

Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Medicina
Pós-Graduação em Saúde Pública

Carmem Emmanuely Leitão Araújo

**O FLORESCER DE SUJEITOS
NA TESSITURA DE UMA GESTÃO EM SAÚDE:
AVANÇOS E DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA DE FORTALEZA
(2005 – 2008)**

Fortaleza
2009

Carmem Emmanuely Leitão Araújo

**O FLORESCER DE SUJEITOS
NA TESSITURA DE UMA GESTÃO EM SAÚDE:
Avanços e desafios da experiência de Fortaleza (2005 – 2008)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.

Fortaleza
2009

Carmem Emmanuely Leitão Araújo

**O FLORESCER DE SUJEITOS
NA TESSITURA DE UMA GESTÃO EM SAÚDE:
AVANÇOS E DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA DE FORTALEZA
(2005 – 2008)**

Data de aprovação: 30/04/2009

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes – Orientador

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda – Componente
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Cezar Wagner de Lima Góis – Componente
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Magalhães Bosi – Componente
Universidade Federal do Ceará

DEDICATÓRIA

Aos homens e mulheres, jardineiros meus
Companheiros da vida terrena
Cultivadores de minha alma e de meu corpo:
Com/por vocês sigo em busca de luz
Amor

Aos meus meninos-grandes:

Guga,
Presente de meu primeiro ano de vida, irmão
Guerreiro de sorriso pleno que aprende conosco a arte do silêncio
Sinto teus limites com a responsabilidade de oferecer e ser mais.
Amo-te, desde sempre

Guilherme,
A mais linda melodia de minha vida, filho
Inquieto, criativo, solidário... Orgulho-me de ti.
Teu pulsar por um mundo melhor transcenderá nosso lar
E jardineira ainda serei... em tuas prosas e poesias

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Fátima Leitão, por hoje ter a certeza de que sempre ‘acalentará tuas crianças grandes nos braços da imaginação’. Tu és meu símbolo de coragem, trabalho, resignação e bondade – obrigado por tudo! **Ao meu pai, Pedro Augusto**, por ter criado condições para o nosso crescimento. Herdei de ti a intensidade e a espontaneidade; ser sertaneja: a noite de lua na varanda da terra-seca. **Aos meus pais-avós, Tetê e Fred**, por terem ofertado acolhida e amor. Minha vida tem o cheiro do jardim de minha avó e o embalar da rede de meu avô. **Ao meu irmão, Frederico Emmanuel**, nossas diferenças nos unem. Tenho uma admiração imensurável pela tua sabedoria, espiritualidade e generosidade. **À Clícia**, pelo amor que já demonstra por nós, seja bem-vinda. **Aos meus tios maternos, Fred, Felipe Alejandro e Rosa**, pelo carinho. **A Terezinha** (tia Teca), por sua dissidência e ‘renascimento’. **À Flávia**, que cuida de nossa casa e de meu filho com afeto.

Aos mestres, dr. Ricardo Pontes, ‘teimoso e autônomo como eu’, tenho por ti um grande querer bem. Como orientador, deu-me liberdade para criar; como amigo, ofereceu-me escuta e apoio. Tornou-se tutor da ‘filha do vento’. **Odorico Andrade**, pela oportunidade de trabalhar contigo e aprender tantas coisas. Sou encantada pela tua ousadia, criatividade e generosidade; fazes a diferença no SUS e em minha vida. **Dr. Cezar Wagner**, querido amigo, algumas de tuas reflexões, vivências e ações marcaram minha história, fizeram-me mais; afirmou desejo de estar nas “ruas, campos e construções”. **Dr. Alcides Miranda**, que venho conhecendo e admirando pelo desejo/ação de construir coletivamente. Aqui, deixo a homenagem pelos anos no sertão/litoral do Ceará. **Dr.^a Maria Lucia Bosi**, por estimular a radicalização do ‘eu’ com rigor e por tantas outras aprendizagens. **Gastão Wagner**, pela tua coprodução ousada, que inspirou este trabalho.

