas, modelos, práticas sociais e produtos, considerando-os simples meios para atender as necessidades sociais, assim permitindo os coletivos a reconstruir as organizações e os processos produtivos.

Compreendemos que trabalho está interlaçado aos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos. Pires (1996) apresenta o trabalho humano como relações que se estabelecem no processo de produção e reprodução da vida e diversas formas de produzir no conjunto com a sociedade, pois durante o processo de trabalho há um jogo político, econômico e social entres os sujeitos envolvidos.

Ao pensar o processo de trabalho em saúde, entendemos que os instrumentos/ferramentas e objetos no sistema de saúde devem promover a produção social. Para tanto, segundo Peduzzi (1998), no trabalho as necessidades sociais movem o sujeito ação, pois é introjetada a finalidade de caráter social do processo de trabalho.

Como proposta de produção social durante o processo de trabalho em saúde, Campos (2007a) apresenta o Método Paideia/Roda, que propõe uma recomposição conceitual e prática do trabalho. Para isso, apresentou três linhas de intervenção:

**Primeira:** estimulando a construção de um novo conceito de trabalho: que de uma atividade produtora de valores de troca (ou de mais valia), fosse pensando e remunerado como atividade produtora de Valores de Uso

**Segunda:** apoiando a recomposição operacional dos postos de trabalho pela instituição de políticas sociais que multiplicassem as oportunidades concretas deste novo tipo de trabalho. Isto tanto reconhecendo sua legitimidade, quanto o remunerando [...]

**Terceira:** tudo porque se considera o trabalho um dos planos essenciais para a construção de Sujeitos, de Coletividade e da Sociedade como um todo. Um modo essencial de expressão do Sujeito no mundo: a produção da Obra como um espelho em que a reflexão crítica (para além do auto-referência narcísica) tornar-se - ia possível (CAMPOS, 2007a, p.54).

Logo, o trabalho é toda e qualquer atividade humana voltada para o atendimento das necessidades sociais, ou seja, a produção de valores socialmente construídos, assim

transcende concepção de trabalho produtivo, proporcionando a constituição do Sujeito da práxis e do gozo (CAMPOS, 2007a).

A partir dessa análises cremos que o agir comunicativo de Habermas está inserido no processo de trabalho em saúde, pois a constituição do Sujeito requer a interação da linguagem como forma de transcender entre o saber e fazer, contribuindo para a autonomia que deve permear o espaço coletivo durante as práticas de gestão.

Por conseguinte, o processo de trabalho baseado no trabalho vivo deve proporcionar uma práxis inovadora na gestão e produção do cuidado, pois permeia as intersubjetividades da saúde e práticas dialógicas entre os sujeitos envolvidos, numa co-gestão com os agentes de saúde.

Logo,

o processo de trabalho em saúde é sempre uma intersubjetividade medida pela estrutura das organizações de saúde e das instituições sociais. Em todo o trabalho em saúde há o encontro entre os sujeitos com importantes diferenças em relação aos desejos, interesses, saber e coeficiente de poder (CAMPOS, 2009, p.59).

A compreensão que a comunicação durante o processo de trabalho realizado pelos agentes é uma condição *sine qua non*, pode viabilizar a interação entre os sujeitos sociais na construção da práxis que, segundo Peduzzi (2007), é a presença da intersubjetividade e do agir comunicativo no processo de trabalho inerente à interação social.

No entanto, conhecer o trabalho requer conhecer os sujeitos e o contexto do trabalho. A organização do trabalho, quando especifica os postos, as competências, as qualificações e as relações entre as pessoas produz implicitamente um modelo sobre o que os sujeitos apreendem e pensam sobre si mesmos (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Todavia, é necessário conhecer os sujeitos e a organização da gestão para dar um maior sentido ao apresentado até este momento quanto ao processo de trabalho da gestão do SUS na Atenção Básica, município de Alagoinhas, traduzido numa concretude aproximada da realidade.

Para isso, utilizamos a fala metafórica do (a) gestor (a) [Ent. 3]

Então, a gente tem que se ajustar, se afinar é uma orquestra que a gente tem que se afinar. Que o produto é o usuário que ele sair satisfeito, sair contente. Que a gente produza os nossos dados não somente por produzir, mas com qualidade porque essa qualidade implica no bem estar do usuário, eu acho que é isso (Ent. 3/Grupo I).

A partir desta metáfora fazemos uma analogia sobre o processo de trabalho em saúde e a orquestra, ao considerarmos os participantes (os agentes/sujeitos), a finalidade de cada um e suas atividades desenvolvidas. Para alcançarmos o objeto de estudo utilizaremos nesta

categoria a metáfora entre a orquestra e a organização da Atenção Básica. Todavia, mesmo sabendo que não existe uma única verdade, tentamos apresentar a mais próxima da realidade.

No século XVIII havia uma dupla regência. O Diretor da Orquestra sentava-se ao cravo e dava as ordens necessárias, mas no decorrer da execução a verdadeira regência ficava a cargo do Violinista Principal. O regente é denominado de *Spalla* (na Itália); *Concert Máster* (na Inglaterra) e *Konzert Meister* (na Alemanha) que tinha a função de conduzir o ritmo e a interpretação dos demais músicos (SILVA, 2013).

Verificamos que na orquestra há determinados grupos de instrumentos e em cada um deles existe uma hierarquia implicitamente aceita. Cada grupo de instrumentos provê um solista que será o protagonista dos solos e da liderança do grupo. Os violinos são divididos em dois grupos: primeiros violinos e segundos violinos, o que pressupõe dois *principais*. O *principal* dos primeiros violinos é designado como *chefe* não só de toda a secção de cordas, mas de toda a orquestra, subordinado unicamente ao maestro, esse violinista é denominado *spalla* ou maestrino. Nos metais, o trompetista é o líder, enquanto que nas madeiras esse papel cabe ao primeiro flautista.

Fazendo uma analogia à Secretaria de Saúde de Alagoinhas-BA, notamos que na organização do serviço há hierarquia entre Secretário de Saúde (maestro), as Diretorias (Diretoria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Auditoria, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria de Assistência à Saúde) seriam o violinista principal e o segundo violinista os coordenadores (Coordenação da Atenção Básica, Coordenação de Assistência Farmacêutica, Coordenação Controle, Avaliação e Regulação, Coordenação do Fundo Municipal de Saúde, Coordenação do Hospital Municipal Maternidade, Coordenação de Saúde Bucal, Coordenação de Atenção Psicossocial, Coordenação do SAMU 192).

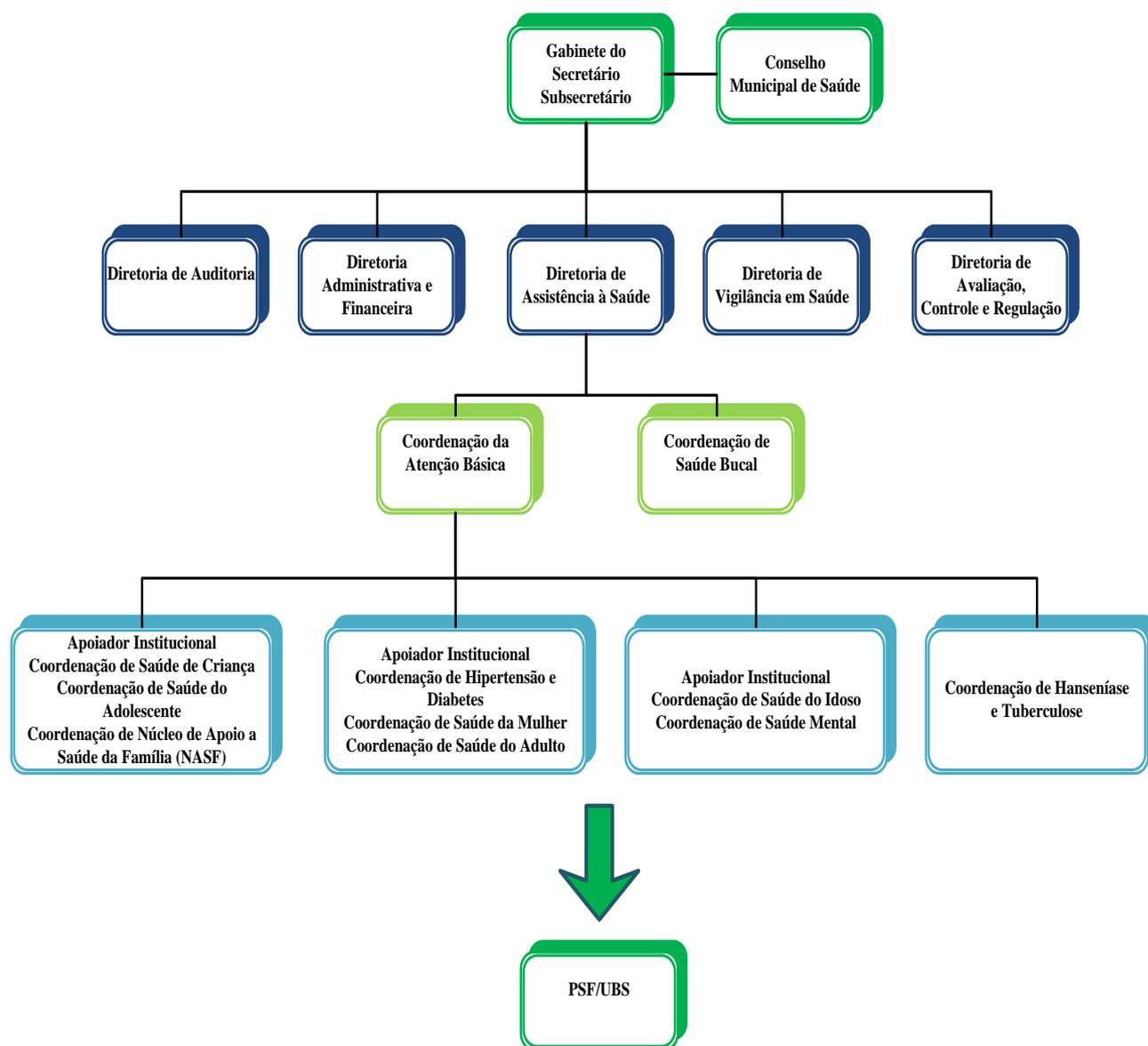
Para Silva (2013), hoje o cargo do regente/maestro da Orquestra tem a função de comandar dar às ordens necessárias e executar a verdadeira regência, ficando ao violinista principal -(*Spalla*) - apenas a responsabilidade pela comunicação entre a orquestra e o Regente, ou seja, é o porta-voz da Orquestra, além das suas responsabilidades musicais: afinação dos instrumentos da orquestra, solos e outros.

Assim, diante da nossa compreensão sobre a organização do sistema de saúde na Atenção Básica no município de Alagoinhas, tentamos distribuir os músicos dessa orquestra a partir da estrutura do sistema de saúde local, considerando-se que o Secretário e Subsecretário de Saúde representam o maestro; o violinista principal é a Diretoria de Assistência à Saúde, o segundo violista é o Coordenador da Saúde Bucal e a Coordenadora da Atenção Básica; os trompistas e flautistas são os Coordenadores dos Programas e Apoiadores Institucionais, que

estão ligados diretamente às equipes das Unidades de Saúde da Família na produção cuidado. E, fora dessa hierarquização, tem o Conselho Municipal de Saúde, representante da sociedade.

Na observação na Secretaria Municipal de Saúde é perceptível a hierarquia das funções, as relações de comunicação existentes entre os gestores, o organograma<sup>9</sup> 2 ao apresentar a dinâmica da organização na Atenção Básica, em Alagoínhas-BA.

O organograma 2, Estrutura Organizacional da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoínhas-BA, é apresentado a seguir, em forma piramidal.



Organograma 2 Estrutura Organizacional da Atenção Básica- Secretária Municipal de Saúde de Alagoínhas Bahia, dez. 2012.

<sup>9</sup> Este organograma foi construído diante das informações colhidas nas entrevistas com os gestores e na observação na SESAU.

Para Campos (2007a), o organograma piramidal é constituição da centralização do poder, no qual um superior tem o poder de decisão, que é um modelo burocrático de Fayol, para isso é necessário repensar sobre a forma da construção organograma, sem perder o norte, objetivo, a organização.

Entretanto, Campos(2007 a, p.151) ainda sugere a descentralização de maneira que envolva todo o pessoal na construção de uma identidade para o coletivo, criando fluxo de ideias, debates, negociações e compromissos, contribuindo para o sucesso da instituição e também o desenvolvimento das pessoas e agrupamento implicado com cada Organização, de tal modo “democratizando o poder e abrindo espaços para que os Colegiados Organizados sejam as Unidades Constitutivas das Organizações”.

Concretamente, vemos uma proposta a participação de todos na tomada de decisão, ou seja, criar espaços em rodas para compartilharem o rumo da organização, no sentido de sensibilizar o sujeito à criticidade.

No modelo piramidal da organização da SESAU de Alagoinhas, observamos um espaço de relação de poder em hierarquia, no qual o subsecretário é o sujeito com as responsabilidades da gestão em saúde, responsável pela análise e assinatura de documentos, além de ser representante da SESAU perante o Ministério Público diante dos problemas do sistema de saúde do município, participação nas reuniões de decisões tanto do município quanto das intermunicipais e estadual. Presenciamos também uma tomada de decisão do mesmo na ausência do Secretário de Saúde, como seu representante na SESAU.

Fizemos alguns destaques quanto a essa realidade, dentre elas é que naquele momento na SESAU de Alagoinhas não havia o cargo de subsecretário. O Secretário de Saúde é um gestor que não pertence à área de saúde, é um advogado e contador, com experiência administrativa, afirmativa que é ressaltada na fala dos gestores [Ent. 1, Ent. 3 e Ent.5]

Se você tem, hoje o nosso secretário de saúde apesar dele não ser da área saúde, ele é um crítico e ele ver muita coisa, como ele tem o contato direto com o gestor maior eee isso tem mudado muito, a gente vê a diferença (Ent.1/Grupo I).

[...] às vezes tem que convencer o secretário, convencer no sentido de argumentar e provar porque aquilo é importante, às vezes ele quer saber por que é importante [...] você tem que dizer a ele, justificar, comprovar e convencê-lo para ele poder liberar, e não é ruindade não, não querer liberar não, é porque ele quer ver se você sabe por onde está querendo ir mesmo e o motivo [...] Então assim, ele tem que tá o tempo todo prestando atenção qual a prioridade [...] (Ent.3/Grupo I).

foi um maior sacrifício, eu convencer, explicar a importância do agente comunitário, porque o agente tem que tá na área, porque faz falta até que ele se sensibilizou e convocou [...] às vezes a gente fala o gestor, não quis convocar não quis contratar, não quis chamar, mas é o limite orçamentário, não tem né. Ele [secretário de saúde] por ser, ele é um gestor administrativo [...]. Ele é advogado e tem uma experiência

muito longa em gestão pública, toda essa parte de planejamento, de execução, de despesa, de receita tudo isso ele sabe muito bem, domina muito bem [...]. Então, assim a gente tenta muito sensibilizar nessas ações, por exemplo, a importância, porque tem que abrir a unidade, porque as equipes têm que está completa. A gente teve perda de recurso no ano passado, passamos seis meses sem receber recursos porque as equipes estavam incompletas [...] que qualquer dificuldade que a gente tenha a gente passa pra ele por ele ser o secretário e ter acesso direto à gestão administrativa do município, ele tem como intervir, entendeu? No que repassado para secretaria, para a secretaria executar, isso ajuda muito essa experiência administrativa dele (Ent.5/ Grupo I).

Nestas falas, denota-se a necessidade de convencer o Secretário de Saúde quanto à importância da escolha, da ação para ele decidir qual a prioridade, a importância da escolha para a tomada de decisão, ou seja, os gestores dialogam, analisam. Nesse sentido, para Campos (2007a), na gestão deve haver uma análise coletiva dos núcleos temáticos. Porém, vimos que no final da fala do Ent.5 há uma seleção de prioridade determinada pelo Secretário de Saúde, e não uma decisão coletiva quanto às prioridades, reproduzindo um modelo normativo, de domínio, em detrimento da co-gestão.

O gestor tem uma experiência singular de administração, conforme as falas dos gestores [Ent. 1, e Ent. 5] para viabilizar a produção do cuidado na Atenção Básica. Foi necessário os integrantes de sua equipe sensibilizá-lo para a tomada de decisão quanto à contratação do ACS. Também nas falas dos gestores [Ent. 1, Ent.3 e Ent. 5] ficam explícitas que eles têm um contato direto com o prefeito, ou seja, devido a um contato mais político com administração municipal, ele consegue viabilizar os projetos de saúde.

Diante das falas dos gestores [Ent. 1, Ent. 3, Ent. 5], é visível a presença do poder administrativo, político e técnico, caracterizada pela ação do secretário de saúde por uma prática administrativa, que corresponde ao saber de normativo, organizacional, e manejo dos recursos econômicos, especificamente aos fluxos sociais do financiamento setorial (RIVERA, 1992) e o poder político que, segundo Testa (1995) e Rivera (1992), é a intersecção saber (empírico e científico) e a prática (dominação e hegemonia), construído numa lógica racionalista.

A experiência em gestão tem contribuído para a organização administrativa da gestão quanto à questão do planejamento no aspecto financeiro, ou seja, na viabilização ou realização de um projeto político. Mas, limitações no gerenciar acontecem, pois, muitas vezes, desconhecem o funcionamento do SUS, no qual o saber advém do conhecimento e prática (PEDUZZI, 1998), havendo a necessidade de um ‘apoio’ do subsecretário que é enfermeiro, técnico da vigilância sanitária, para estar fechando essa brecha na tomada de decisão quanto ao funcionamento do sistema de saúde.

Diante dessa perspectiva, de acordo Matus (1997) os resultados da gestão pública são incertos se a capacidade de governo é baixa; o projeto de governo é ambicioso e a governabilidade é inadequada. Além dos aspectos determinantes de capacidade de governo, que para ele se decompõem em **perícia pessoal** (deficiências mais comuns na formação intelectual da dirigência política tais como o egocentrismo objetivista, o determinismo; o departamentalismo; o acionismo; o normativíssimo político e tecnocrático; o imediatismo); **sistema de trabalho** (se refere às práticas em uma instituição e seu modo de gestão) e **desenho organizativo**.

Apesar de entendermos que, o gestor em saúde deve ter conhecimento de causa sobre o SUS, porém isso não quer dizer que ele não tenha um projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. Segundo Matus (1993), o equilíbrio entre eles caracteriza o bom governo, até porque o subsecretário tem experiência com a Saúde Pública.

Durante a observação na Secretaria de Saúde vimos a presença de uma consultora para a organização da Instituição, fazendo a busca de documentos referentes ao Conselho Municipal de Saúde para construir uma resposta à solicitação do Conselho de Saúde quanto à prestação de conta que não foi aprovada.

Assim, para tal reorganização da Secretaria de Saúde, abarcando-se inclusive as atividades dos gestores, houve a necessidade de um apoiador externo com experiência em práticas de gestão do SUS, tendo sido contratada uma consultoria/assessoria, permanentemente para orientar como gerenciar o sistema público de saúde. Soubemos que houve uma com tal assessora, secretário, subsecretário, diretoria de assistência à saúde e coordenadora da atenção básica, com o objetivo de elaborar propostas de reorganização, trabalhar as questões de planejamento, avaliação, gerenciamento das prestações de contas, e consultoria quanto ao processo de gestão.

Em convergência com a observação a fala do gestor [Ent.5] traz a presença da consultora na contribuição para a reorganização da gestão.

[...] gente pegou o plano que a gente tem aqui na diretoria de planejamento uma assessoria, uma empresa que faz a assessoria justamente nessa parte de gestão que é a pessoa que tá com isso é Fulana. Então, ela nos ajuda muito nessa parte de planejamento. Então, ela pegou o plano sentou com a gente, ou gente tá isso aqui no plano, o que é que a gente vai mudar? O que é que a gente tem que acrescentar? Uma coisa simples, esse plano foi aprovado pelo conselho (Ent.5/Grupo I).

A consultoria, para Campos (2007a), é um apoiador externo, pois possui o conhecimento presumido para agir, e ela está menos implicada que os dirigentes e membros

da equipe com disputas internas por poder e com a circulação viciada de afetos. Pode ajudar o grupo a enxergar e trabalhar impasses fundados nessa dinâmica.

Além do apoiador externo, para a organização da gestão, há o Apoiador Institucional como elo entre a SESAU e a comunidade com o objetivo de viabilizar as práticas de gestão da atenção básica.

Já o Apoiador Institucional com sua equipe desenvolve uma relação que é mediada de contratos, no qual há transferência e contratransferência que pode influenciar assim o processo de trabalho. Segundo Campos (2007a), esta transferência pode ser **nula** (uma relação burocrática), **manipuladora** (uma relação de dependência) e **crítica** (relação coletiva).

As apoiadoras, como a “ligação” entre SESAU e Unidades Saúde da Família (UFS), estão presentes nas falas convergentes entre os gestores [Ent. 2 e Ent. 5]

Em relação ao apoio institucional, a gente tem participação muito forte em relação a ter um elo entre a unidade de saúde e a Secretaria de Saúde, não deixar faltar nada, que é o principal. [...] (Ent.2/Grupo I).

[...] apoiadoras institucionais que o seu papel é justamente fazer o elo entre a unidade de saúde e a Secretaria Municipal [...]. Então esse apoiador é o articulador, ele funciona como o articulador então ele tá mais presente dentro das unidades ajudando os profissionais no que se refere ao funcionamento e a assistência [...] Então, dentro dessa unidade, esse apoiador funciona como articulador que tenta criar estratégias para um melhor funcionamento da unidade e traz para a coordenação e logo para a diretoria as decisões tomadas, quais são os problemas que eles enfrentam que a gente junto consiga solucionar (Ent.5/ Grupo I).