A todos meus amigos e amigas, dos quais estando perto ou longe, levo a certeza de permanecerem em mim, como estou neles em lembranças, sorrisos, abraços, sabores. Alegro-me de vocês serem muitos, diferentes, de espaços e

tempos diversos, e de terem em comum o anseio por uma vida plena de sentido. Em especial, **Teresa Martins**, ‘amiga de tantos lugares’, por ensinar uma gestão vivida e pelas conversas sobre este trabalho; **Ivan Coelho**, de maneira singular, tua contribuição está na minha escrita e pensamento. **Neidinha**, pisciana como eu, pela tua liderança afetiva e contribuição na parte III da análise; **Renata Mota**, nos últimos meses: leu meus manuscritos, fez reflexões, deu limites. Obrigada pela amizade que respeita e ri muito da ‘dor e delícia de ser o que somos’.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**, que me permitiu estudar e trabalhar, além de conhecer pessoa com quem compartilhei sonhos, ações e aprendizagens. **Aos amigos e companheiros do Sistema Municipal de Saúde-Escola**, que acreditam e lutam pela educação permanente em saúde; **aos que são/foram preceptores de território em Fortaleza**, por tudo o que construímos e teremos que ainda fazer, obrigada pela singularidade e beleza de cada um de vocês; **as gestores/profissionais** que estão nesta dissertação em discursos e vivências.

À **Universidade Federal do Ceará**, pela minha formação como profissional. **Ao Mestrado em Saúde Pública**, por contribuir com a ‘saúde coletiva’ no Ceará; **aos professores**, pelas aulas dialógicas; **à minha turma de mestrado**. Melhor impossível, a práxis era o que nos interessava. Em especial, a Neuza Goya, Reginaldo Chagas, André Moura, Lino, Ana Paula, Tatiana Fiúza, Marco Túlio. Com vocês, traço outras caminhadas de compromisso e afeto. **Ao Núcleo de Estudos POIÈSIS**, por todo o apoio nesta dissertação e aprendizagens/implicações no campo de políticas, planejamento e gestão em saúde.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa sobre possibilidades e limites da constituição de sujeitos na gestão em saúde, a partir da experiência de Fortaleza no período de 2005 a 2008. Aborda-se o sujeito a partir de um referencial histórico-cultural, o qual considera a interação dialética entre o individual e o coletivo no aprofundamento da consciência humana sobre si e o mundo. Nesta perspectiva, reflete-se sobre propósitos e modelos de gestão em saúde e sua correlação com a ampliação da autonomia dos atores. Foram realizados grupos focais com gestores vinculados à Atenção Primária à Saúde e utilizados dados secundários. Por meio de uma abordagem hermenêutica dialética procurou-se compreender o sentido das narrativas construídas, considerando-se as condições históricas de sua existência. Identificaram-se categorias empíricas que foram analisadas: cointencionalidade de mudança, direcionalidade política e conceitual, gestão humana, diminuição da hierarquia, fragmentação do processo de trabalho, concentração do poder de decisão. Sobressaíram-se reflexões sobre três políticas estratégicas de fortalecimento de sujeitos: cogestão, humanização e educação permanente em saúde. Concluiu-se que, apesar da persistência de obstáculos, para a melhoria da qualidade dos sistemas e serviços de saúde é imprescindível instituir uma gestão democrática por meio de arranjos organizacionais e métodos participativos que potencializem a inserção e o comprometimento dos atores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Participação; Autonomia; Sujeito.

ABSTRACT

STRENGTHENING OF SUBJECTS IN HEALTH MANAGEMENT: ADVANCES AND CHALLENGES IN THE EXPERIENCE OF FORTALEZA, CE.