Outrossim, a fala do trabalhador a seguir também converge com tais gestores

[...] a gente ter um apoiador distante, dificultaria tudo. Porque na verdade o apoiador é justamente naquela hora que a gente tá precisando, ele tá acompanhando tudo, a estrutura física, a parte assistencial, a parte educativa, a gestão da gente. Então assim, esse apoiador ele existe para ser um elo, um apoio matricial né, então se a gente precisa a gente chama, chega junto, quando ele não resolve ele vai atrás de quem pode resolver, aí a gente não fica sem resposta (Ent. 6/Grupo II).

Como percebemos nas falas as apoiadoras são articuladoras na Atenção Básica para estar viabilizando a resolubilidade dos problemas que a equipe saúde da família não consegue resolver. Concretamente, no campo deste estudo, os apoiadores têm ajudado a gestão na organização do processo de trabalho das unidades.

Em relação à fala do trabalhador de saúde [Ent. 6] e a observação nossa na Secretaria de Saúde com o trabalho da apoiadora no desenvolvimento das atividades, convergem-se, ao ouvirmos um diálogo com a coordenadora de uma determinada unidade para resolver questões quanto aos materiais de consumo, metas e dados.

Por conseguinte, a tendência da participação do Apoiador Institucional é a proximidade das equipes de saúde aos gestores, pautada no diálogo

Essas práticas já tá se evoluindo muito já é aproximação do gestor com os trabalhadores, não é uma coisa direcionado de cima para baixo sem dialogo, sem discussão né, de um trabalho mesmo em conjunto. Então já tem se colocado em prática esse modelo de gestão um trabalho em equipe, eu acho o que está se prevalecendo e avançando ainda mais esses laços, se aproximando mais, o gestor dos trabalhadores [...]. Essa aproximação parte da coordenação [Apoiador Institucional] que são o representante do gestor geral, né? que é o secretario de saúde. Então, essa coordenação está mais próxima da equipe visitando, discutindo em reuniões com a equipe no local mesmo de trabalho, Então, isso já trouxe mais aproximação (Ent.12/ Grupo II).

Vemos assim, a construção de uma relação coletiva num trabalho em parceria com as apoiadoras e a equipe, o que tem trazido mudanças no processo de gestão e estreitamento de laços entre os trabalhadores de saúde (coordenador (a) da unidade) com os gestores como forma de facilitar ações gerenciais e assistenciais da unidade e também da SESAU, uma vez que, segundo Campos (2007a), sua função é de ajudar a gestão e a organização do processo de trabalho na construção de projetos de intervenção por meio da co-gestão.

Na SESAU de Alagoinhas, a fala de um gestor reforça que o apoiador tem ajudado na gestão, ao afirmar que esse trabalhador facilitou seu trabalho.

[...] não tinha as apoiadores institucionais. Então era muito complicado para mim, eu contava com boy que ele me ajudava bastante para ser meu olhos nas unidades. Então assim, hoje com a política de apoiadores que o Estado plantou e implementou que Alagoinhas aderiu hoje tá muito mais fácil, muito melhor (Ent.3/Grupo I).

Porém, as apoiadoras desenvolvem outras atividades na SESAU, acumulando as funções de apoiador institucional e coordenadores de programas ministeriais, conforme a fala a seguir:

Mas a gente enfrenta dificuldade também porque eu só tenho três apoiadoras e essas três coordenadoras ainda assumem coordenação de programas: Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde Mental, então diversos programas para as apoiadoras. Então, além de assumir o papel de apoiador institucional ela também assume o papel de coordenação (Ent.5/Grupo I).

A dificuldade dessas apoiadoras desenvolverem o seu trabalho é devido à sobrecarga de atividades, porque além de trabalhar nas unidades, são também responsáveis pelos programas específicos. Em consequência, tal sobrecarga de atividades se constitui em um obstáculo para o desenvolvimento das práticas de gestão.

Para a construção de governo é necessária a participação de sujeitos sociais para viabilizar as práticas de gestão do SUS. Os sujeitos das práticas de gestão para os gestores são

identificados como todos os sujeitos que trabalham diretamente na Secretaria de Saúde independente da sua formação e os demais trabalhadores da equipe de saúde da família,

Quem está envolvido nesse processo, somos nos como apoiadores e profissionais de saúde da ponta e os gestores maiores como o diretor atenção a saúde, o coordenador da atenção básica, secretário de saúde, vigilância epidemiologia né, vigilância a saúde. Enfim, todo mundo junto e misturado (Ent.1/Grupo I).

Prefeito, secretário, sub, a diretoria, as coordenações, as coordenações de nível central da secretária e a partir daí coordenadores locais de cada unidade saúde da família [...] (Ent.3/Grupo I).

[...] eu acho que todo mundo responsável, desde o agente de limpeza de lá da unidade até o secretário de saúde, todo mundo tem sua responsabilidade pra que aquilo aconteça, pra que a prestação de serviço aconteça da melhor forma, claro que cada quem com sua atribuição de acordo com seu nível de conhecimento, nível de formação, o cargo que assume mas todo mundo é responsável(Ent.5/Grupo I).

Diante destas falas [Ent. 1, Ent.3, Ent.5] afirmamos que a representação social quanto à participação dos sujeitos sociais na gestão é compreendida pelos gestores de maneira reducionista, pois o prefeito, os funcionários do sistema de saúde da Atenção Básica estariam inseridos no processo de gestão, tendo o gestor [Ent.5] ainda afirmado que todos esses sujeitos têm sua responsabilidade para a prestação do serviço.

Assim entendemos que essa estrutura de racionalidade gerencial hegemônica, no qual todos têm suas responsabilidades, atribuições para a prestação de serviço, em que há divisão de trabalho, segundo o conhecimento que possui, ou seja, há a fragmentação do mesmo processo de trabalho no qual a hierarquia ocorre de acordo com o conhecimento que possui. Nesse sentido, para Pедуzzi (1998), a divisão de trabalho reproduz em seu interior as relações políticas e ideológicas referentes às desiguais inserções sociais dos sujeitos.

Portanto, os gestores, trabalhadores e os usuários não são instituídos como sujeitos autônomos com capacidade de criatividade no espaço coletivo, não há a co-gestão na prestação de serviço para que aconteça da melhor forma.

Em concordância com Campos (2007a) entendemos que a participação dos sujeitos na gestão deve construir capacidade de análise e de co-gestão para que os agrupamentos lidem com a produção de bens e serviços, quanto à sua própria constituição no espaço coletivo organizado.

Entretanto, observamos na fala do gestor [Ent. 1], uma nuance de união, porém é visível uma hierarquia ao falar que os “gestores maiores”, ou seja, estão ‘acima’. E, este sentido quanto à participação dos sujeitos nas práticas de gestão, essa fala diverge da dos trabalhadores de saúde [Ent.14, Ent.18] e do usuário [Ent.22]

Existe uma pirâmide né, a pirâmide pode começar de cima ou então começar de baixo, do gestor que é da secretaria de saúde até funcionário, o auxiliar de limpeza (Ent. 14/Grupo II).

[...] é um efeito cascata, prefeito, secretário de saúde, subsecretário, a coordenação do posto de saúde, a diretoria do sistema, a coordenadora juntamente com seus supervisores, e passando assim pros enfermeiros e coordenadores de cada postos, isso tudo é uma gestão (Ent. 18/Grupo II).

[...] secretário é um dessas pessoas, então nesse caso o secretário é uma dessas pessoas, o coordenador do PSF é outra pessoa, enfermeira, incluindo as agentes comunitárias e logicamente o poder público é o principal desse processo, se o poder público não fazer os encaminhamentos devido ao processo de saúde não haveria saúde para nos (Ent.22/Grupo III).

É notório que a representação social é estruturada em uma pirâmide, na qual o sujeito é determinado de acordo com o poder que possui na gestão, essa estrutura reflete em todo processo de trabalho da macrogestão e da microgestão.

Para Peduzzi (1998, p.72), a “[...] as representações sociais enquanto produtos sociais devem ser compreendidas quanto às condições que as engendram isto é campo socialmente estruturado e discursos ou versões funcionais constituintes das relações sociais [...]”, uma vez que compreendemos que a percepção dos sujeitos quanto ao seu papel ou posicionamento na gestão reflete na construção social no qual está inserido.

Percebemos ainda, nas falas dos gestores [Ent. 1, Ent. 3, Ent. 5] e trabalhadores de saúde [Ent.14] e do representante dos usuários [Ent.22] a inexistência de representantes (conselho de saúde e associação de bairro), como participantes das práticas de gestão. Assim, a representação social quanto aos responsáveis pelas práticas restringem aos gestores e trabalhadores de saúde.

Por conseguinte, as práticas de gestão mais uma vez refletem um modelo de racionalidade gerencial hegemônica, pois os gestores e trabalhadores são os possuidores de poder e a responsabilidade de fazer a gestão, ou seja, não visualiza sujeito - usuário como cidadão com capacidade de analisar e fiscalizar as ações de gestão em sua sociedade dita democrática e como responsável pelo seu processo de saúde-doença.

Destarte, para Onocko Campos e Campos (2009) os sujeitos devem ter um projeto de autonomia para o caminho da responsabilização pela mudança das práticas do *statu quo* anterior. O usuário é um dos sujeitos que poderá contribuir com uma prática transformadora das estruturas hegemônicas por possuir autonomia para analisar e atuar no processo de gestão nos serviços nos quais está inserido, até porque tem direitos e deveres como cidadão.

Divergindo-se das falas dos gestores [Ent. 1, Ent. 3, Ent. 5], o gestor [Ent.4], os trabalhadores de saúde [Ent.12 e Ent. 13] e o informante-chave [Ent.26] em suas falas ressaltam a participação de todos os sujeitos (gestores, trabalhadores de saúde e usuários).

Desde o gestor até o servente, né? [...] Pra tá organizando também as coisas, se não tem um gestor que possa facilitar também o trabalho, nada acontece [...] modo geral todo mundo trabalha na saúde pública, além da comunidade também né? Tem que participar né? Se não, não acontece (Ent.4/Grupo I).

Primeira à comunidade né, sem eles como avaliador dessa pratica não vai pra frente [...] A secretaria e a equipe, mas primeiramente a comunidade (Ent.12/Grupo II).

Participa desse dá coordenação do programa saúde família, a unidade de saúde e também a participação da associação (Ent.13/Grupo II).

[...] os funcionário, a população [...] pelo menos o controle de saúde, participa também gestores participam, também conselhos municipal de saúde (Ent.26/Grupo IV).

Diante disso, compreendemos que todos os sujeitos - gestores, trabalhadores e usuários - são protagonistas da gestão. As falas dos trabalhadores de saúde [Ent. 12 e Ent.13] e informante-chave [Ent. 26] a presença do conselho, da associação de bairro como representante legal dos usuários viabilização uma gestão de/para todos.

Merece ser ressaltada a fala do trabalhador de saúde [Ent. 12] ao afirmar a participação do usuário na avaliação das práticas de gestão. No entanto, é preciso haver um compromisso e interação entre sujeitos em um espaço coletivo democrático. Assim, de acordo com Sanchez (2004), a participação cidadã afasta os velhos modelos rígidos e hierárquicos.

Diante da composição da participação dos sujeitos das práticas de gestão, entendemos a relação entre eles na produção social em saúde, pois no momento da articulação é notório o fluxo do poder pois, diante dessa subjetividade, a fala está intrínseca aos atos.

O gestor [Ent.5] na sua fala diz claramente quem tem esse “maior poder”

[...] **quem tem o maior poder decisório é o secretário** [...] **é uma gestão mais negociada**, quem tem contato maior com o secretário são os diretores né, tudo que se passa tem precisa se passar pelo diretor, a mesma teoria que houve, aqui, é a mesma estratégia né, já falou com sua diretora? Não. Então, fale com sua diretora e depois vem falar comigo. **Tudo que acontece na minha diretoria tem que passar por mim pra o secretário ser ciente**, a gente tem ligação muito grande, muita às vezes ele recebe denuncia da comunidade, tou sabendo que tal unidade o médico chega tal hora doutora verifique isso pra mim, aí vou sento com a apoiadora e pergunto o que tá acontecendo?(Ent. 5/ Grupo I).

Ao fazer referência à concentração do poder decisório e à hierarquia de comunicação no processo de trabalho da SESAU, o Ent.5 refere a presença de um modelo hegemônico de gestão, remetendo a uma estrutura de uma pirâmide, o que destoa da proposta de Campos

(2007a; 2007b), Ayres (2001), Rivera (1996; 2003), Habermas (1990; 2003) ao afirmarem que deve haver uma interação comunicativa horizontal diante das intersubjetividades dos sujeitos presentes na produção social.

Para tanto, defendemos a interação em saúde como produção social em que deva haver o agir comunicativo e a co-gestão, pois os sujeitos compartilham dos planos para a construção de uma práxis social. A articulação entre os sujeitos da Gestão do SUS na Atenção Básica apresentada pelo Gestor [Ent.5] vem reforçar a fragmentação da comunicação entre o sujeito como coordenador da ação, pois está estruturado em situação de “domínio”.

A respeito desse agir comunicativo, vimos na SESAU que o fluxo da comunicação ocorre de forma hierárquica, pois os apoiadores institucionais e coordenadores dos Programas da Atenção Básica têm uma relação horizontalizada com a coordenadora da Atenção Básica, como também com a diretora de Assistência à Saúde, pois ambas trabalham na mesma sala; porém, quem tem uma maior inserção junto ao Secretário de Saúde e ao Subsecretário é a Diretora de Assistência à Saúde.

Dessa forma, a organização da Secretaria Municipal de Saúde da Alagoinhas-BA ainda se configura no modelo funcionalista da administração, pois segundo Fayol (1990, p.57) “Constitui a hierarquia a série dos chefes que vai da autoridade superior aos agentes inferiores”, e remete à organização dos instrumentos em uma orquestra no qual há uma hierarquia para tomada de decisão e no diálogo entre os sujeitos, permanecendo assim no modelo hegemônico da abordagem Clássica da Administração.

Apesar desta hierarquia na comunicação, a fala do gestor [Ent. 5] faz referência à uma gestão negociada, sendo complementada com a fala do gestor [Ent. 3] quando refere que “existe uma relação de respeito e de que você pode sentir a vontade para falar na verdade a diretoria fica junto comigo. Então, assim ela compartilha de tudo, ela passa para o secretário de saúde”.

A fala do gestor [Ent. 3] também converge com a fala desse gestor [Ent.5] destacada a seguir:

[...] então assim, ele [secretário de saúde] tem que tá o tempo todo prestando atenção qual a prioridade, porque realmente tem que tá trabalhando com prioridades. Então a gente tem que mostra a ele porque aquilo é prioritário [...] a gente fica esperando a decisão dele, se ele acata ou não o que a gente pede e a gente vai tentando mais tarde. (Ent.3/Grupo I).

Embora haja um “elo” entre a diretoria e coordenadora da Atenção Básica com uma horizontalidade da comunicação, há também uma hierarquização na tomada de decisão.

Para Campos (2009), a democratização das organizações, ampliando as possibilidades de gestão participativa é importante, mas não suficiente para assegurar a ampliação da capacidade de reflexão e de ação dos sujeitos, em virtude, ao nosso ver, da rede do poder.

[...] a **rede de poder possui** uma forma piramidal. Existe, portanto, um ápice mas, mesmo em um caso tão simples como este, este ápice não é a fonte ou o princípio de onde todo poder derivaria como foco luminoso (está imagem que a monarquia faz dela própria). O ápice e os elementos inferiores da hierarquia estão em uma relação de apoio e de condicionamento recíproco; eles se sustentam (o poder, “chantagem” mútua e indefinida) (FOUCAULT, 2007, p.221).

A citação de Foucault leva-nos a refletir sobre a articulação complexa de poder que ocorre na Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas, pois a pirâmide existe, havendo esse apoio da base (Diretoria da Assistência e a coordenadora da Atenção Básica) como forma de manter suas especificidades, ou seja, a concentração de poder (no secretário) de acordo com sua representação na pirâmide.

No entanto, a presença de um modelo de gestão piramidal não permite a capacidade de reflexão e autonomia dos sujeitos proposta pela gestão em roda que discute e analisa com os sujeitos as necessidades e as prioridades no espaço coletivo. Logo, a determinação de prioridades pelo secretário centraliza o poder de decisão, engessando a criatividade, autonomia, a perspicácia do trabalho coletivo e da construção do Ser Sujeito nesse processo.

Em contrapartida, segundo Campos (2007a), é necessário desconstruir os modelos hegemônicos, os modelos de orquestras para que haja a interação entre os sujeitos para tomada de decisão, ou seja, sair da pirâmide para uma roda que produza reflexão e criticidade dos sujeitos quanto aos núcleos da gestão.

Esta afirmativa está presente nas falas do gestor [Ent.1] e na fala do informante Chave [Ent.24]

[...] é uma coisa que não depende da gente como apoiador entendeu, a gente não tem muito o poder decisão, a gente tem o poder de conversar, mas o poder decisório não tem algumas, coisas que não cabe ao apoiador, tem coisas que dependem de uma instância superior e ai acaba atrapalhando.....  
Exatamente, e às vezes é muito além do que eu posso resolver ai depende de um terceiro, e às vezes o terceiro não dá importância que eu dou, que eu vejo e que trabalhador da ponta *ver* (Ent.1/Grupo I)

Muitas ações deixaram de ser feitas por pequenas coisas. E a gente não tinha essa autonomia, não tínhamos o apoio pra tomar certas decisões, de dar uma advertência, por exemplo, você pra dar uma advertência você precisa do apoio da direção e do secretário junto de você. Você não pode tomar uma decisão dessa. E muitas vezes a gente não tinha. Então você se sente recuado, ou seja, precisamente acuado no canto sem poder se movimentar aonde você tem tudo pra se movimentar, mas você não tem um braço pra te ajudar. (Ent.24/Grupo IV)

Tais falas são convergentes com a Ent.5 quanto à concentração do poder de decisão às instâncias maiores. Também está presente na fala do gestor [Ent.1] a falta de autonomia para a resolubilidade das necessidades das unidades e a desarticulação quanto à escolha de prioridades.

O modelo de hierarquia de organização comparado à orquestra sinfônica, de acordo com Campos (2007a), é a expressão ideal da racionalidade, ordem hegemônica e produtiva. E tudo, meticulosamente, organizado em função de um produto inefável: música. A perfeita combinação de trabalho disciplina e dedicação à pertinaz tarefa, havendo a presença de artista interprete com pequena autonomia, todos subordinados à disciplina imposta pelo Maestro e pela pauta.

A pequena autonomia que Campos referiu é apresentada pela Ent.1, ao afirmar que depende de “terceiro” para resolver os problemas, subordinando-se às determinações das instâncias superiores que estão distantes do processo de trabalho da micropolítica.

Nesse trilhar, Campos (2007a) apresenta como um caso de separação entre quem concebe o trabalho e quem executa. O compositor distante escreve uma música que os interpretes executarão. O maestro inventa arranjo, realça esse ou aquele traço e ordena o desempenho de todo.

Sendo assim, o poder de decisão fica centralizado em instâncias superiores e se distancia das necessidades da população por não reconhecer as prioridades propostas a serem desenvolvidas nas práticas de gestão.

A tomada de decisão deve partir do interesse da coletividade, e da articulação entre os sujeitos, para Tanaka e Tamaki (2012, p. 822) a tomada de decisão na gestão em saúde é complexa e permeada de subjetividade e incertezas. Nesse sentido é necessária a interação dos sujeitos com capacidade para refletir e analisar a conjuntura da gestão diante da decisão do rumo da organização do sistema de saúde.

Em divergência com a fala do gestor [Ent.1] e do informante chave [Ent.24] quanto à centralização da tomada de decisão, os gestores [Ent.3 e Ent.5] falam do compartilhamento na tomada de decisão, do poder, além da articulação para a construção

Que eu acho que fazer gestão, coordenar não é impor, não é determinar, tem que ser compartilhado, conhecimento a gente troca, né? Não sou a dona do saber, eu tenho uma posição hierárquica dentro da rede, mas isso não me faz melhor ou detentora de algum poder ou conhecimento eu só estou mais a frente na tomada de decisões e isso eu faço, determinações dentro do ambiente de trabalho [...]. Aqui a gente não costuma tomar decisão unilateral aqui à gente compartilha as decisões e eu dou o aval final por ser diretora, mas são compartilhadas. O papel do diretor, pelo menos onde eu acho que me encontre é justamente esse né? Deixar as pessoas à vontade,

não à vontade no sentido de fazer o que quer, mas a vontade para ter deliberações e compartilhar com a direção e a gente junto decidir. Então, eu acho que o processo decisório ele tem que ser compartilhado também (Ent.5/Grupo I).

Porque assim o que eu entendo de gestão aqui no PSF em Alagoinhas assim, e no meu modo de pensar, eu faço a coisa assim ... depende da demanda, eu faço a coisa compartilhada, dividida, eu não simplesmente pego a pessoa tiro do lugar sem explicar o motivo eu não dou uma ordem sem dizer o porquê, eu acabo chamando as pessoas envolvidas e a gente conversa sempre, [...] Eu sempre acho que a gente deve compartilhar. Embora muitas vezes você precise tomar algumas decisões que não agrade, mas infelizmente a gente tem que fazer o melhor para todo mundo (Ent.3/Grupo I).

As falas [Ent.5 e Ent.3] são apresentadas por gestores com ‘papéis’ diferentes na SESAU e sua conduta é refletida nessas falas, apesar de trazerem o compartilhamento na tomada de decisão, elas apresentam nuances diferentes.

Segundo o gestor [Ent.5], o “aval final” é da diretora por ser seu papel, havendo um paradoxo quanto à tomada de decisão unilateral. Assim, compreendemos que há uma hierarquização de poder, e essa tomada de decisão é delimitada diante do seu entendimento quanto ao seu papel na gestão, ou seja, utiliza-se do agir estratégico.

Comungamos com Habermas (2003; 1990), que a forma de comunicação entre esses sujeitos mantém o *status*, e aponta para uma lógica própria, subjacente na comunicação linguística, a qual só tem efeitos coordenadores durante o tempo em que submeter a atividade teleológica dos atores a determinados limites

Dessa forma, é constituída a burocratização na tomada de decisão, um processo de gestão baseado no modelo Clássico da Administração em que a função determina a concentração do poder, nesse sentido essa prática de gestão é semelhante a uma estrutura da orquestra sinfônica, em que o maestro possui o poder de determinar a organização e a condução dos músicos para a apresentação.

Enquanto a fala do gestor [Ent.3] faz referência que a tomada de decisão é melhor para a maioria, nessa perspectiva compreendemos que há um diálogo entre os sujeitos (gestores e trabalhadores de saúde) e a interação da intersubjetividade, cujo objetivo é alcançar a maioria. Então, para Habermas (1990, p.129), “os atores envolvidos estão dispostos a atingir os objetivos mediatos da definição comum da situação e da coordenação da ação assumida dos papéis de falante e ouvintes em processo de entendimento”.

Assim, ao criar um espaço da coletividade, esse constrói a democracia com a participação dos sujeitos enquanto tomada de decisão, com possibilidades de promover a criticidade dos sujeitos no processo de gestão.

No entendimento por parte dos gestores [Ent.3 e Ent.5] há uma gestão compartilhada em que todos participam da decisão. Porém, há divergências com as falas do gestor [Ent.1] e o informante-chave [Ent.24], pois não há autonomia para tomar a decisão, cabendo à instância superior decidir qual a prioridade e as decisões que devem ser tomadas.

Diante da diversidade no saber, pensar e fazer a gestão, procuramos compreender o processo de trabalho encontrado na organização a partir das práticas desenvolvidas pelos gestores, trabalhadores e usuários. Entre os gestores [Ent.1 e Ent.5], eles destacam como suas atribuições e competências: orientação, organização, planejamento, monitoramento e avaliação.

Minha competência e atribuição é **orientar** para que as coisas aconteçam da melhor maneira possível tentar **organizar** o serviço e consegui alcançar o desejado (Ent.1/Grupo I).

É organizar né a diretoria de assistência de forma que os serviços, a organização dos serviços aconteça da melhor forma possível pra ter um melhor atendimento a população. Mais um administrador do SUS né, não com o perfil de administrador, mas com perfil de profissional de saúde. E dentro das atribuições além da **organizar, planejar, monitorar, avaliar**, eeee eu acho que é envolver os profissionais na gestão de forma que se sintam atuantes, participantes e responsáveis contudo que acontece , na gestão, e o que é refletido lá na ponta , na prestação de serviço [...] (Ent.5/Grupo I).

Como vemos, a atividade organização dos serviços é convergente tanto para atingir o desejado quanto para melhoria do atendimento da população. Mas entendemos que para isso é necessário desvendar objeto, objetivo e os instrumentos utilizados na gestão do SUS da Atenção Básica no município de Alagoinhas.

Comprendemos e defendemos neste estudo que organização do serviço tem reflexos nas práticas cotidianas traduzidas no processo de trabalho uma vez que o objeto de trabalho é o sujeito/usuário, tendo como finalidade a produção do cuidado permeado pelo Método de Roda, utilizando como meio o agir comunicativo presente no planejamento, controle social e educação permanente entre outros, perante as intersubjetividades encontradas na gestão em saúde.

Na tentativa de desvendar o processo de trabalho encontramos na fala do gestor [Ent.5] que, além de organizar, ele planeja, monitora, avalia e envolve os profissionais na gestão de forma que se sintam atuantes, participantes e responsáveis pelo processo de gestão de forma que alcance a prestação de serviço.

A fala do gestor [Ent.5] converge com o Plano Municipal de Saúde de 2010-2013 (ALAGOINHAS 2010, p.39-Doc. 2) ao referir que Diretoria à Assistência a Saúde tem por

“finalidade formular, promover e avaliar a política de saúde, bem como planejar, coordenar, promover, supervisionar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à saúde da população do município”.

O planejamento como um instrumento orientador do processo de trabalho é aqui colocado nesta fala a seguir:

Por exemplo, no final do ano passado de 2011, a gente sentou com as apoiadoras e a coordenadora da atenção básica e discutiu, né? O que vai programar para 2012? o que vai fazer de 2012? O que a gente tem melhorar em 2012? Então, a gente fez toda avaliação, todo monitoramento dos indicadores, que isso também a gente faz na PAVS [Programa de Ações Vigilância a Saúde] a cada seis meses a gente tem avaliação pelo Estado eee dos indicadores da Atenção Básica e a gente viu né qual foi o retrato, qual foi o diagnóstico né? o Estado quando ele vem , quando ele faz essa avaliação, ele faz muitas críticas, há porque vocês não alcançaram? Porque vocês estão baixo? Porque vocês estão... dentro daquelas limitações que a gente encontrou, a gente procurou promover estratégias. Então, quando a gente sentou no ano passado, no final do ano pra discutir quais ações realizados nesse ano, a gente pensou em capacitações ,eee traçou em saúde da mulher, o que a gente vai fazer? Fez a semana da mulher com as ações, monitoramento e seguimento do SIS COLON, monitoramento e seguimento do SIS MAMA é tanto que a gente recebeu esse ano o saúde e movimento do rastreamento do câncer de mama. Então muitas ações que a gente tá acontecendo hoje foi o planejar desde ano passado né. Então [...] a gente traçar estratégias de planejamento no próprio relatório final que a gente fez no ano passado a gente colocou quais as ações que a gente estaria executando esse ano. Exatamente para poder cumprir, como eu lhe disse, não adianta ficar trabalhando, trabalhando sem um planejamento acaba me perdendo o que eu poderia ter feito, não fiz. Então, o planejamento serve pra isso ser um orientador pra que gente consiga colocar em prática ações que possam melhorar a assistência, muitas ações que a gente planejou que estão sendo executado foi planejado no ano passado (Ent.5/Grupo I).

Na fala do Ent.5 o ato de planejar é utilizado como meio de organizar o trabalho para melhorar a assistência considerado um orientador das ações, até porque, segundo Matus (1993, p.13), “planejar é tentar submeter o curso do acontecimento à vontade humana [...]”. Nesse contexto, refere-se às práticas das ações para melhorar a assistência. Mas ressaltamos que para Matus esse planejamento está inserido no processo social.

Ainda na fala do Ent.5, as ações são planejadas no ‘passado’ e serão realizadas no ‘presente-futuro’, são frutos do relatório que trazem os indicadores de saúde, ou seja, o diagnóstico situacional para criar estratégias diante das limitações apresentadas pelos indicadores dos programas ministeriais, para isso houve um diálogo entre os gestores, sem a participação dos outros sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários).

Assim, o planejamento verbalizado na fala do gestor [Ent.5] apresenta um retrato da organização da Atenção Básica com ações produzidas pelos trabalhadores de saúde que estão presentes nos indicadores, sem participação dos envolvidos. Essa construção do planejamento no modelo normativo não envolve os sujeitos sociais que participam desse processo.

No entanto, a proposta do planejamento do Plano Municipal de Saúde 2007-2009 (ALAGOINHAS, 2007 - Doc. 1) diverge da fala do gestor [Ent.5], pois propôs o Método em Roda, utilizou o método de roda nos modelos convencionais tendo sido realizada uma oficina para a construção do Plano Municipal de Saúde com participação de diversos setores da SESAU e também com a presença do Conselho Municipal de Saúde durante a construção do plano. “Pois Método, em linhas gerais, pressupõe trabalho em grupo, construção de espaços coletivos, formação de compromissos, transferência de afetos, construção de sujeitos com capacidade crítica de análise e busca desconstruir obstáculos estruturais e culturais”.

Em convergência com a fala do gestor [Ent.5] e diferente do Plano Municipal de Saúde 2007-2009, o Plano Municipal de Saúde de 2010-2013, propõe o método CENDES/OPAS e Relevância, Urgência, Factibilidade e Viabilidade (URF-V) para avaliação dos problemas dos serviços, o qual foi elaborado por uma equipe técnica da SESAU, os gestores e a participação do conselho.

A RUF-V são critérios para a construção da rede explicativa dos problemas priorizados, sendo um dos passos da análise da situação da saúde para a construção do Plano baseado no modelo de planejamento no enfoque estratégico - situacional, ou seja, para a construção do PPLS (BAHIA, 2009; TEIXEIRA; VILASBÔAS; ABREU-DE-JESUS,2010).

O plano foi construído baseado no planejamento com características normativas e enfoque estratégico – situacional. Porém quando se planeja em cima dos problemas de serviços, e estado de saúde de acordo com sua magnitude, relevância, transcendência, vulnerabilidade e custo, pode “engessar” a organização, até porque não podem existir os problemas quase-estruturados no processo de trabalho em saúde.

No entanto, Giovanella (1991) afirma que o planejamento do CENDES/OPAS é uma transposição rígida do planejamento econômico normativo, ou seja, um método em que a realidade deve funcionar enquanto norma e cujo objetivo é otimizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, sendo a escolha de prioridades feita a partir da relação custo/ benefício. Nesse método, a formulação do plano é construído a partir desse diagnóstico, a partir da seleção de prioridades e proposta uma nova organização de recursos, relacionando-se então os instrumentos normalizados aos danos priorizados, com o intuito de alcançar maior eficácia e eficiência nas ações de saúde.

Portanto, o planejamento normativo parece confinado àquelas experiências em que existe uma boa concentração de poder e um razoável consenso popular (social), garantindo o cumprimento das diretrizes e das normas do Plano ou relatórios (RIVERA, 1987), não

levando em consideração os aspectos sociais e subjetivos presentes na organização do sistema, serviços e ações de saúde.

Complementando a fala do Ent.5, o gestor [Ent.2], refere que o planejamento é construído a partir de um problema para ter resolutividade do mesmo.

O planejamento vem a partir de um, geralmente, a partir de um problema e a gente vai identificar porque que veio esse problema e a gente começa a planejar, eee, pra resolutividade desse problema ou pra evitar que venha surgir algum problema (Ent.2/Grupo I).

Nesta fala esse planejamento é construído diante do aparecimento do problema. Logo, o planejamento deve ser construído não apenas quando surge o problema, mas para organizar as ações, os serviços e o sistema de saúde, além de ser uma estratégia de rompimento do *status quo*.

Para Silva e Nascimento (2011, p.21), o planejamento deve voltar-se para a constituição de novos paradigmas e de novas estratégias, que nos conduzam a mudanças, transformações da realidade social na área da saúde.

Ainda quanto a essa questão, o gestor [Ent.3] tem uma fala diferente da fala dos gestores [Ent. 2 e Ent.5] ao afirmar que o ato de planejar surge de acordo com a demanda; o planejamento é pontual e não sistematizado e ocorre durante as reuniões.

[...] eu não tenho essa prática de tudo organizadinho [...] a gente senta aqui vem uma demanda, aaaa isso é uma pauta para reunião, anota ai é uma pauta para a reunião, a gente vai anotando, chega o dia da reunião e tem aquilo tudo aquilo pra conversar. Então, assim, às vezes a gente tenta, planeja uma ação pontual, evento, como vai estruturar. Fulana às vezes não estou gostando como estão os apoiadores, não estou gostando como é que esta essas visitas nas unidades. Então, ai a gente senta aqui todo mundo faz a reunião e ai a gente refaz o planejamento, como se daria isso, o turno, a gente senta e faz em alguns momentos e se eu disser que é sempre não, se a gente faz de uma forma não estruturada de uma forma meio eee [...], espontâneo [...] eu não faço uma coisa sempre planejado, vamos sentar aqui, não, não tem isso, às vezes vai no improviso mesmo, a gente depois que a gente fala que anota, e não primeiro anotar para depois falar, a gente é ao contrário ( Ent.3/Grupo I).

Percebemos, assim, uma prática que apenas apaga os “incêndios” que vão surgindo durante a gestão, caracterizada numa prática desorganizada. Porém, defendemos que o planejamento deve propor caminhos que construam uma prática transformadora capaz de suprir as necessidades sociais diante da intersubjetividade presente na saúde para construir o Ser Sujeito.

Comungamos com Abreu-de-Jesus e Assis (2011) que o planejamento em saúde deve ser alicerçado em práticas transformadoras que estabeleçam estruturas revolucionárias para produzir sujeito com autonomia e consciência de suas responsabilidades históricas e do seu

papel na luta contra-hegemônica, na co-produção de necessidades e na transformação da realidade objetiva, subjetivamente construída.

Todavia, a fala do gestor [Ent.4] se contrapõe às falas dos Ent. 2, Ent.3 e Ent.5 (gestores) ao afirmarem a falta de planejamento, o maior obstáculo da gestão.

O obstáculo maior justamente foi à falta de planejamento como eu lhe falei, tudo é em cima do planejamento [...] pra mim foi a maior dificuldade, justamente organizar a base, tá entendendo? Justamente pra ter um bom funcionamento, pra mim foi a maior dificuldade (Ent.4/Grupo I).

A fala [Ent.4] nos remete à falta de organização no serviço de saúde, pois o planejamento é instrumento utilizado durante o processo de trabalho para transformação social, no sentido de proporcionar integralidade, equidade e universalidade. As suas ausências vão inviabilizar práticas de gestão resolutivas e inovadoras.

Destarte, temos o entendimento que o planejamento deva proporcionar mudanças no modelo hegemônico, pois para Abreu-de-Jesus e Assis (2011) este [planejamento] é um dispositivo capaz de instituir sujeitos da práxis transformadora e assim reorganizar o serviço de saúde.

Assim, a falta de planejamento conserva o modelo hegemônico de gerenciamento e, em seguida, fragmenta a produção do cuidado. Assim, o gestor [Ent.1] complementa a fala do gestor [Ent.4] ao ressaltar que a ausência do planejamento na unidade e na SESAU tem consequência na falta de comunicação para programar.

Eu acho que a falta de planejamento também inclui a unidade, mas a falta de planejamento inclui a própria secretária, entendeu? ééé falta de comunicação, falta de comunicação mesmo, **falta de sentar e programar** (Ent.1/Grupo I).

Para esse gestor [Ent.1] a comunicação é considerada importante no ato de planejar. Daí, entendermos que o agir comunicativo no ato de planejar permite que os sujeitos coletivos analisem a complexidade que envolve a saúde para uma tomada de decisão que atenda a coletividade e a construção do sujeito autônomo e com criticidade no processo social para a reorganização do serviço de saúde.

Nesta perspectiva, o agir comunicativo permite uma compreensão compartilhada da situação entre sujeitos, criando um espaço coletivo democrático para a construção de um projeto que promova ações transformadoras do modelo hegemônico.

Para Rivera e Artmann (1999, p.357),

[...] a perspectiva comunicativa não se reduz à escolha de métodos, mas envolve o processo gerencial como um todo, a partir de uma racionalidade ampliada, para além da racionalidade de fins, considerando o mundo da vida dos atores envolvidos numa

postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromissos.

Deste modo, compreendemos que a ação comunicativa coletiva inserida no ato de planejar é permeada pela intersubjetividade dos sujeitos, promovendo criatividade e reflexão da situação social, econômica, política e cultural em que vivem, com a possibilidade de desenvolver uma práxis transformadora. Portanto, a comunicação pode permitir a interação da SESAU com as unidades de saúde da família na gestão para criarem estratégias para uma gestão compartilhada.

Complementado sua fala, o gestor [Ent.1] faz a afirmação que o ato não planejado/programado pela SESAU vai refletir no andamento da produção do cuidado nas USF.

[...] porque assim se a gente não programa aqui a gente vai ter um espelho ali entendeu, de um trabalho que não tá saindo adequado, eles [trabalhadores de saúde] também sentem falta disso, eles às vezes reclamam aaaa falta de comunicação, programação. Vocês devem falar a mesma língua é essa palavra que eles usam, falar a mesma língua (Ent.1/Grupo I).

Como podemos observar, este fragmento de fala reflete no processo de trabalho nas unidades de saúde da família. Dessa forma, os trabalhadores de saúde precisam ter um entendimento mútuo das questões a serem planejadas.

Compreendemos, então, a relevância da articulação entre gestores e trabalhadores de saúde, permeando-se pela ação comunicativa para construir o entendimento mútuo durante o processo de trabalho para produzir ações centralizadas no sujeito, ou seja, deve-se utilizar do agir comunicativo na gestão para a reorganização do serviço de saúde.

Quando se “fala a mesma língua” entre os sujeitos para planejar a organização do serviço, é necessário um agir baseado na busca do entendimento (agir comunicativo) o qual, para Lima e Rivera (2009), é constituído de uma efetiva coordenação de ação no qual os sujeitos possuem a capacidade de interagir e argumentar as pretensões de validade criticáveis, que irão motivar suas ações e promover a emancipação frente à dominação política e à liberação do homem para a reflexão crítica. Tal aspecto não elimina e nem pretende eliminar o conflito. Busca sua solução via uma interação dialógica baseada em argumentos.

Ao confrontamos o Plano Municipal de Saúde 2007-2009 de Alagoinhas-BA (Doc.1), com o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Alagoinhas-BA (Doc.2), há um anacronismo quanto à construção de um planejamento, pois saímos de planejamento baseado no interesse da coletividade (que traz transformações para a saúde do município ao retratar a realidade da população que necessita do atendimento público) para um planejamento com características

do enfoque normativo (ele prioriza a economia - método CENDES/OPAS) traduzido nas falas dos gestores [Ent.5 e Ent.2] com as ações com enfoque normativo; a fala do gestor [Ent.3] traduz um planejamento pontual e em duas outras falas dos gestores [Ent.1 e Ent.4], não há planejamento.

Em contrapartida, os trabalhadores de saúde fazem referência a um planejamento na microgestão, tendo uma perspectiva diferente, apresentada em consonância ao modelo de gestão do município de Alagoinhas-BA.

Na fala do entrevistado [Ent.6], o planejamento viabiliza a administração da unidade e a rotina da unidade é reflexo do modelo de gestão do município. Ainda encontramos a proposta da co-gestão entre a equipe quanto à organização dos dados e quanto à estrutura física, fazendo o levantamento de problema e encaminhando para a SESAU.

O planejamento, eu acho, que ele viabiliza né, utiliza recursos e tudo mais em relação à administração da unidade. Então aqui, na verdade, a gente tem uma rotina a seguir, porque o município já tem um modelo de gestão não é? Então a gente tem data de impresso [planilhas, SIAB, mapas], pra entregar já tem os tipos de impresso que a gente utiliza. Aí o que vai diferenciar é apenas a forma de coletar esses dados de cada equipe [...] o município organizou a entrega de materiais e medicamentos quinzenal [...] se tiver alguma falta, alguma baixa, com 15 dias você tá repondo esse pedido [...] estratégia que a gente utiliza aqui em termos de organização, como eu divido co, co, co, é co-gestores aqui, o material já fica responsável por duas, a questão do medicamento a mesma coisa, a vacina eu e outra, a parte dos ACS é comigo, agora se eu tiver de férias, uma técnica pega esses dados. Então a gente tenta otimizar, eu marco geralmente uma semana antes, pra dar tempo de organizar os impressos, entregar os impressos, tudo certinho, né. Eu acho que em termo de estratégia, em termos de dado é isso aí. A outra parte administrativa, em termos de reforma, estrutural, a gente depende muito da gestão municipal, a gente solicita, a gente faz todo o levantamento de problemas, encaminha pra eles e fica aguardando a questão de mudanças de melhorias (Ent. 6/Grupo I).

A partir desta, a fala do trabalhador de saúde [Ent.6] converge com a fala do gestor [Ent.5] ao afirmar que o planejamento é construído no modelo verticalizado o qual organiza o processo de trabalho da unidade a partir dos dados que alimentam o sistema de informação e das determinações da Secretaria de Saúde, considerando a co-gestão dos trabalhadores como divisão de responsabilidades de acordo com os setores da unidade.

Por conseguinte, as práticas na unidade são estruturadas com um formalismo para atender as solicitações e a organização da gestão local. Todavia, para Paim (1999), esse formalismo dos procedimentos do planejamento tem conduzido à supervalorização dos meios em detrimento dos fins, configurando um processo de burocratização e ritualismo. Esse modelo de planejamento reafirma o modelo de gerenciamento hegemônico, verticalizado, baseado na produção de serviço.

Contudo, Campos (1994) afirma que o formalismo reducionista impede a criação de alternativas de reformas e que a gerência e organização dos serviços de saúde no Brasil têm valorizado, principalmente, os aspectos administrativos, em uma exaltação aos meios, pois subordinam os objetivos sociais das políticas de saúde à produtividade das ações.

Também notamos nessa fala um eco de uma nova forma de planejar, a co-gestão. Segundo Campos (2007b), é um modo de articulação entre os trabalhadores de saúde em um campo que assegure saúde à população e realização pessoal deles, promovendo, assim, compromisso, contratos para produzir necessidades sociais para a democracia diante da autonomia.

Diferente da fala do Ent.6, para o trabalhador de saúde [Ent.19], a SESAU leva para a USF o problema que precisa ser resolvido, e a unidade realiza o planejamento diante das necessidades da comunidade, da demanda espontânea para as intercorrências.

[...] nós fazemos nossas agendas durante a semana estabelecendo os passos já para essas peculiaridades, ou seja, segunda de manhã, não é esse, mas um exemplo, segunda de manhã nós temos hipertensos e diabéticos, segunda à tarde nós temos crianças, terça de manhã nós temos mais homens [...]. Nosso planejamento... a secretaria de saúde só nos fala os problemas que precisam ser atendidos, nós planejamos de acordo com a necessidade da comunidade e separamos ao longo da semana de tal sorte de que não fique nenhum dos quadros[programas] que a gente tem, dos distúrbios que a gente tem sem uma assistência específica num dia da semana. Nunca fica completo, sempre tem os espaços livres que são pra demandas espontâneas, intercorrências que apareçam (Ent.19/Grupo II).

Vemos, na fala desse trabalhador de saúde, que a SESAU determina os problemas que precisam ser solucionados, porém não há um trabalho em conjunto com a equipe de saúde e comunidade para tentar criar estratégias para a resolubilidade dos problemas. Portanto, o processo de trabalho da unidade de saúde é influenciado pela determinação de uma gestão verticalizada.

Diante dessa realidade concordamos com Campos (2007a) quanto ao modelo de gestão baseado na organização vertical, aquela que promove alienação real dos trabalhadores de saúde que, por sua vez, atenua o grau de autonomia, submetendo-se ao controle da organização e dificultando a construção dos Sujeitos como seres com vontade e potência para exercer a co-gestão dos processos de trabalho.