This research work deals with the potentialities and limitations on the strengthening of subjects in health management, based on the experience of Fortaleza in the period from 2005 to 2008. The subject is approached from a historical-cultural standpoint, which considers the dialectic interaction between the individual and the collective in deepening human consciousness about itself and the world. From this perspective, a reflection is made on the health management purposes and models and their correlation with an increased autonomy of the actors. Focus groups were conducted with managers linked to Primary Health Care and secondary data were utilized. Through a hermeneutic dialectic approach it was sought to understand the meaning of the constructed narratives by considering the historical conditions of their existence. Empirical categories were identified and analyzed: co-intentionality of change, political and conceptual drives, human management, reduction of hierarchy, fragmentation of the work process, concentration of the decision power. Three main strategic policies aimed at strengthening the subjects came out from the analyses: co-management, humanization, and continuous education on health. It was concluded that, despite the persistence of obstacles, in order to improve the quality of healthcare services it is essential to establish a democratic management system through organizational arrangements and participatory methods that enhance integration and commitment of the Public Health System (SUS) actors.

Key-words: Healthcare Management; Family Health Strategy; Participation; Autonomy; Subject.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
Sentimentos de pertença: os ‘lugares’ de compromisso	11
A escolha do objeto: aconteceu na ‘roda viva’	13
O desenho da pesquisa: apresentação do estudo	14
1 – INTRODUÇÃO	16
2 – OBJETIVOS	25
3 – GESTÃO	26
3.1. As tradições sobre gestão: ‘prática social’ de superação ou manutenção?	26
3.2. As especificidades da gestão pública	31
3.3. Gestão em saúde na perspectiva do SUS	36
3.3.1. Paidéia na perspectiva da gestão em saúde	39
3.3.2. O Método da Roda: análise e cogestão de coletivos	41
4 – PENSAR E SER SUJEITO NA SAÚDE	44
4.1. O debate sobre sujeito no campo da saúde	44
4.2. O sujeito histórico-cultural: constituição mútua do sujeito e do mundo	50
4.2.1. Autonomia: categoria-síntese do sujeito	53
4.2.2. Participação e compromisso: dimensões do sujeito	54
5 – ASPECTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO	56
5.1. Com âncora nas pesquisas qualitativas	56
5.2. O <i>Locus</i> da pesquisa: Fortaleza, Gestão 2005 – 2008	58
5.3. Elaboração das informações	60
5.3.1. Sobre a fonte das informações	60
5.3.2. A escolha dos informantes da pesquisa	61
5.3.3. Acerca da técnica e os informantes	63
5.4. Análise das informações	66
5.4.1. O percurso da análise	67

**PARTE I – “ESTAMOS MUDANDO MODELOS”: A INTENCIONALIDADE E
A PRÁTICA DE MUDANÇA NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES DA
PESQUISA**

	70
1.1. A intencionalidade de mudança	70
1.2. Consciência histórica: o que se lança como proposta de mudança	72
1.3. O desenho da mudança: as redes assistenciais em saúde	75
1.4. O território como espaço de constituição de redes	78
1.5. Saúde da Família: Considerações sobre a Rede Estratégica	83
1.6. O vínculo no território e na clínica como condição de corresponsabilidades	84
1.7. O concurso público e o perfil do trabalhador	89
1.8. Cisão e integração: Os “20 horas” e os profissionais das equipes do PSF	93
1.9. Todo o Estado e a Capital: ressignificação da ESF	97
1.10. Outros aspectos trazidos sobre a ESF em Fortaleza	99

**PARTE II – A PRÁTICA DA GESTÃO EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES
SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM FORTALEZA**

	101
2.1. A polarização entre ‘gestão humana’ e ‘coisas materiais’	101
2.2. As relações entre as diferentes instâncias da gestão	107
2.3. Os limites de autonomia nos serviços de saúde	111
2.4. A competição entre distritos de saúde	113
2.5. Fragmentação na organização da atenção básica	115
2.6. O apoiador institucional	117

PARTE III – ESPAÇOS POTENCIAIS DE FORMAÇÃO DE SUJEITOS

	120
3.1. A possibilidade de transformações por meio do Sistema Municipal de Saúde-Escola	120
3.2. A política de humanização como um “reacreditar”	128
3.3. As rodas da gestão de Fortaleza: olhares e sentidos	132
3.3.1. As compreensões sobre as rodas da gestão	132
3.3.2. Espaços para a participação	134
3.3.3. Tomada de decisão	138

3.3.4. Organização das rodas	140
3.3.5. Efeito cascata e “pé no freio”	142
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS	153

APRESENTAÇÃO

“É na minha disponibilidade permanente à vida a que me entrego de corpo inteiro, pensar crítico, emoção, curiosidade, desejo, que vou aprendendo a ser eu mesmo em minhas relações com o contrário de mim”. (Paulo Freire)

Que peripécias de mim trazem o desejo de encarar o caminho investigativo no campo da subjetividade e gestão em saúde? Que contextos e sentidos, mesmo diante de outras possibilidades de encantamento pessoal e relevância social, condições intrínsecas para meu compromisso com a elaboração do conhecimento, fizeram-me decidir por esse campo do conhecimento? Afirmo que todos os caminhos percebidos estavam na direção de compreender fenômenos presentes em minha ação cotidiana.

Assim, entendo esse estudo por meio de minha presença no mundo, experiências acumuladas, inquietações pessoais e reflexões coletivas. Nasce de meu olhar sobre a cidade onde busco, junto com outros companheiros de trabalho, realidades melhores na área da saúde. Nessa apresentação, destaco dois “lugares” nos quais me sinto implicada para desenvolver esta dissertação: lugar-cidade e lugar-trabalho. Também comento o contexto para a escolha desse objeto e, por fim, as características gerais deste ensaio.

Sentimentos de pertença: os ‘lugares’ de compromisso

O lugar-cidade é Fortaleza, banhada pelos verdes mares e pela segregação territorial urbana. Lugar de gente do sertão e do litoral, refúgio das secas, acalanto bravio do mar. Cidade de gente muito rica na orla da Beira-Mar, ‘aldeia-Aldeota’ no dizer do compositor Ednardo. Gente muito pobre na beira do rio Maranguapinho e das praias do Pirambu e Serviluz. Um terço da população vive em áreas faveladas, nas favelas visíveis da periferia, “quase” invisíveis nas avenidas da elite.

A capital do Ceará é centro para as cidades do restante do Estado e periferia para a maioria que habita seu chão. Seu nome tem como origem os fortes: São Sebastião e Schoonenborch, posteriormente chamado de Fortalea de Nossa Senhora da Assunção. Hoje, que fortes atravessam a identidade da Cidade? Penso nos fortes de isolamentos das classes sociais, mas também nos fortes de resistências às desigualdades.

Fortaleza é de luz e de sombras. Luz não apenas pela claridade intensa aos olhos, mas pela beleza natural da terra de um povo hospitaleiro e brincalhão, onde o turismo, o comércio e a indústria movimentam a economia, onde emergem movimentos comunitários de cidadania e busca de justiça social, solidariedade latente em gente que precisa e compartilha. Cidade onde “o pescador o vento vai levando”. Sombra da violência crescente, juntamente com a população – resultado de um verdadeiro “inchaço”. Sombra pela iniquidade social, exploração, desemprego, fome e descaso.

Ante tais contrastes representados pela metáfora da luz e da sombra, entendo que há uma complexidade de emaranhados socioestruturais que acompanham a história de Fortaleza. Existem ideologias de classe, visão economicista de mundo e do homem, relações de exploração, limites concretos impostos ao exercício da cidadania e expressão do potencial de vida.

O cuidar de Fortaleza fazendo parte do cotidiano de seus moradores seria o compromisso ético em transformar, coletivamente, realidades mesmo diante do caos e das incertezas. Recriação da cidade e de subjetividades. Utopia? Provavelmente, mas que faremos se não avançarmos na direção do compromisso e da coragem? Situo, portanto, esta dissertação como compromisso meu e da Universidade para com processos significativos da cidade: um recorte com base no lugar-trabalho.