Percebemos, então, que o planejamento da unidade é realizado para organizar o atendimento baseado nos programas especiais do PSF. Dessa forma, o ato de planejar é realizado para determinar os dias de atendimento, sem criar estratégias, ações coletivas para as mudanças do modelo de gerenciamento hegemônico, além de não proporcionar a autonomia e a criticidade dos sujeitos na produção do cuidado.

Por conseguinte, esse planejamento apresenta características normativas, que, segundo Rivera (1987), define-se como um conjunto de ações necessárias para cumprir um objetivo fixado a priori, impondo-se sobre a realidade uma norma de conduta coerente com os objetivos.

No entanto, a fala do trabalhador de saúde [Ent.12] se contrapõe com as falas dos [Ent.6 e Ent.19] quanto a um planejamento baseado na demanda e nos programas ministeriais, abrindo espaço para o diálogo com equipe e com a comunidade.

A organização do meu trabalho parte do princípio de um planejamento da demanda né, pra sempre existir um tempo livre disponível pra atender as demanda livres, as demandas espontânea, um dialogo entre a equipe e o dialogo com a comunidade. Então, eu estabeleço uma quantidade de pacientes dentro dessa quantidade eee o que é colocado pelo grupo de risco. Então existe o dia do planejamento familiar, do pré-natal, do preventivo, do atendimento de criança, do atendimento diabético e hipertenso e dentro desse período existe um intervalo ou no início da manhã, do turno da manhã ou no início do turno da tarde para sempre tá tendo eee essa facilidade da comunidade ou dos próprios profissionais chegar até a mim pra conversar, se não fica chato durante as consultas sempre está sendo interrompida, fica uma falta de consideração pra quem tá ali esperando (Ent.12/Grupo II).

O planejamento, como instrumento de organização do trabalho, é baseado nos atendimentos de grupos de riscos, enfatizando os programas verticais, abrindo espaço para a demanda espontânea diante do diálogo com a comunidade e os trabalhadores de saúde.

As características desse planejamento apresenta um enfoque normativo, no qual há um único sujeito participante, uma prática determinante ao interesse coletivo o que é fortalecido por Rivera (1987) ao enfatizar que o enfoque normativo, como planificação, admite um único ator e a realidade é objetiva.

E, quanto a isso, concretamente tivemos oportunidade de observar na prática um planejamento construído em cima do modelo de atenção Ações Programáticas uma frágil da intersubjetividade entre os sujeitos. Teixeira (2006) propõe uma tecnologia de reorganização do processo de trabalho, considerando-se os programas especiais com possibilidade do trabalhador experimentar formas de organização do cuidado mais adequada com as características socioculturais dos usuários dos serviços.

O Ent.12 complementa sua fala, ao referir que o planejamento é realizado em cima de um problema levantado pela equipe de saúde, a depender do objeto a ser planejado, mas com a convergência de decisão.

[...] planejamento em cima de um problema que foi eeee levantado pela equipe e tentando convergir essas decisões em única implementação (Ent.12/Grupo II).

Entretanto, o planejamento é elaborado apenas pela equipe (um sujeito), não havendo a participação da comunidade no levantamento do problema e nem na tomada de decisão. Dessa forma, não há interação dos sujeitos participantes na produção do cuidado, não instituindo o Ser Sujeito com a capacidade crítica de intervir no processo de saúde doença.

Diferentemente das falas anteriores dos trabalhadores de saúde [Ent.12, Ent.19], a fala do Ent.8 refere a árvore de problemas para a construção do planejamento, pois

[...] planeja em equipe todos os funcionários e a gente convida a comunidade né levando as nossas propostas e ouvindo as propostas deles também, o que é melhor pra você comunidade para ano que vem? O que eu você quer que melhore na unidade de saúde e na sua comunidade geral, quais são as proposta? Cada um vai fazer a sua proposta, né? Então a gente faz o levantamento, a gente cansou de fazer a árvore de problemas e como a gente trabalhar em cima desses problemas e com quem vai trabalhar ai entra todo mundo, e a e gente discute e ver o que a gente vai fazer pra ano seguinte [...] (Ent.8/Grupo II).

A fala do Ent. 8 apresentou metodologia do Planejamento e Programação Local em Saúde – PPLS no qual faz o levantamento dos problemas com a participação dos diversos sujeitos que estão envolvidos no processo de saúde-doença da comunidade, são analisados coletiva e dialogicamente para elaboração do planejamento.

Tal modelo de metodologia foi proposto por Vilasboas e Teixeira (2001) embasado no modelo do Planejamento Estratégico Situacional, pois os atores sociais interagem no processo, planejam e fazem parte da realidade planejada, havendo diversas explicações para uma situação.

A finalidade da árvore de problemas é viabilizar o planejamento e a programação das ações da Vigilância em Saúde no nível local, para trazer reorientação do modelo de atenção.

Todavia, as falas dos trabalhadores de saúde [Ent.13, Ent.14 e Ent.16] deixam transparecer que a enfermeira é a ‘principal responsável’ pelo planejamento na unidade, apesar da ‘valorização’ da participação do médico.

Planejamento é feito pela enfermeira coordenadora ai existe uma comunicação entre ela e o médico, e ai vão discutir, compõem a reunião, você agenda se o médico pode, o médico pode participar ou não, porque a participação dele é importante (Ent.14/Grupo II).

Fulana[enfermeira] que participa mais desse planejamento né, a unidade em si por completo desde a marcação. A marcação minha ela não participa de cliente, de paciente, dessas coisas é já tem uma rotina aqui dessas coisas, ela sabe como é minha marcação, minha agenda de paciente, administração de materiais, ela que faz do resto do posto, o meu material sou eu que faço, a parte de higienização do dia tem as pessoas responsáveis para fazer e existe esse contra pesos entre ela e Dr. Fulano[médico] também, Dr. Fulano participam nessas coisas também (Ent.16/Grupo II).

Esse planejamento na realidade quem faz a enfermeira, a enfermeira faz o planejamento e a gente faz as reuniões, e nessas reuniões a gente participa, tirando a parte do atendimento médico, quem faz o planejamento sou eu. Então como vou atender como eu disse a você, grupo hipertenso, diabéticos tal dia idoso, tal dia criança, tal dia gestante. Mas, o planejamento geral a da unidade quem faz é a enfermeira e a gente participa junto (Ent13/Grupo II).

Vemos assim que a responsabilidade do planejamento é centralizada no trabalhador enfermeiro(a) e, apesar do Ent.8, citado anteriormente sobre o trabalho coletivo, na realidade, nas últimas falas aqui colocadas, não há uma construção coletiva.

As falas aqui apresentadas destacam que o planejamento, apesar de ser realizado pela enfermeira, é necessária a participação do médico (Ent.14), e a fala do trabalhador de saúde [Ent.16] considera o médico como ‘auxiliador’ na construção do processo. Qual a importância desse trabalhador em relação aos demais trabalhadores? Por que tal valorização em detrimento dos demais trabalhadores? Continua ainda a equipe de saúde sub-valorizada em relação ao ‘poder’ social da figura do médico?

Divergindo dos trabalhadores de saúde [Ent.13, Ent.14 e Ent.16], o trabalhador [Ent.17] refere que “O planejamento [acontece] geralmente quem tá na frente da coordenação; acontece de três em três meses. Quem tá a frente que tá participando da gestão” (Ent.17/Grupo II). Nessa fala há mudanças dos profissionais de saúde quanto à coordenação, influenciando na construção do planejamento na unidade da família.

Ratificando a fala do trabalhador Ent.17, outro trabalhador [Ent.13] faz influência à mudança de coordenação “a cada quatro meses a gente muda a gestão, a gente vai um ajudando outro, agora ela[enfermeira] ficou afastada durante quatro meses e eu assumi [médico] a unidade a parte administrativa toda” (Ent.13/Grupo II). Será uma divisão de responsabilidade administrativa, não sobrecarregando um único profissional?

A portaria 648/2011(BRASIL, 2011)(Doc.8), afirma que a gestão durante o processo de trabalho unidade saúde da família é de responsabilidade de todos os trabalhadores, no qual o planejamento, organização, avaliação e monitoramento devem acontecer de maneira compartilhada, valorizando as necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas durante a produção do cuidado, convergindo, assim, com a fala do trabalhador [Ent.13] quando afirma a existência de uma ajuda mútua.

No decorrer da observação na unidade presenciamos essa convergência com as falas dos trabalhadores de saúde [Ent.14 e Ent.16], pois tanto a enfermeira quanto o médico, a enfermeira e o cirurgião dentista, assumem a coordenação da unidade. Porém, apesar da importância do trabalho em equipe, a enfermeira continua como “responsável” pelo “pacote

pronto”, uma discussão posterior com a equipe na construção do planejamento em saúde. Entretanto não podemos deixar de falar que nessas discussões a equipe tem uma interação salutar. Contudo, todo trabalho fica centralizado na enfermeira para organizar e tomar decisão quanto ao processo de trabalho da unidade.

Para Silva e Nascimento (2011), a enfermeira é “a maior” responsável pelo planejamento devido ao conceito Taylorista de que quem está na direção, coordenação e planejamento de maneira normativa, vertical e individual. Porém, há necessidade de mudar esse paradigma, pois é preciso que os trabalhadores de saúde e usuários sejam pró-ativos e sejam ouvidos nas suas ideias ou propostas coletivas para a melhoria do PSF enquanto estratégia que deverá fortalecer a Atenção Básica.

Quanto a essas ideias esses autores complementam que a representação do ser coordenador estrutura as práticas da microgestão no modelo Taylorista, indivíduo no controle da organização do processo de trabalho. Dessa forma, é necessária uma implementação de co-gestão no serviço de saúde.

Para mudar essa realidade, defendemos que o planejamento deva ser construído através do diálogo entre todos os membros da equipe de saúde e usuários, para que haja propostas coletivas com a finalidade de instituir o Ser Sujeito em espaços democráticos.

Concordamos com Campos (2007a; 2007b) quanto à proposta do processo de trabalho em Roda, por ser um espaço coletivo para co-gestão na construção de projetos que reordenem os modelos de gestão e atenção. Nessa perspectiva, para Onocko Campos (2003), o planejamento pode servir como *setting* para organizar uma gestão mais democrática e participativa, de modo que seja um instrumento que proporcione a construção de sujeitos mais livres e criativos, comprometidos com uma visão de mundo mais solidária e com resgate do valor de usos do trabalhador.

Concomitante a tal proposta, acreditamos que deva haver o agir comunicativo na construção do planejamento que, segundo Lima e Rivera (2009), apresenta um caminho para pensar a transformação da prática cotidiana, inclusive nos pequenos espaços institucionais, como um sistema de serviços de saúde, o qual evoluiria de uma perspectiva autoritária, fragmentada e individualista para uma visão democrática, integrada, baseada no trabalho coletivo, na solidariedade, na comunicação, no confronto de argumentações e na busca do consenso.

Uma outra informação sobre avaliação é destacada pelo trabalhador de saúde [Ent.14] ao fazer referências dos dois trabalhadores de saúde, enfermeira e médico, enquanto

coordenadores da unidade com a equipe como uma avaliação processual, verificando os avanços e os erros.

A gente sempre tem uma reunião mensal com toda a equipe, quando a gente avalia, através dos coordenadores, dos dois coordenadores que tem aqui, o médico e a enfermeira e já avalia a caminhada, quando se tem alguma queixa, a gente parte pra uma avaliação e vê aonde foi que a gente avançou, aonde foi que errou e aonde não agradou (Ent.14/Grupo II).

A avaliação tem a pretensão de promover a produção do cuidado, pois durante a ‘caminhada’ deve identificar as falhas e avanços, porém não há a integração entre trabalhador de saúde e usuário durante a avaliação, sendo realizado somente entre os membros da equipe, sem as perspectivas da avaliação da comunidade. A fala do trabalhador de saúde [Ent.12] apresenta a importância da comunidade como sujeito da avaliação “Primeira a comunidade né, sem eles como avaliador dessa pratica não vai pra frente”.

Outrossim, as ações desenvolvidas pelo trabalhador devem ser avaliadas pela comunidade, pois ela é quem utiliza o serviço. Assim, o usuário terá uma participação na construção desse trabalho, e não será apenas o consumidor do [trabalho] que lhe é ofertado.

Mediante tal pressuposto, mais uma vez defendemos o método de Roda, que na concepção de Campos (2007a; 2007b), seria um momento de troca entre os sujeitos coletivamente para análise e reflexão do processo de trabalho. Portanto, a avaliação como um arranjo do processo de trabalho deve ocorrer com a participação de todos os envolvidos na produção do cuidado para negociarem os conflitos e projetarem reformas estruturais e funcionais.

Para Contandriopoulos (2006), a avaliação como instrumento de mudanças do sistema de saúde reforça a ideia de que deve haver o maior número de atores envolvidos e não apenas um ator, pois a função da avaliação é favorecer o aprendizado individual e coletivo, podendo tornar-se um excelente instrumento de transformação e inovação.

Diferente da fala do trabalhador de saúde [Ent.14], para o trabalhador de saúde, [Ent.19], a avaliação ocorre para a possível mudança na organização do serviço.

[...] fazemos essa avaliação nas nossas reuniões mensais, nós temos as reuniões, nós avaliamos como é que está sendo, trazemos questionamentos da comunidade que os agentes estão todos os meses e o mês inteiro com eles. Então, eles trazem as demandas, nós discutimos, vemos o que é que a gente pode resolver e não, o que a gente ainda não pode resolver a gente dá esse retorno de que a gente ainda não pode resolver, porque não depende da gente, depende de lá de cima e temos essa liberdade de ouvir o que os outros componentes da equipe trazem pra gente, enquanto crítica, enquanto solicitação de mudança e discutimos quais são as mudanças que nós podemos de fato fazer e aceitamos. Então essa é uma avaliação nossa frente a frente mesmo que a gente faz e eu acho que isso também precisa pra que a gente tenha um bom entrosamento na equipe (Ent.19/Grupo II).

Nesta fala do Ent.19, a avaliação leva em conta as demandas da comunidade na tentativa de resolver os problemas encontrados, com uma interação da equipe para criticidade e reflexão dos problemas encontrados no processo de trabalho para resolubilidade.

Contudo, avaliação para Campos (2005) não deve ser entendida com um fim em si mesma, mas deve ser acompanhada por propostas que busquem implementar as mudanças. Assim, a avaliação deve proporcionar qualidade na produção do cuidado.

Considera um instrumento na avaliação a escuta quando realizada coletivamente, para Campos (2007a), permite o reconhecimento de paradoxos, contradições e de conflitos, de forma que a construção do Texto<sup>10</sup> não oculte as falhas, os problemas e lacunas e sim traga discussões definidas como modos práticos para enfrentar o Tema<sup>11</sup>.

Assim, a escuta quando utilizada no processo de avaliação deverá contribuir na organização e mudanças necessárias no serviço de saúde, além da interação entre a equipe e a comunidade com a equipe.

No entanto, contrapondo-se à fala anterior [Ent.14], a avaliação, na maioria das vezes, não ocorre.

A gente tá trabalhando no setor e sabendo o real desse setor, o que você deve fazer, o que chega, o que sai, o que entra, você ter todo o controle, uma avaliação. A maioria das coisas que a gente utiliza a gente não tem avaliação, a gente não discute nada, a gente recebe o indicador, mas eu não consigo sentar, avaliar e tentar mudar esse indicador, né? Porque já vem uma coisa pré-determinada, e eu acho que o desafio [...] (Ent.6/Grupo II).

Percebemos que o processo de avaliação na prática é incipiente; não há proposta de mudança, apenas a reprodução de dados sem analisá-los para propor resolubilidade no serviço de saúde. Para tanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL; 2006b), a avaliação deve possibilitar mudanças nas situações/serviços, capacitação e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos.

O gestor, [Ent.5], propõe a avaliação e monitoramento dos indicadores como forma de apresentar o diagnóstico situacional para criar estratégias diante dos limites encontrados nos serviços de saúde.

Então, a gente fez toda avaliação, todo monitoramento dos indicadores, que isso também a gente faz na PAVS [Programa de Ações Vigilância à Saúde] a cada seis meses a gente tem avaliação pelo Estado e dos indicadores da atenção básica e a gente viu né qual foi o retrato, qual foi o diagnóstico né [...] dentro daquelas

<sup>10</sup> Texto seria o 'objeto' sobre o qual o investigador e os próprios sujeitos poderiam interpretar seus saberes e práticas (CAMPOS, 2007a).

<sup>11</sup> Tema são os objetos sobre os quais o Coletivo se debruça (CAMPOS, 2007a).

limitações que a gente encontrou, a gente procurou promover estratégias [...] (Ent.5/Grupo I).

Apesar disso, a avaliação referida como prática de gestão na fala desse gestor ocorre de forma restrita ao perfil epidemiológico frente aos dados encontrados e não permeia a intersubjetividade inerente ao processo saúde-doença do sujeito(individual/coletivo), além de descontextualizar o processo social dos sujeitos, o que conseqüentemente dificultará a elaboração das estratégias para suprir as limitações construídas pelos indicadores, informações e não na construção social dos sujeitos.

Segundo Minayo e outros (2005), a avaliação é um processo de integração entre diferentes sujeitos e traduz a necessidade de uma abordagem compreensiva (subjetiva) no processo avaliativo. Todavia, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), a informação e o movimento avaliativo devem provocar o coletivo para se capacitar, levantar, construir, inventar, e pactuar situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas a fim de fomentar análises na perspectiva de uma avaliação participativa, formativa, emancipatória.

Em convergência com a fala do Ent.5, o gestor, [Ent.3], refere o processo avaliativo como uma atividade desenvolvida para verificar as metas e acompanhamento da produtividade dos trabalhadores de saúde

Eu fico fazendo parte de avaliação, eeee de... eu pego os dados das unidades e faço a minha planilha para ver como tá, eu pego os dados das ações de todas unidades faço uma planilha e vejo se alcançou meta e qual unidade não batendo a meta, é...eu faço manualmente trimestralmente eu faço essa alimentação (Ent.3/Grupo I).

.Mediante tal realidade, a avaliação ocorre de maneira quantitativa e, por conseguinte, segundo Minayo (2004), restringe a realidade social diante dos dados estabelecidos, ou seja, essa avaliação se limita a objetividade do processo social, sem alcançar a complexidade e subjetividade dos sujeitos que compõem a saúde.

Complementando as falas anteriores dos gestores [Ent.3 e Ent.5], para o gestor [Ent.1] a avaliação é uma forma de organizar o serviço.

[...] avaliar os programas, cada programa individualmente né, da saúde da criança, saúde da mulher, número de preventivo, puericultura, enfim paciente cadastrado do hiperdia, essa coisas normais assim mesmo, para ver como tá o andamento dos programas. Com relação a saúde da criança, a gente tem feito, é ... é ... é mais voltado para questão da vacinação né que a gente é mais preocupada, puericultura. Enfim, a gente avalia o que tiver mais déficit a gente tenta organizar.....  
A estratégia que uso é avaliação de dados né, avaliação das respostas deles do que eles fazem nas unidades de saúde, e ai eu tento avaliar, não eu, não só eu, mas as meninas também, a gente tenta avaliar e chegar ao um ponto crítico aonde a gente

observa que as coisas não estão boas, a gente observa que a gente não tem uma resposta satisfatória e tenta buscar melhoria (Ent.1/Grupo I).

Na fala do Ent.1, a avaliação dos programas e demais dados à situação de saúde são realizados de acordo com o déficit de cada um. Esse gestor personaliza, na sua pessoa, a avaliação. Além do mais, a avaliação ocorre de forma fragmentada, pois não avalia a complexidade do processo de trabalho, apenas do resultado encontrado nas ações programáticas dos trabalhadores de saúde. Acreditamos que, baseada na ação do trabalhador na produtividade dos serviços prestados à comunidade, havendo a avaliação apenas do produto em detrimento dos sujeitos envolvidos reproduzindo o modelo Taylorista.

Outrossim, vemos que a ação do trabalhador de saúde não se resume à prestação de serviço, em uma ação quantitativa, mas numa ação do trabalhador que deverá envolver aspectos subjetivos que os indicadores utilizados para avaliação não têm como medir. Daí, concordamos com Merhy (2005a; 1997) que o processo de trabalho deve valorizar o trabalho vivo em ato, utilizando-se das tecnologias, em especial, as leves (tecnologia relacionais) e leve-dura para reorganização do serviço.

Contudo, entendemos a importância da avaliação dos indicadores de saúde para a organização de sistema, mas avaliação não deve resumir em dados, até porque, segundo Schraiber e outros (1999), há a necessidade do trabalho integral de superar as avaliações instrumentais referidas nas normas fixas da Clínica e da Epidemiologia, muito embora elas também possam ter sua importância em específicos arranjos do trabalho.

No entanto, avaliação precisa dar conta do conjunto, tanto o trabalho parcelado quanto o trabalho coletivo, diante da qualidade comunicacional (SCHRAIBER et. al., 1999). Nesse sentido, a avaliação deve ocorrer durante a construção do processo de trabalho, articulando-se o saber e fazer saúde, pois passa por toda conjuntura humana (psicológico, social, político, econômico, cultural).

Assim, compreendemos que é necessário avaliar a saúde diante da sua complexidade social e subjetiva, pois segundo Deslandes (1997, p.105),

[...] avaliar é também decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve. Trata-se também de analisar, dialeticamente, os movimentos sociais e a conjuntura histórica de que o serviço/programa participa, seja como porta-voz, interlocutor ou personagem de resistência.

Portanto, a avaliação não é apenas um processo exclusivamente técnico, um método que disponibiliza um conjunto de procedimentos e indicadores, ela poderia medir com

presteza a efetividade de determinado serviço ou programa, mas uma forma de conhecer o processo social para uma tomada de decisão que promova uma práxis transformadora.

Retomamos a fala do Ent.5, pois notamos que, além da avaliação, ela aponta o monitoramento/acompanhamento como prática de gestão, em convergência com as falas dos gestores [Ent.2 e Ent.3] quanto à prática de monitorar.

Em relação ao apoio institucional, a gente tem participação [...] em relação também a monitoração dos programas, como é que tá sendo os programas, se tá caminhando direitinho, se tá batendo a meta, se não tá e em relação a coordenação, também é isso, é em relação a bater a meta, ver quais os objetivos de cada programa, e alcançar esses objetivos(Ent.2/Grupo I).

[...] eu acompanho a produção deles, BPA SSA<sub>2</sub>, PMA<sub>2</sub> para fazer acompanhamento dos indicadores [...] Eu vejo o que eles produziram e faço umas planilhas minhas próprias, e vou alimentado esses dados e vou acompanhando o que deve ser produzido e o que esta sendo produzindo, e vou acompanhando através das minhas planilhas que eu produzo (Ent. 3/Grupo I).

Estas falas expressam a tecnologia dura (programas) utilizada no acompanhamento dos indicadores dos programas para o controle das ações dos trabalhadores, ou seja, trabalhando numa perspectiva de ação programática sem levar em conta os aspectos subjetivos e comunicativos inerentes ao processo de trabalho.

Entretanto, vemos que os instrumentos utilizados no monitoramento para o apoio de tomada de decisão não podem ser exclusivos, por acreditarmos que no monitoramento pode ocorrer um diálogo entre os sujeitos para discutirem os avanços, as dificuldades e as estagnações nas práticas de saúde. Daí, a defesa do espaço coletivo para o agir comunicativo que deverá permear no processo de trabalho, no sentido de estabelecer a reflexão dos sujeitos quanto à situação da saúde no município.

Para a realização desse acompanhamento da produtividade dos trabalhadores de saúde são utilizados alguns instrumentos de monitoramento,

[...] montou um instrumento de monitoramento e a gente procura acompanhar, eee, através daquele monitoramento e fazer reuniões nas unidades (Ent.2/Grupo I).

[...] gente montou um impresso para fazer um monitoramento das ações das unidades tipo, quantas consultas de pré natal foram feitas, quantas gestantes iniciaram o pré natal no primeiro trimestre, quantos atendimentos de preventivo foram feitos, quantos consultas de puericultura foram feitas, quantos atendimentos de hipertensos foram feitos e a gente esse instrumento que elas vão preenchendo e a cada 2 ou 3 meses a gente senta e discute ( Ent.5/Grupo I)

Na realidade, esse monitoramento segue dois roteiros estruturados nos programas ministeriais, nas condições da estrutura física e nos registros dos documentos USF, para serem discutidos entre os gestores da Atenção Básica a respeito das ações dos trabalhadores.

Vemos que o monitoramento ocorre de forma sistemática, pois sua finalidade é acompanhar a produtividade dos trabalhadores de saúde.

No entanto, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), o monitoramento e a avaliação à luz da Humanização devem apresentar a necessidade de inventar indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos, inclusive em suas dimensões subjetivas.

Tivemos a oportunidade de observar uma determinada reunião entre a coordenação das unidades saúde família e a coordenação da Atenção Básica juntamente com a Diretoria Assistência à Saúde, convergindo com a fala [Ent.3] sobre o monitoramento, com o objetivo de discutir sobre a produção de dado que os gestores (DAS e coordenação da Atenção Básica e Apoiadores Institucionais) monitoraram. Porém, ficou explícito que os indicadores não correspondiam às necessidades e à produtividade das unidades. Entretanto, naquele momento, houve uma divergência entre os gestores e coordenadores das UFS quanto às informações trazidas, pois as coordenadoras das USF reforçaram que cumpriam as metas. A coordenadora, então, instruiu pontualmente como preencher as fichas diante das “falhas” encontradas.

Esse cenário observado nos permitiu evidenciar o acompanhamento dos dados como apenas um ato isolado de verificar dados sem levar em conta o processo e o contexto daquele momento. Presenciamos assim um campo de conflitos, conversas paralelas entre os sujeitos, coordenadores da USF e coordenação de Atenção Básica, sem discutir em quais seriam estratégias para possíveis mudanças.

Segundo Tamaki e outros (2012), o monitoramento propõe-se a verificar a existência de mudanças, mas não as suas razões, por ser processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde e da execução de políticas, ações e serviços, visando a obtenção de informações, em tempo oportuno, para ajudar nas tomadas de decisões, identificação, encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a direção de rumos.

Contudo, pensamos que durante o monitoramento do processo de trabalho deve-se considerar a influência dos aspectos objetivos e subjetivos, de maneira que o monitoramento não deva ser restrito apenas em dados da clínica, mas também para traduzir a complexidade do processo de trabalho.

Nesse sentido, para Santos-Filho (2004), a avaliação e o monitoramento devem “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos

quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos em suas dimensões sociais e subjetivas.

Porém, segundo Campos (2007a) mudar a Racionalidade Gerencial Hegemônica implica produzir outra dinâmica de funcionamento e outro desenho para as Organizações. Para isso, refere-se à construção de espaços coletivos que estimulem e facilitem a participação de outros agentes e não apenas aqueles com função de direção.

Compreendemos que construção do planejamento, da avaliação e do monitoramento deve ser elaborada e discutida em roda, para conhecer as necessidades sociais, econômicas e políticas que o Ser Sujeito está inserido, de maneira que haja a comunicação entre o sujeitos e a co-gestão para superar as fragilidades encontradas no sistema de saúde.

Para os gestores [Ent.1, Ent.3 e Ent.5], o planejar, avaliar e monitorar são práticas inerentes dos gestores e não uma construção coletiva entre usuários, trabalhadores e gestores. Já para os trabalhadores [Ent.6, Ent.12. Ent. 19], o planejamento é realizado pela equipe; apenas o trabalhador [Ent. 8] faz referência ao planejamento como uma interação entre equipe e os usuários. No entanto, entendemos que a participação, a interação, e o diálogo entre esses sujeitos são importantes para a construção de diversos espaços coletivos – democráticos, ou seja, várias rodas de análises e co-gestão para uma gestão compartilhada.

Além de organizar, planejar, avaliar e monitorar, o gestor [Ent.3] afirma que o gestor deve saber ouvir e agregar

[...] que a minha maior é saber ouvir, eu sei ouvir, eeee eu confesso e às vezes assim a depender do momento, eu uso daquilo que alguém me falou, uma necessidade de alguma unidade da ponta e acabo externando. Eu estou na gestão, mas, a ponta ainda está em mim, a assistência está muito em mim. Então assim, eu não esqueço em nenhum momento da necessidade dos colegas mesmo aqui na gestão [...].  
.....  
Eu tenho o poder de convencimento eu acho, eu sei convencer, eu sei também *agregar*, eee assim, eu gosto de explicar muito, deixar coisa bem claro para a pessoa entender [...] (Ent.3/Grupo I)

A utilização da tecnologia leve para o desenvolvimento do trabalho, a ação baseada na escuta e diante da experiência sempre ‘pensa’ das necessidades dos trabalhadores de saúde, além de ter o poder de convencimento e de agregar.

Para Campos (2007a), a escuta provoca incômodos, e assim poderá proporcionar uma análise reflexiva do Texto que permite a construção de projeto de intervenção. Contudo, a fala do gestor [Ent.3] refere-se à construção do projeto para externar a necessidade de intervenção, mas usa o “poder de convencimento” para agregar. Será que esse ‘convencimento’ tem

alcance “positivo” sobre as decisões a serem tomadas democraticamente ou é um convencimento ditatorial, sem diálogo?

Na organização do processo de trabalho da micropolítica, para os trabalhadores de saúde um processo de trabalho em equipe de forma compartilhada é

[...] ter uma equipe harmoniosa né, não ter aaaa vamos dizer assim não ter empecilho para trabalhar em equipe. Onde cada pessoa tem seu potencial no grupo a junção desses potenciais, ajuda , vai ajudar solucionar os problemas levantados pela equipe, não fica direcionado para única pessoa. Então, isso ajuda muito o trabalhar em conjunto da equipe, e conjunto da coordenação (Ent.12/Grupo II).

[...] faz uma gestão compartilhada, tipo uma co-gestão. Eu tenho uma função maior, representando na minha ausência, alguém da equipe assume sempre, pode ser uma técnica, pode ser um agente ou dentista ou qualquer outro. A gente trabalha sempre em equipe, né, as decisões são tomadas em conjunto. É claro, né, se for uma decisão a nível assistencial, de atendimento, geralmente eu tomo junto com o paciente, mas decisões a nível de gestão da unidade a gente toma junto com a equipe (Ent.6/Grupo II).

No trabalho em equipe há uma valorização das potencialidades dos sujeitos participantes, o que gera um espaço de co-gestão, ou seja, criando-se espaços participativos e democráticos pelo compartilhamento de poder de decisão.

Segundo Campos (2007a; 2007b), a co-gestão deve proporcionar a produção de maior autonomia, criatividade e desalienação dos sujeitos para a produção social. Dessa forma há uma possibilidade para superar o modelo hegemônico, além de construir práticas voltadas para o interesse da coletividade ao valorizar a intersubjetividade, os desejos e os interesses dos sujeitos envolvidos.

A fala do trabalhador de saúde [Ent.12] ainda aponta para a participação da decisão do usuário quanto ao processo terapêutico, instituído no usuário como co-responsável pelo seu processo de saúde-doença, ou seja, uma proposta da clínica ampliada ao instituir o usuário o protagonista da ação. Consideramos assim, um avanço, porque o usuário tem buscado a unidade de saúde não apenas para tratar a doença, mas para participar da organização do serviço.

O entendimento da comunidade qual o papel da equipe de saúde da família né, aproximação desde momento que não precisa procurar a equipe somente para tratar a doença eeee problemas causados por questões emocionais, dúvidas, sugestões de melhoria. Então tem a proximidade com a equipe que avançou muito né, a própria a comunidade tem uma organização e dessa organização a partir do momento que tem algum problema procurem a equipe para solucionar. Logo, eu acho isso um avanço, parte desse avanço não andou a mais é por parte dessa fragmentação da gestão central (Ent.12/Grupo II).

A interação e a intersubjetividade dos sujeitos têm construído o sujeito como ‘objeto’ de trabalho. Assim oportuniza ao sujeito a autonomia e a criticidade da realidade, ampliando a visão da Clínica, direcionada à Clínica do Sujeito. Mas, segundo Campos (2007a), essa ampliação da clínica inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado do indivíduo/coletivo.

No entanto, neste estudo vimos que a organização do serviço de saúde é alinhada ao modelo de atenção das Ações Programáticas, presentes nas falas dos trabalhadores de saúde [Ent.7, ent13e Ent. 19], destacadas a seguir:

Dentro daqueles moldes atendendo hipertensos, diabéticos, idosos, crianças gestantes certo, fazemos no padrão que o ministério manda, certo. Eu trabalho e Fulana [enfermeira] na direção da unidade (Ent.13/Grupo II).

[...] na verdade o trabalho no PSF é um trabalho muito saboroso, a gente dá na verdade um apoio básico de tudo seja atendendo as crianças, adultos, gestantes, idosos, encaminhamos essas pessoas para a cirurgia [...](Ent.19/Grupo II).

PSF eu trabalho um turno por semana em visitas domiciliares, pacientes acamados que não tem condição de vim apara a unidade [...] nos outros cinco turnos eu trabalho com paciente agendado eee , todo tipo de paciente gestante, criança e adulto normal tem os dias de hiperdia, que hipertensão e diabetes, e eu deixo sempre vagas reservadas para pacientes com urgências , pacientes que tem algum tipo de urgência que dá pra resolver aqui no PSF , eu sempre resolvo aqui eu não encaminho para o hospital(Ent.7/grupo II).

Como podemos notar nestes fragmentos de falas, a organização do trabalho é sustentada nas ações programáticas, ou seja, baseada na Clínica e Epidemiologia para atender às necessidades da população.

Para Nemes (2000), a epidemiologia como tecnologia proposta por Mendes-Gonçalves (1994a, p.83) é definida “como um saber estruturado sobre a dimensão da coletiva”, propõe práticas ou ações programáticas que constituem uma forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde fundamentada no ideal da integração sanitária.

As ações programáticas desenvolvidas juntamente com as tecnologias leves poderão proporcionar um agir em saúde diferente, e não apenas um “cardápio” restrito aos programas especiais determinados pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, segundo Freire (2005), a organização do processo de trabalho na unidade básica de saúde baseada nas ações programáticas ao lado do acolhimento, do atendimento individual e coletivo que podem gerar níveis crescentes de autonomia para os usuários e para a própria equipe.

O acolhimento tem sido um dispositivo utilizado pelos trabalhadores durante o processo de trabalho, retratado nas falas convergentes dos trabalhadores de saúde [Ent. 13, Ent.15, Ent.17, Ent.20]

A minha função aqui, uma das **minhas atribuições é acolhimento** né dos pacientes dependente da minha, da sua função no setor (Ent17/Grupo II).

[...] termo de dia a dia com o povo, hoje em dia não é chegar e ter o atendimento, a gente tem que **saber como ouvir, como se expressar e como falar, primeiro a gente tem que ouvir o paciente**, porque sempre a decadência em tudo né, não adianta aquele paciente chegando ali já com problema, estressado e tudo. E também a gente tem que ter uma base, a gente tem que saber aceitar e ouvir ele, então a gente aprendeu muito, primeiro lugar com os pacientes, porque a gente chega no posto de saúde, achar que tudo tá bom, e o dia a dia nosso é conforme o cotidiano da gente, a maneira de como a gente agir com os pacientes(Ent.20/Grupo II).

Assim, eee como pessoas, primeiro tem que ser acolhido, **eu acho que acolhimento é a questão principal do meu trabalho**, as pessoas tem que chegar, eu acho que as pessoas não deve demorar muito na unidade. Se tem o que você fazer por elas, se tem como você resolver o problema delas, eu acho que elas não devem ficar esperando. Então, eu chego no meu horário vejo que tem pra fazer naquele dia, se eu sou selecionado pra ficar naquela área, eu vejo quais as pessoas, vejo as prioridades, porque aqui o transporte como você viu é muito difícil tem pessoas que mora muito longe. Então, a gente ver as pessoas que mora mais longe pra gente tá dando assistência pra elas, pra elas não perderem transporte e não ficarem por ai. A gente ver com as pessoas também a necessidade. Assim em questão de saúde tem pessoas que não pode passar muito tempo do posto tal, a gente dá, faz essa triagem e a gente vai resolvendo como dá (Ent.15/ Grupo II).

[...] **é atender bem o paciente, essa é melhor que eu tenho acolher, sentar e acolher**, eu chego na minha unidade chego oito da manha e saiu quase uma [hora] da tarde essa melhor estratégia, sentar, ouvir como eu tou ouvindo você aqui eu sempre ouço os pacientes. Eu tento resolver essa é melhor estratégia acolher, não adianta tá com todas as estratégias, todos planos se não saber acolher, sentar em uma hora de relógio atender seus 12 pacientes e ir embora( Ent.13/Grupo II) .

O acolhimento é um dispositivo da tecnologia leve cheio de subjetividade, é uma ação relacional permeada por um fluxo de diálogos e escuta para interação entre sujeitos sociais envolvidos no processo de trabalho. Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento propõe que o serviço seja organizado centrado-usuário, na captura do trabalho vivo durante o processo de trabalho.

Complementando as falas dos trabalhadores [Ent.14, Ent.17 e Ent.20], a Portaria 2488/2011(Doc. 8) (BRASIL, 2011) explicita que uma das atribuições da equipe saúde da família é

[...] **participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde**, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo(BRASIL, 2011, p.41).

Conseqüentemente, o acolhimento articulado com a escuta deverá contribuir para que a equipe de saúde conheça a realidade para intervir. Para tanto, de acordo Cecílio (2001), os trabalhadores/equipes/serviços/rede de serviços devem fazer uma ‘melhor’ escuta das pessoas que buscam ‘cuidados em saúde’, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas, tendo em vista a Integralidade e a Equidade.

Completando as falas dos trabalhadores [Ent.14, ent.17, Ent.20] e o Documento 8 (BRASIL, 2011b) o mesmo trabalhador [Ent.17] refere-se à assistência à saúde com características dos princípios do SUS: a Integralidade e Equidade, acolhendo o ‘paciente’.

[...] a nossa assistência realmente notado do que se preconizado no SUS, é uma assistência de integralidade, equidade. A gente acolhe bastante o paciente, ouvi muito, não é aquele profissional que chega atende mecanicista, não. A gente escuta o paciente, tá entendendo? Então, eu acredito que tenha total positividade na assistência aqui no posto (Ent.17/Grupo II).

Percebemos que o acolhimento vem sendo incorporado neste estudo às práticas de gestão do cuidado, o que, segundo Mattos (2001), caracteriza-se como um princípio de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de inquietação das necessidades de saúde da comunidade, uma vez que o acolhimento é uma tecnologia leve usada durante o trabalho vivo que viabiliza mudança no modelo assistência (MERHY, 1997; 2005a; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999), contribuindo para práticas resolutivas, humanizadas, e autônomas dos sujeitos durante o processo de saúde-doença.

Durante a observação nas unidades, notamos o acolhimento entre os trabalhadores de saúde e os usuários, havendo a escuta e o diálogo desde o adentrar do usuário na unidade até sua saída, com os problemas identificados nas prioridades, as queixas e as demandas espontâneas pelos trabalhadores de saúde. Esse cenário, portanto, converge com as falas dos trabalhadores de saúde [Ent.15, Ent.17, Ent.20] e com o Documento 7.

Para Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 347), o acolhimento proporciona mudanças na lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuramos serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Assim, o acolhimento deve proporcionar uma gestão do cuidado centralizado no usuário, fortalecendo o Ser Sujeito e a interação entre equipe e usuários, no sentido de contribuir com os espaços democráticos e uma produção do cuidado resolutiva.

Tal afirmação é convergente com a fala do usuário [Ent.22] sobre os avanços: “[...] avanços que vejo aqui que o atendimento PSF às pessoas... são atendidas muito bem e são encaminhadas para os setores determinados”. Com certeza, esse é um bom atendimento, como consequência da interação entre a equipe e usuário por meio do vínculo, acolhimento e responsabilização.

As práticas de gestão do cuidado devem proporcionar resolubilidade às diversidades encontradas durante o processo de trabalho no atendimento à comunidade, considerando-se os princípios de Integralidade, Universalidade e Equidade. Porém, o trabalhador de saúde [Ent.19] apresentou como um desafio a ser superado a resolubilidade, e continuidade da assistência à saúde

[...] retomar a capacidade de resolução do PSF e estabelecer essa linha de troca como necessária, assim como é legal pro obstetra [...] os especialistas de quando a gente encaminha eles receberem os pacientes prontinhos. [...] Mas pra isso a gente tem que ter uma parceria pra gente poder tá trocando isso tudo, eu acho que a capacidade de resolução vai aumentar e a troca a ser estabelecida e isso vai precisar passar do gestor, porque nós estamos no básico, nós temos a de média e a de alta complexidade, nós precisamos que ele saiba que a média e a alta complexidade precisam estabelecer vínculos com nós que estamos na básica, entendeu? Então, participamos de um mesmo sistema e isso não parece que ficou claro e como se participássemos de sistemas separados (Ent.19/grupo II).

A capacidade de resolução e continuidade de assistência é retomada quando existe autonomia dos sujeitos e um sistema de saúde organizado segundo os princípios do SUS. Porém, Santos e outros (2007) reforçam que a resolubilidade envolve aspectos relacionados à organização da rede de atenção, à conduta profissional e à relação equipe de saúde/usuário.

Entretanto, para organizar essa rede é necessário que a população tenha o acesso universal ao serviço de saúde, em especial ao PSF como uma das portas de entrada ao sistema de saúde. Segundo as propostas das Leis Orgânicas(LOS), o Pacto pela saúde e a Portaria 2488/2011(Doc. 8), a população deve estar propensa a desenvolver a responsabilização e vinculação entre a equipe e a comunidade.

Contudo, as falas do trabalhador de saúde [Ent.7] e do gestor [Ent.1] convergiram quanto às dificuldades para as práticas de gestão sobre as “áreas descobertas”.

Então, as dificuldades são enormes, né, muita, muita área descoberta, eu, eu em especial coordeno, eu coordeno não, eu apoio duas unidades que tem PACS e PSF. São as duas únicas que tem e sou eu que apoio. A gente vê muita, muita dificuldade mesmo, nessa questão, demanda muito grande entendeu, oferta não é tão a população é muito grande (Ent.1/Grupo I).

[...] aqui as dificuldade que temos. Aqui é área descobertas, sem agentes comunitário (Ent.7/Grupo II).

A área descoberta é uma dificuldade por interferir em toda a organização da unidade, além de fragmentar a produção do cuidado da comunidade. Ficou visível na fala do gestor [Ent.1] do trabalhador [Ent.7] e no Plano Municipal de Saúde (Doc. 2)(ALAGOINHAS, 2010a) com unidades de saúde responsáveis por área descoberta por Agentes Comunitários de Saúde.

Segundo, Silva e Nascimento (2011) o requisito básico na implantação EFS é a definição de área de abrangência que contribui para o desenvolvimento das atividades realizadas pela equipe, uma vez que a área coberta poderá viabilizar as práticas de gestão.

Complementando a fala do trabalhador de saúde [Ent.7] e do gestor [Ent.1] e Doc. 2, os usuários [Ent.22 e Ent.23] relatam que a área descoberta é em consequência do projeto Governamental Minha casa, Minha vida,

[...] é a falta de construção de mais PSF, porque você viu a construção de Minha Casa Minha vida. Alagoinhas esta cheia de construção como essas que o governo federal mandou para o município, mas não se trabalhou em construir unidades, o que acontece que essas pessoas ficam como se fosse área descobertas, ai essas pessoas não tem postos de saúde vão procurar o quê? Dantas Bião. Ocorre que a atenção básica tem que construir mais PSF dentro do município (Ent.23/Grupo III).

Por outro lado o governo jogou uma população do projeto Minha Casa Minha Vida para nossa comunidade e o PSF não comporta essas pessoas, ou melhor, já não compota os que já habitavam, principalmente o que chegou o dobro do que já morava aqui. Então, essas pessoas estão em área descoberta, vão pra lá unidade de saúde e não são atendidas, e eu compreendo que deveria ser atendida e não atende (Ent.22/Grupo III).