Na graduação em Psicologia, convivi com pessoas que sonham-fazendo novas realidades. Tive como ‘útero’ profissional o NUCOM (Núcleo de Psicologia Comunitária): fundamentações teóricas e metodológicas, convivências afetivas e primeiras experiências que alimentaram ideologias e possibilidades. A primeira área de encantamento foi com a saúde mental, desde o estágio em Quixadá e trabalho em Paraipaba – sertão-central e praia, que em comum pretendiam o fortalecimento da cidadania e da atenção primária em saúde. Minha “incubadora” foi o Instituto Paulo Freire do Ceará, onde dois referenciais caminham juntos: pedagogia da libertação e princípio biocêntrico para a reflexão e vivência em atuações de consultoria e formação. No Ipu, ‘pé da serra’ de Ibiapaba, experiência rápida como gestora, onde senti o fortalecimento de meus princípios e ética. Em todas essas práticas, o encontro comigo mesma mediante encontro com tantas pessoas e sonhos.

Em meados de 2005, integrei-me à equipe da Secretaria de Saúde de Fortaleza, a qual estava ativa com a possibilidade de realização de um novo projeto para a cidade. Desde então, participo de uma caminhada cheia de desafios para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) neste município.

Minha maior colaboração está na área de educação permanente, atuando na perspectiva de criação do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE), política estruturante de organização e gestão do SUS desenvolvida pelo Município de Fortaleza. O SMSE possui como ideia-força a transformação de toda rede de serviços de saúde existente no Município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional. Nessa perspectiva, compreende a preceptoría em serviço como uma das diretrizes, dentre elas a preceptoría de território, que se constitui por profissionais que buscam contribuir com a articulação das práticas e saberes do território e organização dos processos de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família.

Como preceptora de território e envolvendo-me na coordenação de alguns processos formativos estratégicos, tive a oportunidade de potencializar a visão sobre os processos da gestão, haja vista a vivência e convivência com variados agentes de serviços e da gestão municipal, como também pela participação em processos ricos de reflexão do sistema de saúde.

É implicada nesses dois lugares, que surge o compromisso de investigar; mas, o quê? Várias possibilidades se apresentavam como relevantes. A escolha? Foi acontecendo.

A escolha do objeto: aconteceu na ‘roda viva’

Em 2007, enquanto cursava o primeiro ano do mestrado, participei da coordenação da primeira turma da Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Gestão em Fortaleza, curso da Universidade de Campinas (UNICAMP), a qual tinha como alunos os gestores da rede de atenção básica e saúde mental. Nesse curso, após aulas e leituras sobre o Método da Roda, emergiu o interesse dos alunos em discutir a prática dos colegiados de gestão em Fortaleza, os quais ficaram conhecidos na Cidade como rodas de gestão.

Segundo Campos (2007), o Método da Roda é um modo de administrar que inclui o pensamento e ação coletiva. É uma diretriz ética e política que visa a motivar e educar os trabalhadores. Objetiva o fortalecimento de sujeitos e a democracia institucional, ativada com a ampliação da capacidade de análise e de intervenção do sujeito e dos grupos. Portanto, as rodas de gestão são espaços que se pretendem coletivos para efetivar uma gestão participativa e compartilhada.

O debate foi intenso e ensejou um processo que o secretário da saúde chamou de re-significação das rodas: momento de ampliar a discussão do curso para os demais gestores e atores do sistema de saúde.

Naquele momento, houve o desdobramento de algumas ações, como uma pesquisa exploratório-qualitativa sobre as compreensões de alguns agentes sobre as rodas, a qual estive envolvida diretamente. Esse estudo foi base para um encontro de aprofundamento da temática com professores da UNICAMP, dentre eles, Gastão Wagner, o autor do método. Foi um período rico em reflexões que me trouxe diversas interrogações.

Assim, nasceu a ideia de aprofundar a relação gestão e sujeito, incluindo o espaço das rodas da gestão, mas também abrindo o trabalho para outras dimensões que poderiam emergir para a constituição mútua dos sujeitos e da gestão.