Diante das falas [Ent.22 e Ent.23] notamos a inexistência da intersectorialidade e do planejamento para uma nova estrutura social, pois não há um projeto de ampliação de números de PSF e nem ampliação da estrutura física e profissional das unidades para atender as necessidades de saúde da comunidade, a partir de um planejamento elaborado com a articulação dos setores, tendo em vista uma prática de gestão à saúde que responda às necessidades dos sujeitos.

Para Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997), a intersectorialidade é a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito

sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social.

Percebemos que a falta da intersetorialidade é um dos obstáculos para uma gestão em saúde resolutiva, pois fragmenta a produção social que, conseqüentemente, influenciará no processo de saúde-doença.

Mediante tal realidade, o gestor [Ent.5] e o trabalhador de saúde [Ent.6] concordam com a fala dos usuários [Ent. 22 e Ent.23] sobre a falta de articulação entre os setores

[...] uma das dificuldades que eu acredito que falta também é essa articulação né, no poder público no geral, como poder público de juntar a assistência social, com educação, com saúde, com cultura e são ações realmente integrada para promoção da saúde, que promover saúde. Saúde não é só cuidar e tratar doença não, prevenir doença não, é muito mais que isso é, e as pessoas não tem essa ideia né, há sempre a fragmentação, eu acho que é um fator limitante(Ent.5/Grupo I).

A gente tem uma rede que não é integrada, ela deveria ser integrada, tipo a gente trabalha longe da assistência social, longe da secretaria de educação, eu não sei o que eles fazem e eles também não sabem o que é que a saúde faz (Ent.6/Grupo II).

Logo, essa desarticulação entre os setores desobedece à Constituição Federal de 1988, na seção II no Art. 196.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.33).

Entendemos que a construção da saúde em consonância com as políticas sociais e econômicas requer a interação dos setores, permanentemente, para analisar a complexidade do processo de saúde e doença e assim propor medidas resolutivas no sistema de saúde para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Para tanto, destacamos a fala do Ent.6 ao se referir que é preciso pensar em integração dos setores para ter resolubilidade e continuidade do trabalho e, principalmente, a rotatividade dos trabalhadores e gestores,

[...] A gente precisa tentar reunir todos os setores que a gente tem, não só no setor saúde, mas no setor da assistência social, na questão das escolas, tudo o que você imaginar no município tentar integrar, arrumar [...] e tentar que a gente consiga fazer um trabalho que dê continuidade, que surta efeito. Eu acho que o desafio maior é a rotatividade dos profissionais também em termos de gestão (Ent.6/Grupo II).

Logo, reforçamos mais uma vez que é necessária a integração dos setores para promover uma maior articulação entre os sujeitos e práticas de gestão com o objetivo de proporcionar qualidade de vida ao cidadão. A rotatividade dos trabalhadores de saúde e dos gestores é vista como desafio, pois vemos que ela interfere na organização do sistema quanto

a uma continuidade dos projetos e das atividades propostas, proporcionando a fragmentação da produção do cuidado.

O trabalhador de saúde [Ent.12] e o gestor [Ent.3] têm falas convergentes quanto à alta rotatividade do Secretário de Saúde, considerado uma das dificuldades para as práticas de gestão, frente à descontinuidade do planejado, o que dificulta o trabalho

[...] essa fragmentação, dentro de mesmo período de um prefeito já existiu vários gestores como secretário de saúde, coordenação dentro desse período. Então, dentro de nove anos já passei por umas cinco, cinco à seis coordenações e cada coordenação tem seu planejamento, tem sua linha pensar, tem sua forma de pensar, isso dificulta eee dá seguimento ao que já foi planejado, foi construído (Ent.12/Grupo I).

[...] a gente passou por um período de turbulência sete secretário, seis secretários de saúde. Então assim, foi complicado agora que você tá começando a começar a construir, não dá para avaliar muita coisa, porque o período que passou, foi período de só de está aqui, de viver, você começava mudava de secretário de novo, você voltava para um, você volta para o zero (Ent.3/Grupo I).

As trocas de Secretário de Saúde fragilizam as práticas de gestão, pois cada um teve uma forma de fazer gestão, o que interferiu no processo de trabalho na SESAU e nas unidades de saúde. Além da fragmentação do planejamento, da avaliação, da produção do cuidado, da participação da comunidade, sendo um obstáculo para efetivação do SUS.

Exemplificando a falta da continuidade dos projetos devido a rotatividade de gestor, trazemos a fala de um gestor [Ent.5] como emblemática.

Na época que o plano foi feito a Secretaria passava por muitas crises, a gente hoje tá no sexto secretário de saúde numa gestão só. Então, tivemos muito problemas na secretaria à gente passou por muitos problemas né? E na criação do plano né na época que o plano foi construído foi na transição de um secretário para outro e o prazo para entrega já estava quase se esgotando. Então o plano foi feito muito rápido, por ter sido feito muito rápido muitas ações não foram contempladas, até ações que a gente já pratica que já deveria ter não tem. Então, se você for pegar nosso plano ele é muito defasado e tem coisas que estão planejadas e não ter condições de ser executadas porque a gente não teve, não criou uma estrutura para isso, mas o plano é uma ferramenta importante para a gestão né? Foi uma pena que foi feio as pressas as carreiras e não consegui atender a nossa necessidade mas ele é o norte a partir do plano, que a gente faz o plano de trabalho, a gente faz a NOA e baseado no plano né que foi de 2010-2011-2012-2013-2014, vai até 2014 ainda tem ações que tão lá que não vão conseguir ser executadas [...] Mas assim o plano é a ferramenta, deveria ser a ferramenta então né simplesmente a gente não tá adequado ao plano, porque ele tá muito frágil a gente faz muito mais ações do que tá ali então muitas coisas não forma contempladas e muita coisa que a gente já fez e não tá ali mas assim (Ent.5/Grupo I).

Também percebemos, notamos que a rotatividade de Secretários de Saúde desorganiza todo o sistema de saúde local, ao desconsiderarem o plano municipal, muitas vezes defasado,

o qual compromete o processo de trabalho nas unidades de saúde e, conseqüentemente, na produção do cuidado.

Tal rotatividade limita a interação entre os gestores, os trabalhadores de saúde e os usuários, pois toda vez que é trocado o Secretário de Saúde há também mudança na sua equipe de trabalho, mudando assim a organização do processo de trabalho na Secretaria de Saúde, diante de uma “nova forma” de organização do trabalho, o que deverá influenciar no processo de trabalho na equipe, abandonando inclusive os outros projetos e contratos com a comunidade.

Por conseguinte, as práticas de gestão não devem ser apenas o *the one best way*, proposto por Taylor, mas ser uma práxis transformadora e inovadora, instituindo os sujeitos sociais como sujeitos da práxis.

Diante da realidade do município, concernente a uma rotatividade de gestores, a fala do gestor [Ent.3] apresentou que a tendência é a incerteza.

Eu acho não sei talvez se faça uma reestruturação lá na frente, talvez se troque todo mundo de lugar. Então assim, estamos em um período político que pode mudar gestor ou não, pode mudar diretoria. Então assim, tá todo mundo em suspense, só que a gente nem pensa nisso, se não a gente não trabalha, existe várias, muitas possibilidades pode-se mudar tudo de repente ou mudar as pessoas do lugar e vim outra pessoa com outro olhar, e uma nova forma, não tem como dizer (Ent.3/GrupoI).

O contexto desta fala foi no final de 2012, mudança do gestor local(prefeito), nas eleições para prefeito. E devido ao fato de ser um ano “político” tudo é muito incerto, pois, historicamente, no Brasil, em localidades de gestão patrimonialista, é a “política” que determina o rumo da saúde da população, o que prevalece são os interesses individuais em detrimento do interesse coletivo, que são os cidadãos que dependem do Sistema Único de Saúde.

#### **4. 3 CONTROLE SOCIAL:** em busca da democracia

Nesta categoria de análise, buscamos compreender a participação dos usuários na gestão do SUS na Atenção Básica, a partir do controle social.

O controle social poderá ser um instrumento importantíssimo para uma gestão compartilhada, pois acreditamos que os sujeitos sociais devem lutar pelos interesses da coletividade com o propósito de superar as fragmentações presentes no sistema de saúde

atual. Entretanto, há conflitos entre os sujeitos pelo desejo de obter o poder de decisão sobre os rumos da gestão, o que é natural, diante de classes diferentes.

Para Assis e Villa (2003), o controle social consiste num campo de relações sociais, no qual os sujeitos participam por meio de distintas articulações, que são processadas no âmbito interno e externo dos espaços institucionais, na busca da identificação de necessidades dos trabalhadores de saúde e grupos da comunidade em co-responsabilidade com as instâncias governamentais.

O sujeito em prol do exercício do controle social, a partir da construção de uma autonomia baseada na consciência crítica durante o processo de gestão em um espaço coletivo, vai contribuir na co-gestão política, compartilhando o poder de decisão, ou seja, prática de gestão democrática.

Para Cecílio (1999), a participação social é um campo em construção com diversas possibilidades de organização autônoma da sociedade civil, mediante as organizações independentes do Estado, tais como as Associações de Moradores, Conselhos de Saúde, Associação de Docentes, grupos de mulheres, dentre outros que poderão confluir ou não suas intervenções para uma atuação direta junto aos órgãos de controle previstos em Leis, como a Lei orgânica da Saúde (8080/90 e 8142/90) (BRASIL, 1990a; 1990b) e a Lei 141/2012 (BRASIL, 2012).

A partir de tais leis, o Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Local de Saúde e a Associação de Bairro são espaços que a população enquanto sujeito social individual/coletivo têm a condição do exercício de cidadania pelo controle social que, segundo Cotta e outros (2011), deve ser concebido como resultado da participação direta da população no processo de gestão pública, resultando na apropriação pela sociedade de meios e instrumentos para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços. Entretanto, essa noção deve indicar uma nova mobilidade de relacionamento entre a sociedade e o Estado, no qual o controle social é, ao mesmo tempo, resultado do processo de democratização do país e um pressuposto essencial para a consolidação desse ideal democrata.

Para tanto, concordamos com Campos (2007a) na construção de *arranjos* colegiados entre eles, o conselho local como “Ágoras” modernas, espaços de lugar e tempo em que se possam analisar fatos/fenômenos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como sujeitos.

A participação da sociedade nas práticas de gestão, mediante a representação do Conselho em estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração de Planos de Saúde (ALAGOINHAS, 2007- Doc.4), o Conselho representa a comunidade por meio do dever-

direito constitucional “todo o poder emana do povo que exerce por meio de representantes eleitos (ALAGOINHAS, 2011-Doc.3). Assim, o Conselho de Saúde tem uma participação assegurada, inclusive no Plano de Saúde local no planejamento, monitoramento e avaliação do serviço de saúde de Alagoinhas-BA.

Comungamos com Cotta e outros (2011) que é importante a participação do Conselho em todos os momentos do planejamento, desde o diagnóstico da realidade, com o levantamento e priorização dos problemas, definição de objetivos e ações para o enfrentamento dos mesmos, até o acompanhamento da execução do que foi planejado e avaliação do impacto das ações implementadas .

Na concepção do gestor, os Conselhos de Saúde “são informados dos projetos, porque não dependem deles”.

[...] os **Conselhos são informados dos projetos, porque não depende deles**, ao meu entender quem faz, quem monta é outra diretoria, até onde sei, eu acho, não tenho certeza a gente só participa ao conselho dos projetos, entendeu? e temos noção do que é, e na parte de aprovar as contas [...] (Ent.3/Grupo I).

Vemos nesta fala o equívoco sobre a representação do Conselho de Saúde diante do entendimento de quem elabora o plano, que é a diretoria. O conselho deve apenas ser comunicado sobre o projeto construído e a participação dele é aprovar as contas. Dessa forma, a compreensão do gestor que o planejamento não inclui a participação do conselho mostra que apenas a diretoria o planeja, não havendo uma relação dialógica, democrática e comunicação entre os sujeitos.

Para tanto, diante de tal afirmação, perpassa um modelo de planejamento normativo apresentado por Matus (1993), excluindo a participação dos diversos atores sociais na produção social, e o sujeito responsável pela construção do planejamento é o único ator e a realidade é objetiva.

No entanto, as falas dos usuários [Ent. 21 e Ent.23] divergem da fala do gestor [ent.3] quanto à participação dos mesmos na construção do projeto

As estratégias são seguintes, a primeira é discutir os projetos, os planos e depois da discussão se acompanhar, se fiscalizar. Se está sempre fazendo visitas e vendo onde tá acontecendo.....  
[...] a prefeitura gera um projeto, traz esse projeto em reunião ordinária e nos discutimos aquele projeto, às vezes situações acresce, às vezes situações tira. E a gente tem visibilidade melhor para o usuário, para o atendido e isso acontece ordinariamente toda segunda segunda-feira de cada mês, gestores, entendeu? Secretaria e conselho (Ent.21/Grupo III).

[...] fazendo suas ações de fiscalização no caso mesmo do plano municipal de saúde, essa é uma articulação que é feita também e que deve ser feita junto com o conselho, nos temos atuado nesse ultimo plano que foi feito agora em 2012 a 2013 já teve

atuação do conselho, o conselho esta como sujeito no plano, portanto o conselho não esta para que tivesse inserido junto na formulação do plano, hoje o conselho teve junto, o conselho deliberou o que ele achava que tava de direito e também foi colocado no plano de saúde (Ent.23/Grupo III).

A partir dessa perspectiva, o Conselho, além de discutir os projetos, deverá acompanhar e fiscalizar as práticas de gestão. Vemos aí uma continuidade na participação do projeto, sendo sujeitos ativos na gestão para viabilizar ações democráticas no espaço coletivo.

O Conselho de Saúde deve ser um arranjo institucional, sendo reforçado por Campos (2007b) como um espaço coletivo em que os atores sociais confrontam-se para que no processo de luta/negociação surjam contratos potentes para orientação à produção de bens ou serviços. Logo, o Conselho deverá organizar-se como instância de gerência comprometida com a operação concreta do cotidiano.

Em convergência com as falas dos usuários [Ent.21 e Ent.23] e Doc.7 (BRASIL, 2012), o informante-chave [Ent.26] em sua fala apresenta a competência do Conselho de fiscalizar e acompanhar ações.

[...] a **competência básica do conselho é a fiscalização e o acompanhamento das ações** da secretária municipal de saúde, entendeu? Ele pode fiscalizar, ele tem que fazer a avaliação de prestações de contas.....  
Tem que **acompanhar tudo, visitar as unidades**, saber o que é que tá faltando, que tipo de funcionário, se a coisa funciona, **se não funciona**, enfim, acompanhar construções, acompanhar instalação de equipamentos, acompanhar tudo (Ent.26/Grupo IV).

Tais ações do Conselho de Saúde são inerentes à gestão, de forma que ele avalia, acompanha e fiscaliza as ações dos gestores, reforçada com a lei 141/2012(Doc.7)(BRASIL, 2012) ao explicitar que é função do Conselho de Saúde deliberar as diretrizes para o estabelecimento de prioridades, além de fiscalizar e avaliar as ações desenvolvidas pelos gestores

Para Assis e Villa (2003) e Assis (2003) a finalidade do Conselho é propor a construção da política por meio do acompanhamento e avaliação das ações na fiscalização dos recursos para defender os interesses coletivos.

Seguindo essa lógica de atribuição do Conselho de Saúde na gestão, o usuário [Ent.21] complementa a fala do [Ent.26] afirmando que o Conselho é um parceiro do governo que tem participação na fiscalização e deliberação das ações em saúde em prol do bem comum.

A gente participa diretamente [...] a **gente participa na fiscalização, atua nas aprovações das ações da saúde**, ou não, no caso na construção de um PSF . Como o conselho graças a Deus não tem nada contra esta sempre aprovando, tudo que se refere à melhoria para bem comum de toda população de Alagoinhas o conselho tá

aqui pra aprova, pra ser parceiro, pra fiscalizar as ações do governo (Ent.21/Grupo III).

Outrassim, segundo Matus (1993), para que os interesses individuais se concretizem, em prol de um bem comum, ele precisa ter um interesse coletivo. Logo, é preciso uma sociabilização política para atender as necessidades da população, não sendo um espaço de burocratização, mas de viabilização da gestão voltada para o interesse da sociedade, estabelecendo o controle social. Daí,

A participação/controle social não pode ser entendida como uma extensão burocrática e executiva, mas como um processo contínuo de democratização no âmbito local, o que implica o estabelecimento de uma nova sociabilidade política e um novo espaço de cidadania, e, nesse sentido, o sujeito/cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações nos serviços de saúde (ASSIS;VILLA, 2003, p. 377).

Na fala do gestor [Ent.5] é apontado o não entendimento quanto à compreensão do relatório de gestão como um obstáculo na participação do Conselho Municipal de Saúde na gestão,

E muita vez tem dificuldade de conversa com o Conselho pelo entendimento, nível de entendimento né, essas ações que a gente executa, que a gente faz é um complexo, você pegar um relatório do planejamento que vai lá despesa, detalhamento, receita o que foi pago, o que foi gasto, é muito complexo, o próprio conselho tem dificuldade, a gente quanto profissional que já tá na prática tem dificuldade em analisar imagine o conselho. (Ent.5/Grupo I).

Quanto ao despreparo de alguns conselheiros referente à avaliação da prestação de conta há uma convergência entre a fala do Ent.5 e a nossa observação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Ficou notória a falta do conhecimento de alguns conselheiros locais de saúde quanto à conduta de avaliação da prestação de conta da saúde do município. Diante disso, foi necessário solicitar ao Conselho Estadual de Saúde uma capacitação quanto à tomada de decisão referente à reprovação da prestação de conta. Nessa capacitação foram levantadas as possíveis consequências limitantes para o sistema de saúde, sendo o Conselho Municipal de Saúde orientado como conduzir, assim como também o apoio de uma estagiária do curso de Contabilidade para estar assessorando o trabalho.

O desenvolvimento dos conselheiros em relação aos seus deveres junto ao CMS levamos a concordar com Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) que é necessário que os conselheiros conheçam suas atribuições e a finalidade do Conselho, pois observamos um silenciamento advindo da falta de preparo dos mesmos no que diz respeito à prática legal de participação e controle social.

Ficou visível notamos a necessidade de capacitação dos conselheiros quanto a sua forma de atuar diante das situações que são expostas. Na Ata 275º Reunião Ordinária e na Ata 105ºda Reunião Extraordinária do Conselho Municipal de Saúde (Doc.5 e Doc.6) (ALAGOINHAS, 2012 a; 2012b) apresentam a solicitação do Conselho Municipal de Saúde em capacitar os conselheiros de saúde para participarem pro-ativamente com conhecimento de causa na gestão, em especial quanto à condução da desaprovação de contas. Contudo, não havia uma resposta da SESAU e da 3ª DIRES até o momento quanto à referida solicitação, apesar de dispor de verba federal para a capacitação dos conselheiros.

Em convergência com as Atas de Reunião do Conselho Municipal de Saúde (Doc. 5 e Doc.6) (ALAGOINHAS, 2012 a; 2012b) encontra-se a fala dos usuários [Ent.21e Ent. 23].

[...] quando tiver a capacitação devida, capacitação para conselho e para gestores, então pode ter certeza que vai acontecer a mil maravilha, porque falta capacitação (Ent.21/Grupo III).

Dificultou sim, nos sabemos que é uma luta onde temos um conselho do nosso lado, onde ele deve atuar como deve atuar, onde poucos foram capacitados, na base de três ou quatro foram capacitados e a gente teve problemas serio mesmo de entendimento, ter que explicar para aqueles que não são capacitados qual é o papel do conselho, claro que existe dificuldade quando você não é capacitado e a gente sentiu dificuldade sim (Ent.23/Grupo III).

Concretamente, observamos que a falta de capacitação é uma dificuldade para viabilizar a gestão, pois os conselheiros ficam limitados na tomada de decisões por não entenderem a sua representação no Conselho na questão da gestão da saúde, pois não se sentem preparados para lidar com os conflitos que são estabelecidos na busca da democracia.

Para Kleba, Dunia e Colliselli (2007), o Conselho pode ser fortalecido por meio de processos de educação permanente, possibilitando aos conselheiros uma intervenção efetiva para o exercício do controle social de forma coerente com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Assim, ao ser instituído o Conselho como um espaço de aprendizado da democracia ele fortalece não apenas o empoderamento dos indivíduos ou do próprio grupo que ele congrega, mas também das estruturas que dão sustentação ao processo de gestão partilhada das políticas públicas.

O usuário [Ent. 21] complementa que “[...] para se falar a mesma língua entre conselhos, gestores, usuário é preciso capacitação para se falar a mesma língua, se ter o mesmo entendimento”. Mas, há necessidade de capacitação de todos para haver uma interação entres os sujeitos. Contudo, entendemos que a capacitação deva promover sujeitos com capacidade crítica e reflexiva para terem o mesmo objetivo: promover a democracia.

Nesse sentido, o Conselho como *arranjo institucional* democrático deve lutar pelos interesses coletivos. Os conselheiros capacitados deverão utilizar o agir comunicativo e a co-gestão para “falarem a mesma língua”. Logo, a participação dos sujeitos na gestão poderá gerar possibilidades de uma prática inovadora diante de um modelo hegemônico de fazer gestão.

Portanto, concordamos com Assis (2003, p.334) ao afirmar que

Os diferentes sujeitos que fazem a gestão coletiva são permeadas por singularidade, por conflitos entre outros, a proposta é construir possibilidades da co-gestão coletiva, de modo que as certezas ou incertezas se tornem de criatividade no agir cotidiano. Implica inserir no jogo a visão acerca da mudança e o compromisso dos sujeitos participantes.

Compreendemos que o Conselho Municipal de Saúde não é o único meio de ter a participação cidadã na gestão e na produção do cuidado. No município, a participação dos usuários também tem ocorrido nas associações, aqui retratada na fala do usuário [Ent.23].