Qual a importância deste trabalho? A implicação de sujeitos/agentes no SUS é um tema atual, como também a importância da gestão em saúde para a democracia e para a participação. Há, no entanto, poucas pesquisas sobre eles, ainda menos os relacionando. Além de tudo, acredito ser imprescindível o fortalecimento das pessoas para a transformação social, portanto, para o desenvolvimento do SUS.

O desenho da pesquisa: apresentação do estudo

Ratifico a gestão em saúde como campo que possui implicações para a constituição de sujeitos e efetivação do SUS, seja imprimindo limites ou criando possibilidades. Sendo assim, procurarei compreender essas implicações com suporte nos significados atribuídos à prática da gestão, a qual conota que o foco é a experiência das pessoas.

Desse modo, busquei, com os significados atribuídos ao vivido, o aprofundamento hermenêutico para a compreensão de como uma gestão favorece (ou não) o fortalecimento das pessoas como 'sujeitos da realidade', e como estes podem promover mudanças no sistema de saúde.

Abordarei os sujeitos como pessoas e grupos que se apropriam, cada vez mais, do trabalho em saúde. São dialéticos, corresponsáveis por suas histórias e de uma coletividade, que convivem com as contradições do sistema de saúde. Seres inacabados, em devir, mas cocomprometidos com um projeto de mudança social, no caso o SUS.

São pessoas que mantêm a possibilidade do diálogo com o diferente em seu cotidiano, interagindo com outros agentes e estruturas organizacionais para criar perspectivas participativas que, apesar de contradições e conflitos, podem atuar numa direção comum: coprodução de saúde. Portanto, o diálogo é imprescindível e a transformação com base em um aprofundamento da consciência humana. Deste modo, as pessoas transformariam a si mesmas no ato de mudar o mundo.

Pensar a relação entre uma gestão em saúde e o fortalecimento de sujeitos no SUS requer a compreensão de onde ancoo essa discussão. Com referenciais teóricos, busquei uma problematização de questões que considerei estruturantes e que demarcaram o objeto de estudo, como também possibilitaram o exercício de análise das informações obtidas.

A dissertação que ora apresento está estruturada da seguinte forma: **Introdução e Objetivos** – Reflexão sobre repor o ‘sujeito no centro da vida’ para a criação de uma sociedade democrática, considerando o SUS como política pública que tenciona concepções e práticas de saúde hegemônicas. Ainda justifico a relevância da experiência em gestão de Fortaleza para este estudo e defino os objetivos; **Capítulo 3** - Resgate breve das abordagens administrativas, modelos da gestão pública e o debate sobre gestão em saúde no Brasil, dando ênfase à proposta da gestão compartilhada de Campos (2007); **Capítulo 4** – Estado da arte sobre o sujeito, baseado em autores da Saúde Coletiva e estudos do campo da gestão e subjetividade. Apresento a concepção de sujeito (histórico-cultural) adotada por este estudo por meio de algumas categorias teóricas preliminares à análise empírica do objeto, quais sejam: autonomia, participação e compromisso com o SUS; **Capítulo 5** – delineamento dos caminhos metodológicos da pesquisa. Após a definição dos objetivos do estudo, trago ligeira contextualização da tradição qualitativa de pesquisa e a descrição da metodologia adotada para gerar as informações; **Capítulo 6** – a discussão dos resultados da pesquisa é realizada e, por fim, **as Considerações Finais**.

Em síntese, compreender os limites e possibilidades de construção de sujeitos a partir da experiência em uma gestão é o desafio que se fez presente nesse projeto – um estudo de tradição qualitativa com base na experiência da gestão em saúde do Município de Fortaleza (Gestão 2005-2008).

1. INTRODUÇÃO

“Repór, portanto, o Sujeito no centro da vida implica decisão de uma luta política, pois envolve a hegemonia de alguns valores, de uma certa visão de mundo e de certa ética contra outros projetos. Pressupõe movimentos políticos porque mexe com poder, com interesses contrariados, com o inevitável enfrentamento de algumas elites e a construção com novos fluxos de poder. Um movimento com dimensões éticas porque pressupõe uma série de valores constitutivos da existência comum.” (CAMPOS, 2007, p.178)

Antes de repór o sujeito no centro da vida, é preciso questionar: colocamos a vida no centro? Voltar-me-ei, de acordo com a citação, para o sujeito e para a imprescindível necessidade de fortalecê-lo para caminharmos no sentido da transformação social. Desataco apenas que parto do princípio biocêntrico¹, onde ‘a vida é a referencia do viver’ e o sujeito é a faceta consciente do ser que contribui com uma sociedade melhor, mais justa e amorosa (Góis, 2002, 2008).

Desse modo, vejo que a afirmação de propor o ‘sujeito no centro’ (Campos, 2007) aponta para uma reflexão profunda sobre nossa sociedade e propõe o agir na contramão de forças hegemônicas. No sentido gramsciano, hegemonia é um tipo de dominação pelo consentimento, e não pela força, “processo de construção e afirmação de um modo de sentir, pensar, querer, agir em todas as dimensões da vida” (Sales, 2006; p. 97). Sendo assim, como criar hegemônias? Como avançar na concretização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade na prática cotidiana da saúde, se ideologias e interesses individuais caminham em outra perspectiva?

Com essas indagações, quero inserir este estudo nos debates que problematizam práticas, individuais e coletivas, e que avançam no compromisso com a transformação social na perspectiva da democracia.

Ao falar de democracia, farei referência a uma prática que busca a mudança social com base na participação, indo de encontro à perspectiva liberal de Estado, a qual também aborda a democracia e a participação em seu discurso, no entanto com ênfase no direito individual em detrimento do coletivo. Contrapondo-me a essa perspectiva, estarei na direção de Sales, (2006, p.106) quando, fazendo revisão ao pensamento de Gramsci, considera que “a Democracia começa a existir quando os grupos subalternos estão saindo da condição de dirigidos e assumindo a função de dirigentes”.

¹ O princípio biocêntrico inspira-se na intuição do universo organizado em função da vida e consiste em uma proposta de reformulação de nossos valores culturais que tomam como referencial o respeito à vida.

Estou também na direção do pensamento de Marilena Chauí (2004), que caracteriza a democracia como forma de vida social e critica os que a reduzem como tipo de governo. Destaca-a como modo de uma sociedade, dividida em classes, estabelece suas relações na busca de conciliar o princípio da igualdade e da liberdade com a existência real das desigualdades. Na democracia, o conflito é legítimo e é possível a criação de direitos que garantam a isonomia (igualdade perante a lei) e a “isegoria” (direitos de todos manifestarem sua opinião).

Viveríamos numa democracia como vida social? O que percebo, baseada na minha vivência e leituras, é que a sociedade está enraizada numa dinâmica onde as necessidades e liberdades individuais sobrepõem-se às coletivas. Há uma globalização perversa que reprime as identidades, potenciais e culturas locais. Valores e desejos são criados por uma conjuntura externa que minimiza a consciência individual e coletiva.

Existe uma lógica dominante que arrasta a possibilidade de um mundo realmente de iguais em direitos e cria um sistema alimentado por relações alienadas e desumanas. Expressa diferentemente nos países, não apenas pelas características econômicas ou pela posição no cenário mundial (os desenvolvidos ou em desenvolvimento), mas também pela especificidade de seu povo, de sua cultura, de suas origens históricas (Santos, 2006, Touraine, 2003).

Sem diminuir a reflexão sobre a situação mundial, as realidades latino-americana e brasileira sofreram da perversão da colonização, a qual se expressa, ainda hoje, na identidade cultural (Freire, 1997).

Há uma complexidade histórica na vida dos povos latino-americanos, que fragiliza a tomada de consciência da realidade concreta e o exercício da cidadania (Freire, 1979).