A minha participação primeiramente nesse processo se dá porque a gente representa uma instituição jurídica que é associação, quando nos representa uma instituição jurídica, nos tem que correr atrás dos objetivos da comunidade. Então saúde pra nosso também é objetivo, nossa participação sempre buscando melhoria no espaço físico acontece, buscando que faça reforma como se tá faltando médico nos vai busca diante do secretário que se coloque médico na unidade de saúde, nos visa também reforma da unidade quando está em precárias condições nos encaminhamos também documentos pedindo a reforma da unidade. Então, nosso processo de participação eeee no termo de buscar a melhoria é constante (Ent.23/Grupo III).

A Associação de Bairro como representante dos interesses da comunidade, deve estar interagindo com a USF e o Secretário de Saúde para que possam produzir melhoria na saúde. Por conseguinte, a participação cidadã tem um objetivo comum da coletividade, buscando o exercício de cidadania (SILVA, 2001). Ainda, para Oliveira e Pinheiro (2010), a participação social remete-nos a uma dimensão política de participar da tomada de decisões e/ou influenciar nas decisões sobre os destinos da sociedade, tanto no campo da produção quanto da gestão do sistema político.

Em convergência com a fala do usuário [Ent.23], os trabalhadores de saúde [Ent.6 e Ent.18] destacam os presidentes da Associação de Bairro como sujeitos ativos e parceiros para a organização do serviço de saúde,

[...] presidente da associação bem atuante, que é o Fulano, ele ajuda bastante a gente, então às vezes eles tratam a comunidade procura bastante ele e ele traz os problemas, entendeu? Que a gente tenta ajudar, mas ele ajuda bastante a gente aqui (Ent.18/Grupo II).

Então os presidentes sempre tão aqui pelo posto, frequentam a unidade, utilizam os serviços, e tão sempre monitorando. Então a gente faz uma parceria (Ent.6/ Grupo II).

Merece que destaquemos aqui um exemplo pontual sobre o processo de trabalho de uma USF que vem tendo um trabalho construído conjuntamente entre a equipe de saúde e usuários, pois há uma interação entre esses sujeitos para a organização do serviço. Percebemos inclusive sujeitos ativos e autônomos no processo de gestão, com a finalidade de prestar melhoria para o serviço, numa co-gestão entre a Associação de Bairro junto com a unidade de saúde.

As falas dos trabalhadores de saúde [Ent.6, Ent.12 e Ent.18] são convergentes quanto à participação do centro comunitário para melhoria do serviço de saúde,

[...] [centro comunitário] que é ativo, não é organizado como conselho local, mas é um embrião ai, a comunidade já se organizar né, ter organização em pró de melhorias [do serviço de saúde], ai já é um embrião, existe um controle (Ent.12/Grupo II).

Como vemos, a Associação de Bairro ou Centro Comunitário tem uma participação ativa em prol da melhoria do serviço, numa construção aproximação, um elo entre a comunidade com equipe para estar fazendo saúde.

Concordamos com Coelho, Jorge e Guimarães (2009) que a participação social é um exercício de cidadania na medida em que se constitui como possibilidade de participarem no planejamento e organização dos serviços de saúde.

Diante da participação da Associação de Bairro no processo de trabalho das unidades, apesar da aproximação para uma gestão participativa como forma de superar o modelo hegemônico gerencial, foram apontadas obstáculos para uma gestão compartilhada sustentados pelo informante-chave [Ent.26] e o usuário [Ent.23] a respeito do Conselho interagir com a SESA, pois enviam documentos para Secretaria e não há respostas.

[...] **os obstáculos encontrados são quando a gente manda um ofício que não são respondidos**, é um grande obstáculo, porque quando um conselho manda o ofício ele depende da resposta deste ofício para tomar sua deliberação, geralmente os ofícios que a gente manda nem sempre são respondidos e a gente fica mandando outros ofício pedindo a resposta daquele ofício que a gente mandou atual (Ent.23/Grupo III).

[...] **gestão conflitante em função da demanda da quantidade de problemas**, sem entendimento da secretária de saúde pra solucioná-los, problemas como falta de informação da secretária de saúde para o conselho, a nível de prestação de contas, a nível de melhoria na qualidade da assistência da saúde de Alagoinhas, não sentia resposta que conselho após um bom trabalho [...] nós fizemos vários relatórios para a secretária de saúde pedindo providências, as providências não foram tomadas, nem tão pouco informações foras dadas (Ent.26/Grupo IV).

Essa desarticulação entre o Conselho Municipal de Saúde e a SESAU dificulta o processo de gestão no município e promove a fragmentação do processo em virtude do diálogo ou da falta de informações para a tomada de decisão, o que poderá inviabilizar o trabalho do Conselho enquanto controle social.

A informação para Santos e Bastos (2011) tem uma dimensão política e estratégica para os processos decisórios, fazendo-se necessária a existência de mecanismos participativos e democráticos. É um instrumento para a gestão e o controle social do SUS. O aparato que envolve a informação em saúde deve ser democratizado e as barreiras superadas. Assim, o controle social e a democratização da informação se reforçam mutuamente.

Enfim, a falta de comunicação entre a SESAU e Conselho Municipal de Saúde é um entrave para o processo democrático, pois dificulta a tomada de decisão no Conselho enquanto instituição colegiada que representa a sociedade. Nesse sentido, acreditamos que para alcançarmos uma gestão compartilhada, devemos utilizar da co-gestão que possa se desvincular de um modelo hegemônico.

**SÍNTESE: Práticas de gestão no SUS na Atenção Básica: uma possibilidade de exercício da cidadania**

---

Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão.

(FREIRE, 1987, p.29)

Na construção da história de saúde do Brasil, após os movimentos sociais da década de 1980, sempre houve a procura por uma gestão em saúde democrática, com um trabalho articulado entre sujeitos, setores, organizações e distritos sanitários em busca da superar as ‘amarras’ encontradas no sistema.

Diante disso, ainda se observa a busca incessante de teorias, métodos, tecnologias e projetos para superar as fragmentações encontradas diariamente. No entanto, sugerimos que o início da “desamarra” ocorra na simples ação da co-gestão, do trabalho coletivo, da horizontalidade do poder de decidir, do agir comunicativo, mas como fazer isso acontecer? Quem quer construir um mundo coletivo?

Para trabalhar as práticas de gestão do SUS na Atenção Básica nos apoiamos em Campos (2007a; 2007b) quanto à proposta do Método de Roda. Contudo, acreditamos que não há uma maneira específica de modelar, de se construir a coletividade, e nem uma teoria, método, ou tecnologia perfeita. Defendemos, sim, que as práticas de gestão do SUS devem proporcionar mudanças na realidade vivida pelos cidadãos, de maneira integral, universal e equânime.

Por conseguinte, ao pensarmos a coletividade e a instituição do Ser Sujeito, a co-gestão poderá ser o caminho para o SUS. No entanto, as barreiras políticas, culturais e da própria estrutura psíquica do homem, muitas vezes, limita pensar no outro, pois foram “trabalhados” para atuar na sociedade capitalista; colocando-se dominante na conquista, e na disputa pelo poder. Por isso, para reverter a história é necessário desconstruir as estruturas hegemônicas da própria história para construir uma nova história, não aquela simplesmente teórica e romântica, mas uma história de uma práxis renovadora, inovadora, com a participação do sujeito social com tamanha capacidade de análise para a busca do mundo coletivo.

Para desvendar os caminhos da gestão em saúde no município de Alagoinhas-BA, analisamos os consensos, os conflitos, as diferenças e as complementariedades das práticas desenvolvidas pelos gestores, trabalhadores de saúde e usuários a partir dos seus dados empíricos.

Os dados desta pesquisa sobre as práticas da gestão no SUS traduzem o modelo hegemônico centralizador do poder, da produtividade em detrimento da coletividade e da construção do Ser Sujeito. Assim, retomamos ao pressuposto e vimos que as práticas de gestão do SUS na Atenção Básica do município de Alagoinhas-BA ocorrem desarticuladas, evidenciando a centralização do poder de decisão dos gestores em detrimento dos interesses dos sujeitos usuários e trabalhadores de saúde, traduzindo a fragilidade do exercer cidadania e

da responsabilidade pública com a saúde. Desse modo, o controle social, a educação permanente, o planejamento em saúde como instrumento de partilhamento do poder entre sujeitos têm sido apenas teorizados, reproduzindo uma gestão centralizada.

No entanto, notamos que o entendimento dos sujeitos sobre as práticas de gestão ora aproxima-se do saber e da ação, ora se distancia, visto que todos os sujeitos compreenderam que as práticas de gestão devem proporcionar o melhor atendimento aos usuários e que as práticas devem ser estabelecidas usuário-centrado, apesar das ações se apresentarem mais contraditórias.

Para os gestores a compreensão sobre as práticas de gestão é ter reponsabilidade, é apoiar, é proporcionar resolubilidade e planejar para a reorganização da rede centrada no usuário. Porém vimos que as atividades eram realizadas por eles, os trabalhadores de saúde, excluindo a participação dos usuários nesse processo. Entretanto, as práticas dos gestores estavam focadas no que Campos(2007b) chama de “Racionalidade Gerencial Hegemônica”(CAMPOS, 2007b).

Já na concepção dos trabalhadores as práticas de gestão são concebidas na Clínica Ampliada, ou seja, Clínica do Sujeito, com o uso das tecnologias relacionais (vínculo, acolhimento), valorizando as intersubjetividades dos envolvidos, do cuidado longitudinal para produzir a Integralidade, além do compromisso com o processo de trabalho centrado no usuário. Todavia, as práticas de gestão realizadas pelos trabalhadores estavam “arraigadas no modelo” centralizador, mas percebíamos a inserção da co-gestão no processo de trabalho nas unidades.

Assim, os limites apresentados pelos dados empíricos, a organização da Atenção Básica encontram-se arraigados no modelo da Administração Clássica, no qual há uma hierarquia de poder de decisão. Percebemos nas unidades de saúde que as práticas de gestão têm o eco de mudanças do modelo hegemônico taylorista/fayolista quando é mencionada a co-gestão.

O planejamento na SESAU para a gestão da Atenção Básica encontra-se estruturado no modelo normativo com uma valorização dos indicadores de saúde em detrimento da produção social presente na forma de avaliar e monitorar as ações dos trabalhadores de saúde.

Conseqüentemente, a avaliação do processo se restringiu aos dados quantitativos, aos programas ministeriais sem alcançar a complexidade social e a intersubjetividade do processo de trabalho em saúde. Dessa forma, o planejamento, a avaliação e o monitoramento não proporcionam uma prática inovadora, pois encontram-se “cristalizados” no modelo normativo.

Portanto, temos um desafio a ser superado no modelo de avaliação instituído, conforme a citação a seguir.

A gente tá trabalhando no setor; e sabendo o real desse setor; o que você deve fazer, o que chega, o que sai, o que entra, você ter todo o controle, uma avaliação. A maioria das coisas que a gente utiliza a gente não tem avaliação, a gente não discute nada, a gente recebe o indicador, mas eu não consigo sentar, avaliar e tentar mudar esse indicador, né? Porque já vem uma coisa pré-determinada, e eu acho que o desafio (Ent.6/GrupoII).

Em contrapartida, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b), a Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS considera as necessidades sociais e subjetivas em saúde para produzir a saúde os sujeitos e a co-gestão no processo de avaliação e monitoramento, para que não sejam apenas os indicadores de resultados, mas indicadores de transformações de uma determinada realidade.

A condução da gestão da SESAU reflete no processo de trabalho nas unidades o planejamento no qual apresentou características do enfoque normativo baseado nas ações programáticas, porém houve a luz do PPLS – árvore de problema, havendo a interação da equipe de saúde com os usuários para a organização do processo de trabalho.

O processo de trabalho nas unidades precisa “quebrar as amarras” do modelo normativo para trabalhar as ações compartilhadas, promovendo a autonomia dos sujeitos – trabalhador de saúde e usuário - para trazer o acolhimento como dispositivo frente ao modelo das Ações Programáticas para produzir o cuidado de maneira que os usuários compreendam que saúde é mais do que ausência de doença, expandindo-se para o cuidado para a Clínica Ampliada.

Todavia, começamos a perceber que tais práticas, mesmo em algumas poucas USF, elas vêm pontualmente evoluindo para uma co-gestão, processo de trabalho com o diálogo entre a equipe e os usuários.

A representação dos usuários também tem ocorrido a partir do Conselho Municipal no qual são sujeitos participantes do processo de gestão (deliberação, fiscalização e avaliação). Porém, foram encontrados limites para agir pela falta de capacitação de alguns conselheiros, além da desarticulação com a SESAU.

Um dos grandes desafios tem sido a área de abrangência das USF (desassistida), pois o número de cidadãos não cadastrados nas unidades tem aumentado significativamente, que conseqüentemente, desarticula o processo de trabalho, interferindo na produção do cuidado.

São inúmeros desafios a serem superados, dentre eles se destacam os interesses políticos em detrimento do interesse dos cidadãos, resistente no modelo hegemônico de saúde, historicamente vivido durante séculos pelos brasileiros. A alta rotatividade de Secretários de

Saúde tem ocasionado a descontinuidade dos projetos, dos planos e das ações, coincidentemente em 2012, pelo momento político (eleições) que trouxe incertezas e inseguranças ao processo de gestão em saúde. Essa realidade está na fala do gestor [Ent.3] a seguir.

Eu acho não sei talvez se faça uma reestruturação lá na frente, talvez se troque todo mundo de lugar. Então assim, estamos em um período político que pode mudar gestor ou não, pode mudar diretoria. Então assim, tá todo mundo em suspense, só que a gente nem pensa nisso, se não a gente não trabalha, existe várias, muitas possibilidades pode-se mudar tudo de repente ou mudar as pessoas do lugar e vim outra pessoa com outro olhar, e uma nova forma, não tem como dizer (Ent.3/GrupoI).

O que fazer para construir uma gestão compartilhada?

Então, a gente tem que se ajustar, se afinar é uma orquestra que a gente tem que se afinar. Que o produto é o usuário que ele sair satisfeito, sair contente (Ent.3/GrupoI).

A proposta de afinar a orquestra parece, em princípio, um caminho paradoxal. Ser como orquestra é como manter o modelo hegemônico de hierarquia de poder. Campos (2007a), faz uma crítica ao modelo Taylorista e sugere o Método em Roda e a construção de Ágoras modernas como possibilidade de promover a democracia e mudança para o sistema de saúde.

Contudo, pensamos que para destituir o modelo clássico, a orquestra, e construir o modelo da 'cantiga de roda' no qual todos os participantes são autônomos e criativos e se completam no tocar da música, propomos as práticas de gestão baseadas na co-gestão e no agir comunicativo, para desestruturar o modelo presente.

Para contribuir para uma gestão compartilhada que seja uma responsabilidade pública e exercício de cidadania, sugerimos:

- A efetividade de uma Educação Permanente em Saúde, trabalhando com o cotidiano de cada sujeito (gestores, trabalhadores de saúde, conselheiros de saúde, usuários), instituindo vínculo entre serviço de saúde, comunidade e Instituições de Ensino Superior(IES).
- Um planejamento em saúde com a participação de todos os sujeitos durante todo o processo, havendo criticidade e reflexão da realidade, para que intervenham nos problemas que acometem a população para transformar as práticas de gestão.
- Avaliação e monitoramento dialogados para que haja uma interação entre os sujeitos para uma tomada de decisão coletiva que proporcionem estratégias de mudanças ao serviço de saúde na Atenção Básica.

- Contratação e qualificação de profissionais na SESAU para não haver sobrecarga de atividades, proporcionando autonomia para obter resolubilidade aos problemas da Atenção Básica.
- Estabelecimento de uma aproximação entre SESAU e as USF, com as Apoiadoras Institucionais por meio do diálogo, vínculo, responsabilização e autonomia para resolubilidade dos problemas identificados nas USF.
- Estabelecimento de reuniões de co-gestão para discutir e criar novas estratégias na gestão dos serviços de saúde na Atenção Básica.
- Constituição do Conselho Municipal de Saúde como espaço da co-gestão de maneira que os sujeitos participantes interajam e ponham seus planos em sintonia uns com os outros na base das interpretações comuns da situação (agir comunicativo).
- Descentralização da tomada de decisão, na qual haja a dissociação de único responsável por organizar o sistema de saúde para instituir o Ser Sujeito no processo de gestão;

Enfim, realizar uma gestão de co-gestão e do agir comunicativo em saúde como instrumento da coletividade para horizontalidade do poder numa responsabilidade pública e exercício de cidadania.



ABRAHÃO, A. L.; MARTINS, C. M.; GEISLER, A. O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p.247-257, 2008.

ABREU DE JESUS, W. L. **Re-significação do planejamento no campo da Saúde Coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos** / Dissertação (mestrado em saúde coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana-BA, 2006.

ABREU DE JESUS, W. L.; ASSIS, M. M. A. **Desafio do planejamento na construção na construção do SUS**. Salvador, EDUFA, 2011.

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, exercício 2007/2009. Alagoinhas, 2007(Doc.1).

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, exercício 2010/2013. Alagoinhas, 2010 a (Doc.2).

ALAGOINHAS. Conselho Municipal de Saúde. **Regime Interno do Conselho Municipal de Saúde**, Alagoinhas, 2010b(Doc.3).

ALAGOINHAS. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório da 4ª Conferência Municipal de Saúde**, Alagoinhas, 2011(Doc.4).

ALAGOINHAS. Conselho Municipal de Saúde, **Ata 275ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde**, Alagoinhas, 2012a(Doc.5).

ALAGOINHAS. Conselho Municipal de Saúde, **Ata 105ª reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde**, Alagoinhas, 2012b(Doc.6).

ALAGOINHAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Portal da Prefeitura Municipal de Alagoinhas**. Alagoinhas, s/d. Disponível em: [http://www.alagoinhas.ba.gov.br/index.php?link=view\\_secretaria&id\\_secretaria=6](http://www.alagoinhas.ba.gov.br/index.php?link=view_secretaria&id_secretaria=6) Acesso em 04 de Jan. 2013.

ALBURQUERQUE, J.A.G. **Instituição e Poder**: a análise concreta das relações de poder nas instituições. 2 ed. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1986.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. e GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

ASSIS, M. A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**. v.27, n.65, p.324-335. set/dez, 2003.

ASSIS, M. M. A. et al. Avaliação da produção do cuidado em saúde e a construção da integralidade a partir do **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF): o caso da Bahia**. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2008 (Projeto do Núcleo de Pesquisa Integrada sob coordenação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marluce Assis).

ASSIS, M. A et al. **Acesso aos serviços de saúde e de enfermagem na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia**. Feira de Santana-BA: Universidade Estadual de Feira de Santana, ago/2010a (Projeto Pesquisa apresentado ao CNPQ).

ASSIS, M. A et al. **Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família: Olhares Analisadores em Diferentes Cenários**. ed. Salvador: EDUFBA, 2010b

ASSIS, M. A; JORGE, M.S.B. Método de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde coletiva. In: SANTANA, J.S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. (Org). **Pesquisa: técnicas de conhecimento de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010.

ASSIS, M.M.A; VILLA, T.C.S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev Latino-am Enfermagem** maio-jun; v. 11, n. 3, p. 376-82, 2003.

AROUCA, S. **O dilema preventivista** – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/FIOCRUZ, 2003.

ARTMAN E, AZEVEDO C; CASTILHO Sá M. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico do planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública** v. 13 n.4, p. 723-740, 1997.

AYRES R. Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde. **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 6, n.1 p. 63-72, 2001.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Manual prático de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde**. / Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador : SESAB, 2009.

BOBBIO, N. **Noberto Bobbio: o filósofo e a política** (antologia). Organização e apresentação José Fernández Santillán; tradução César Benjamin e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 2003.

BOBBIO, N. **Estado, Governo e Sociedade: para uma teoria geral da política**. 12.ed. Tradução Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005.

BRASIL, Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF); 1988.

BRASIL. Congresso Nacional, 1990. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Publicada no D.O.U. em 20/09/90, ano CXXVII – n. 182. Brasília (DF), 1990a

BRASIL. Congresso Nacional, 1990. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Publicado no DOU em 28/12/1990. Brasília (DF), 1990b

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**, 1990c.

BRASIL. Norma **Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 91**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Norma **Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 93**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Norma **Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS**. Brasília-DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília. CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde 2006**. Portaria GM/MS 399. Brasília: ed. Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: Editora: CONASS, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL, Congresso Nacional, 2011. **Lei nº7508/2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2488**. Brasília: ed. Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei Complementar nº 141**. Brasília: ed. Ministério da Saúde, 2012.

BARREIRA, A. **Alagoinhas e seus municípios**. Alagoinhas: o popular, p. 218, 1902.

BUENO, W. S. & MERHY, E. E., 1997. **Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes?** Conferência Nacional de Saúde Online. Temas para Debate II Descentralização da Gestão da Saúde. <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso 05/01/2013

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.15-38, 2003.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife. V. 5, (Supl 1), p. S63-S69, 2005.

CAMPOS, G.W.S Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2007a.

CAMPOS, G. W. S. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2007b.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S e et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/HUCITEC: Rio de Janeiro, p.41-80, 2009.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.16, n.7, p. 3033-3040, 2011.

CARVALHO, A.I. De. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 93-111, 1997.

CARVALHO, B. G. ; MARTIN, G. B. ; CORDONI JR, L. . A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: Selma Maffei de Andrade; Darli Antonio Soares; Luiz Cordoni Junior. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. 1 ed., Londrina: Co-edição Editora UEL - ABRASCO, v. 1, p. 27-91, 2001

CARVALHO, Y. M. ; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S e et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/HUCITEC: Rio de Janeiro, p.149-182, 2009.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T.. A gestão da atenção da saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC/ Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.531-562, 2009.

CECÍLIO L. C. O. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, v.23, n53, p. 30-36, 1999.

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

CECIM, R. B.; FEUERWERKER, R. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, B. R.. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Santa Catarina, v.9, n. 16, p.161-167, 2005a .

CECCIM, R.B. Réplica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** , Santa Catarina v.9, n.16, p.175-177, 2005b.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cienc. & Saúde Coletiva**. v.10, n. 4, p. 975-86, 2005c.

COELHO, I. B.. O caso da reforma sanitária brasileira. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.34, n.87, p.647- 657, out./dez. 2010.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc.& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 705-711, 2006.

COTTA, R. M. M e et.al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21 n. 3, p.1121-1137, 2011.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C.. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v19, n 2, p. 419-438, 2009

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e Práticas dos usuários e trabalhadores do Programa saúde da Família **Rev. APS**, v. 12, n. 4, p. 448-458, out./dez. 2009.

COSTA, P. P.. **Dos projetos à política pública**: reconstruindo a história da educação permanente em saúde. Dissertação de Mestrado. . Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

DEMO, P. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. 3 ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2000.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103 - 107 1997.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: um diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs.). **Caminhos do pensamento - epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.195-226, 2002.

DINIZ, E.. Globalização, Reforma do Estado e Teoria Democrática Contemporânea. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.15, n.4, p.13-22, 2001.

DONNANGELO M. C. F. **Medicina e Sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO M.C.F; PEREIRA L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

FAYOL, Henri. **Administração Industrial e Geral**. 10.ed. São Paulo : Atlas, 1990.

FARAH, B. F.. **A Educação Permanente no Processo de Organização em Serviços de Saúde**: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família – experiência do município de Juiz de Fora/MG /270f. Tese (doutorado) –Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2006.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.15, p.345-53, 1999.

FIGUEIREDO, J. E. St. **Comunidade Cívica , Capital Social e Conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.** Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ, 2001.

FREIRE, R.C. **As ações programáticas no projeto Saúde Todo Dia:** uma das tecnologias para a organização do cuidado.120 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas- SP, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**, 17. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Educação e Mudança.** Tradução e Moacir Gadotti e Lillian Lopes Martins. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** 24.ed. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro: edições Graal, 2007.

FLEURY, S. M. T.. **A Questão Democrática na Saúde.** In: mesmo autor (org.). Saúde e Democracia: A luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, p. 25-41, 1997

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M.. **Gestão de redes:** a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2007.

FONTANELLA, B. J. B., RICAS, J. , TURATO, E. R.. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n,1, p. 17-27, 2008.

GADEMAR, H.G. **Verdade e Método I:** Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Paulo Meurer; revisão da tradução de Enio Paulo Giachini. 8ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2007.

GALLO, E. **Razão e planejamento:** reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – Abrasco, 1995.

GARCIA GG. Las reformas de salud y los modelos de gestión. **Revista Panamericana de Salud.** v. 9, n.6, p.406-412, 2001.

GERSCHMAN, S. V. Descentralização e desigualdades regionais em tempos de hegemonia liberal. In: LIMA, Nisia et al (orgs). **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rj, v.6 , n. 2 , p. 129-153, abr/jun, 1990.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Jan./Mar. v.7, no.1, p.26-44, 1991.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social.** 5.ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

GONÇALVES, C. C T. **Porta de Entrada e Responsabilização das Ações de Saúde no Programa Saúde de Feira de Santana-BA**. Monografia- Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, Feira de Santana, 2010.

GRICE, P. H. **Lógica e conversação** In: DASCAL, Marcelo (org.). Fundamentos metodológicos da linguística: semântica. v. 4 Campinas: UNICAMP, publicado com recursos próprios, p. 43-61, 1982

GUIZARDI, F. L. **Do controle social à gestão participativa: perspectiva pós-soberanas da participação política no SUS**. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2008.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**. Racionalidad de la acción y racionalización social. Tomo I. Madrid: Taurus, 1987.

HABERMAS, J. **Pensamentos pós-metafísico: estudos filosóficos**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.

HABERMAS, J. **La lógica de las Ciencias Sociales**. Madrid: Tecnos, 1988.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico brasileiro 2010**. Alagoinhas: IBGE, 2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**. . v.2, n.6, p.31-46, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais de saúde. **Revista Administração Pública (RAP)**. Rio de Janeiro, v.34, n.6, p.35-45, 2000.

JUNQUEIRA; L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S.. **Descentralização e intersetorialidade na gestão pública Municipal no Brasil: a experiência de fortaleza**. XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública : Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”. Caracas, 1997.

KLEBA M.E. et al. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciência & Saúde Coletiva**, v15, n. 3, p:793-802, 2010.

KLEBA, M. E.; DUNIA , C.; COLLISELLI, L.. Promoção do Empoderamento com conselhos Gestores de um Pólo de Educação Permanente em Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n. 2, p. 335-42, 2007.

L'ABBATE, S. **Comunicação e educação: uma prática**. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (org). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec/Bueno Aires: Lugar Editorial, p.267-292, 1997

LIMA, M.C.; RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.329-42, 2009.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 30 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 41 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005 .

MANCIA, J.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação Permanente no Contexto da Enfermagem e na Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v.57, n 5, p.605-10, 2004.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M.. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed., São Paulo: Atlas, 2006a .

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006b.

MARX, K.. **O capital: crítica da economia política**. 12. ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MATTOS, R. A. . Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, ABRASCO, p. 39-64, 2001.

MATUS, C.. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993. Tomo I e II.

MATUS, C.. **O método PES: roteiro de análise teórica**. São Paulo: FUNDAP, 1997.

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: ABRASCO, 1994a.

MENDES-GONÇALVES, R. B.. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994b.

MERHY, E. E.. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo; MERHY, Emerson Elias; e MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Razão e Planejamento: reflexões sobre Política, Estratégias e Liberdade**. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

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

MERHY, E. E.. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2005a.

MERHY, E. E. Réplica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** , Santa Catarina v.9, n.16, p.172-174, 2005b.

MERHY, E. E. Efeitos diante do convite de construir um espaço comum entre formuladores sobre gestão e planejamento em saúde no Brasil. Debatadores. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2275-2284, 2010.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Caminhos do pensamento** – epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. de S.. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo:Hucitec-Abrasco, 2004.

MINAYO, Maria Cecília (org). *et al.* **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S.F. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOTTIN, L. M. **Elaboração do Plano Municipal de Saúde**: Desafio para o Município um Estudo no Rio Grande do Sul. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ Área de Concentração: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, 1999.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v.1, n.3, p.44-57, 2004

NASCIMENTO, M.A.A. do. Método de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde coletiva. In: SANTANA, J.S. da S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. (Org). **Pesquisa**: técnicas de conhecimento de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS, 2010.

NACIMENTO, M. A.A. et al. Vínculo e Responsabilização na Construção da Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família. In: ASSIS, M. A et al. **Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família**: Olhares Analisadores em Diferentes Cenários. ed. Salvador: EDUFBA, 2010.

NEMES, M.I.B. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org). **Saúde do Adulto**: programas e ações na unidade básica. 2 a . ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

OLIVEIRA, S. S. **Produção do cuidado das equipes de saúde da família em busca da resolubilidade da atenção à saúde**. Dissertação (Mestrado) da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana-BA, 17 mar. 2009.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde soc.** v.18, n.1, p. 141-153, 2009.

OLIVEIRA LC, PINHEIRO R A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p.2455-2464, 2010.

ONOCKO CAMPOS, R.. **O planejamento no Labirinto: uma viagem hermenêutica.** São Paulo: Hucitec, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R.T. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S e et. al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo/HUCITEC: Rio de Janeiro, p.669-688, 2009.

OUVERNEY. A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Administração em Diálogo**, São Paulo, n.7, p. 91-106, 2005.

PAIM, J. S. **Recursos Humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos desafios agudos.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ UUSP, 1994.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária e os modelos assistências. In: Ronquaryol M. Z., Almeida-Filho. **Epidemiologia e saúde.** 5. ed., Rio de janeiro, p. 473-487, 1999.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** 254 fls. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 1998.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidade da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuário e população,** 257 fls. Tese (Livre- Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PINHEIRO, R. **Conselhos de Saúde: o direito e o avesso.** Dissertação de Mestrado: IMS/ UERJ, 1995.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: Estudo em Instituições Escolhidas.** 356 fls. Tese (Doutorado) – Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP,1996.

PITTA, A. M. R.; RIVERA, F. J. U Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação integralidade da atenção em saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.10, n.20, p.395-410, jul/dez 2006.

RIBEIRO, F. B. **Processo de implantação dos conselhos locais de saúde no município de Feira de Santana-BA: construção de uma nova práxis?** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), 2010.

RIBEIRO, F. B.; NASCIMENTO, M. A. A. Exercício de Cidadania nos Conselhos Locais de Saúde: a (Re)Significação do “Ser Sujeito” **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.35, n.1, p.151-166, 2011.

RIVERA, F. J. U. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. **Cad. Saúde Pública,** v.3, n.4, p.444-462, 1987.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde – um enfoque estratégico**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

RIVERA F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

RIVERA F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. p. 357-372, 1996.

RIVERA, F.J.U. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RIVERA, F. J.U; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 4, n.2, p.355-365, 1999.

RIVERA, F. J.U; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n 5, p 2265-2274, 2010.

ROSO, A.; BUENO, S.N. & GUARESCHI, P. Planejamento na área de saúde: o poder em discussão. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.24, n.54, p.38-53, jan./abr. 2000.

SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.151-164, 2001.

SANTOS, A. M. **Da Fragmentação à Integralidade: construindo e (DES) construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas – Bahia**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2005.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, C.C.S; BASTOS RL. Participação social: a construção da democracia na saúde brasileira. **RBPS**, Fortaleza, v 24, n. 3, p 266-273, jul./set., 2011.

SANTOS - FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Relatório de consultoria realizada para o Ministério da Saúde**. Brasília, 2004.

SÁNCHEZ, F. L.. Desafios da Participação Cidadã nos Processos de Inovação Democrática . **Democracia Viva**, n 23, Ago 2004 / Set 2004.

SCHRAIBER, L. B., et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4 n. 2 p. 221-242, 1999.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública** v.43, n. 4, p.721-25, 2009.

SCHNEIDER, A. et. al **Pacto pela Saúde: possibilidades ou realidade?** CEAP 2ª Ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009.

SILVA, F. S. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

SILVA, J.A.M.; OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos Trabalhadores de Saúde na Atenção Básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p.398-401, 2007.

SILVA A.X., CRUZ E.A., MELO V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciênc. Saúde Col.** v.12 n.3, p. 683-688, 2007.

SILVA, J. M.; NASCIMENTO, M. A. A. **Planejamento em Saúde: a dialética entre teoria e prática.** Vitória da Conquista: Editora UESB, 2011.

SILVA, W. C. **Apostila Livre de Regência.** Estudo dirigido para orquestras - CCB, <http://aprendaregencia.blogspot.com>. Acesso 05/01/2013.

SOLLA, J. J. S. P.. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Infant.**, Recife, v.5, n. 4, p. 493-503, out./dez., 2005.

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008/** São Paulo: HUCITEC, 2010.

SOUZA, A.L. **Organizações sociais de saúde: uma discussão preliminar sobre o conceito de publicização.** In: 6º Encontro Nacional de Estudos do Trabalho, 1999.

SOUZA R.R. **O Sistema público de saúde brasileiro.** Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo: Ministério da Saúde; 2002.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009a, v.14, n.3, pp. 911-918. ISSN 1413-8123

SOUZA, K. A. de O. **Processo de Trabalho do Ministério Público em Defesa da Saúde: quando “novos” atores entram em cena.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), 2009b.

SOUZA, L. E. P. F.. Dois adendos a “O Estado que temos e os rumos que queremos”, de Nelson Rodrigues dos Santos. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v.34, n.87, p.631-636, out./dez. 2010.

ROCHA, J.S.Y. - **Gestão da Saúde no Brasil** – Relatório Técnico N. 9 – Depto Medicina Social, FMRP-USP, fev., 2005.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 4, p. 839-849, 2012.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v.17, n.4, p. 821-828, 2012.

TEIXEIRA C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.37-46, 2004.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes, SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à Saúde- Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. EDUFBA, Salvador, p.86-108, 2006.

TEIXEIRA, C. F., VILASBÔAS, A. L.Q.; ABREU-DE-JESUS. L. W. Proposta Metodológica para o Planejamento no Sistema Único de Saúde. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFA, 2010.

TESTA, M.. **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TESTA, M.. **Saber en Salud – la construcción del conocimiento**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

TRIVÑOS, A. N. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: ATLAS, 1987.

VIANA, A. L.D'Á. et al. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v.22, n. 1, p.92-106, 2008.

VILASBÔAS, A. L., TEIXEIRA, C.F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância em saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: AQUINO, R. (org.). **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Série Cadernos Técnicos, 2. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, p. 113-27, 2001.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p.531-559, 2006.

WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, S.M. Processo decisório e Conselhos Gestores de saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem** v.60 n. 5, Brasília, p. 579-584, 2007.

XIMENES, S.. **Minidicionário Ediouro da Língua Portuguesa**. 2 ed. São Paulo: Ediouro, 2000.





## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA: GESTORES

**Projeto de pesquisa:** Práticas da gestão do SUS na atenção básica e o protagonismo dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários: uma responsabilidade pública e exercício de cidadania?

**Pesquisadora responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angela A. do Nascimento

**Pesquisadora colaboradora:** Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ent. n<sup>o</sup>:

Início:

Término:

#### 1 Caracterização do entrevistado:

1.1 Sexo:

1.2 Idade:

1.3 Formação:

1.4 Tempo de Formação:

1.5 Pós-graduação na área (especificar)

1.6 Função/Cargo:

1.7 Tempo de serviço:

1.8 Regime de trabalho

1.9 Vínculo empregatício :

( ) Concurso ( ) Seleção ( ) REDA ( ) Indicação ( ) outro Qual?

1.8 Tem duplo vínculo: Sim ( ) Não ( ) Onde?

1.9 Participação de cursos/seminários e outros

#### 2 Temas norteadores:

2.1 Práticas em Gestão do SUS na Atenção Básica de Saúde.

2.2 Significados sobre Gestão na Atenção Básica de Saúde.

2.3 Estratégia para construção e operacionalização da Gestão do SUS na Atenção Básica

2.3.1 Processo de trabalho na Gestão na Atenção Básica de Saúde (Atividades de negociação/contrato, planejamento, participação e controle social, Educação Permanente).

2.3.2 Sujeitos sociais participantes

2.3.3 Instrumento de gestão

2.3.4 Diálogo entre os atores sociais (Negociação, conflito, consensos, contradições...).

2.3.5 Estratégias / Caminhos.

2.3.6 Recursos Críticos (Análise de viabilidade).

2.4 Desafios, tendências, obstáculos, avanços



## APÊNDICE B ROTEIRO DE ENTREVISTA: TRABALHADORES

**Projeto de pesquisa:** Práticas da gestão do SUS na atenção básica e o protagonismo dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários: uma responsabilidade pública e exercício de cidadania?

**Pesquisadora responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angela A. do Nascimento

**Pesquisadora colaboradora:** Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ent. n<sup>o</sup>:

Início:

Término:

### 1 Caracterização do entrevistado:

1.1 Sexo:

1.2 Idade:

1.3 Formação:

1.4 Tempo de Formação:

1.5 Pós-graduação na área (especificar)

1.6 Função/Cargo:

1.7 Tempo de serviço:

1.8 Regime de trabalho

1.9 Vínculo empregatício:

( ) Concurso ( ) Seleção ( ) REDA ( ) Indicação ( ) outro Qual?

1.8 Tem duplo vínculo: Sim ( ) Não ( ) Onde?

1.9 Participação de cursos/seminários e outros

### 2 Temas norteadores:

2.1 Práticas em Gestão do SUS na Atenção Básica de Saúde.

2.2 Significados sobre Gestão na Atenção Básica de Saúde.

2.3 Estratégia para construção e operacionalização da Gestão do SUS na Atenção Básica

2.3.1 Processo de trabalho na Gestão na Atenção Básica de Saúde (Atividades de negociação/contrato, planejamento, participação /controle social, Educação Permanente).

2.3.2 Sujeitos sociais participantes

2.3.3 Instrumento de gestão

2.3.4 Diálogo entre os atores sociais (Negociação, conflito, consensos, contradições...).

2.3.5 Estratégias / Caminhos.

2.3.6 Recursos Críticos (Análise de viabilidade).

2.4 Desafios, tendências, obstáculos, avanços

2.5 Opinião sobre a prática da Gestão do SUS na condução das atividades da Equipe da Atenção Básica



## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE ENTREVISTA: USUÁRIOS

**Projeto de pesquisa:** Práticas da gestão do SUS na atenção básica e o protagonismo dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários: uma responsabilidade pública e exercício de cidadania?

**Pesquisadora responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angela A. do Nascimento

**Pesquisadora colaboradora:** Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ent. n<sup>o</sup>:

Início:

Término:

#### **1 Caracterização do entrevistado:**

1.1 Sexo:

1.2 Idade:

1.3 Escolaridade:

1.4 Profissão/ocupação:

1.5 Reside na área:

1.6 Período de cadastramento na Unidade Básica:

#### **2 Questões norteadoras:**

2.1 Compreensão do processo de Gestão do SUS na Atenção Básica

2.2 Participação na Gestão do SUS na Atenção Básica

2.2.1 Como participa

2.2.2 Articulação/negociação/pactuação

2.2.3 Definição de prioridades

2.3 Desafios, obstáculos, avanços, tendências



## **APÊNDICE D**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA: INFORMANTE CHAVE**

**Projeto de pesquisa:** Práticas da gestão do SUS na atenção básica e o protagonismo dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários: uma responsabilidade pública e exercício de cidadania?

**Pesquisadora responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angela A. do Nascimento

**Pesquisadora colaboradora:** Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ent. n<sup>o</sup>:

Início:

Término:

#### **1 Caracterização do entrevistado:**

1.1 Sexo:

1.2 Idade:

1.3 Formação :

1.4 Tempo de Formação:

1.5 Função/Cargo:

1.6 Tempo de serviço:

1.7 Ex-Função/Cargo

1.8 Tempo na Ex-Função/Cargo

#### **2 Questões norteadoras:**

2.1 Práticas em Gestão do SUS na Atenção Básica de Saúde.

2.3 Significados sobre Gestão na Atenção Básica de Saúde.

2.3 Estratégia para construção e operacionalização da Gestão do SUS na Atenção Básica

2.3.1 Protagonismo dos sujeitos:

2.3.2 Como participa

2.3.4 Atividades/atribuições

2.3.5 Articulação/negociação/pactuação

2.3.6 Conflitos/contradições

2.3.7 Finalidade

2.3.8 Definição de prioridades

2.4 Desafios, obstáculos, avanços, tendências



## APÊNDICE E ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

**Projeto de pesquisa:** Práticas da gestão do SUS na atenção básica e o protagonismo dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários: uma responsabilidade pública e exercício de cidadania?

**Pesquisadora responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angela A. do Nascimento

**Pesquisadora colaboradora:** Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ent. n<sup>o</sup>:

Início:

Término:

### 1 Pontos a serem observados

1.1 Construção e operacionalização da Gestão do SUS na Equipe de Atenção Básica

1.1.1 Processo de gestão do SUS na Atenção Básica

1.1.2 Sujeitos sociais participantes.

1.1.4 Diálogo entre os sujeitos sociais (Negociação, conflito, consensos, contradições...).

1.1.5 Estratégias / Caminhos.

1.1.6 Recursos Críticos (Análise de viabilidade).

1.2 Tipo de gestão

1.3 Sentidos e significados da Gestão (planejamento/regionalização/descentralização)

1.3.1 Instrumentos utilizados

1.3.2 Participação dos sujeitos

1.3.3 Estratégias utilizadas: negociação/contratação ou pactuação/convênio

1.3.4 Recursos (materiais/não materiais)

1.3.4 Caminhos do Planejamento (Ações programáticas; Vigilância à Saúde, Planejamento comunicativo; Planejamento Estratégico)

1.4 Formação/Educação dos sujeitos sociais

1.5 Controle Social:

1.5.1 Protagonismo dos sujeitos: CMS, Associação de Bairro

1.5.2 Forma de inserção

1.5.3 Atividades/atribuições

1.5.4 Articulação/negociação/pactuação

1.5.5 Conflitos/contradições (desafios/tenências/avanços/obstáculos)

1.5.6 Finalidade

1.5.7 Definição de prioridades.



## APÊNDICE F

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Universidade Estadual de Feira de Santana/BA (UEFS), sob a coordenação da pesquisadora e professora Maria Angela Alves do Nascimento e a pesquisadora Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves, estudante do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC convida você para participar da Pesquisa Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica de Saúde. A pesquisa tem visa analisar as práticas gestão do SUS na atenção básica e você é importante como usuário, trabalhador de saúde e gestores, pois contribuirá com o estudo ao falar sobre realidade dos serviços e assim reorganiza-los, com a pretensão de contribuir para a melhoria da gestão do SUS. Ao participar desta pesquisa terá sua identidade (nome) mantida em anonimato, respeitando sua integridade física, religiosa, moral e social. Caso queira participar do estudo, responderá algumas perguntas em local privado onde só estarão presente eu e você; ninguém mais escutara a nossa conversa. As suas respostas serão utilizadas apenas para pesquisa os dados serão destruídos após cinco anos; ficando guardados com os pesquisadores após a conclusão da pesquisa. Os possíveis riscos desta pesquisa poderão estar relacionados às questões relativas à dificuldade de relação entre a pesquisadora e o (a) pesquisado (a), assim como a entrevista, caso se sinta acanhado ou com medo de ser prejudicado de alguma forma, no entanto você poderá a qualquer momento desistir de ser um colaborador da pesquisa ou anular este consentimento em qualquer fase da mesma sem qualquer problema ou prejuízo para a pesquisa. No momento que houver qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa será esclarecido, entrando em contato com as pesquisadoras através do telefone (75) 3161-8162 no Núcleo de pesquisa Integrada m Saúde Coletiva (NUPISC) localizada no Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS no módulo VI da UEFS. Avenida Transnordestina, S/N, Campus Universitário em Feira de Santana- BA. Após ter sido informado sobre o propósito da pesquisa, caso concorde em participar, responderá às questões para fins científicos, por sua livre vontade, deverá assinar o termo de consentimento em duas cópias, uma cópia ficará com você e a outra com o pesquisador.

Feira de Santana \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Entrevistado (a)

\_\_\_\_\_  
Carolina de Camargo Teixeira Gonçalves

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angela Alves do Nascimento