A sociedade fechada latino-americana foi uma sociedade colonial. Em algumas formas básicas de seu comportamento observamos que, geralmente, o ponto de decisão econômica desta sociedade está fora dela. Isto significa que este ponto está dentro de outra sociedade. (...) Esta sociedade matriz é a que tem opções; em troca, as demais sociedades somente recebem ordens. Assim é possível falar de ‘sociedade-sujeito’ e de sociedade-objeto (2007, p.33).

Uma sociedade objeto remete a pessoas objetos: ‘coisificação’ do outro; os que falam e os que escutam; os que mandam e os que obedecem; conformismo e alienações, no entanto, a sociedade brasileira, em transição, não é mais uma sociedade fechada

como outrora, pois há grupos fortalecidos e movimentos que lutam por novas realidades (Chauí, 1997). Para um futuro democrático teríamos “de saber o que fomos e o que somos para saber o que seremos” (Freire, 1979; p.33).

Para sabermos ‘quem somos’ é válido lembrar a “profunda distancia social” que marca a sociedade brasileira, e que enseja grande parte da população vivendo em condições de vida precárias. Como diz Darcy Ribeiro:

Subjacente à uniformidade cultural brasileira, esconde-se uma profunda distancia social, gerada pelo tipo de estratificação que o próprio processo de formação nacional produziu. O antagonismo classista que corresponde a toda estratificação social aqui exacerbada, para opor uma estreita camada privilegiada ao grosso da população (2003, p.23).

Incluo as desigualdades sociais por saber de sua relação íntima com as condições de vida, com a saúde da população de um lugar, com a produção de subjetividades. Para Góis (2008, p. 6),

O grande desafio de uma sociedade democrática referenciada no direito à vida é o de superar as barreiras sócio-ideológicas historicamente levantadas e que impõem relações socialmente desiguais entre os indivíduos, e construir um sistema social equitativo provedor de proteção e oportunidades para todos em suas diferenças.

Superar as barreiras socioideológicas requer abertura para novos modos de significação e relação com o mundo. Para isso, é necessário saber das relações de dominação e desumanização da sociedade atual, também refletida no modo de organização do sistema de saúde, nas relações entre as pessoas e na assistência pública brasileira. A exclusão é expressa na subjetividade, num modo de estar no mundo de resignação e desesperança.

Sendo assim, como edificar uma sociedade democrática se não se olhar as pessoas como agentes da história; sem se problematizar a relação entre sujeitos e realidade; sem olharmos de modo profundo para os sentidos pelos quais as pessoas significam suas existências e o mundo? Portanto, fazendo-se essa opção de fortalecimento dos sujeitos, é necessário avançar numa práxis de libertação (Góis, 2008).

Para Boff (1980, p.18), “libertação, como a própria semântica sugere, constitui-se como ação criadora de liberdade. É uma palavra processo (...) palavra-ação intencionalmente orientada a uma práxis que liberta de e para”. Não é a liberdade do individualismo, mas do aprofundamento da consciência e do compromisso com a mudança pessoal e social.

Por conseguinte, quando falo de sujeito, reforço a importância de se ter clareza de todas essas conjunturas históricas e a necessidade de criação de espaços de exercício da cidadania. Parto da hipótese de que a mudança social não se alcança apenas com base em de novas estruturas sociais. Marilena Chauí (1997) contribui com o debate, citando o do poema de José Paulo Paes:

A torneira seca
(mas pior: a falta
de sede)

A luz apagada
(mas pior: o gosto
do escuro)

A porta fechada
(mas pior: a chave
por dentro).

Tendo por mote este poema, Chauí (1997) apresenta suas inquietações:

(...) O que está e o que não está em nosso poder? Até onde se estende o poder de nossa vontade, de nosso desejo, de nossa consciência? Em outras palavras: Até onde alcança o poder de nossa liberdade? Podemos mais do que o mundo ou este pode mais do que nossa liberdade? O que está inteiramente em nosso poder e o que depende inteiramente de causas e forças exteriores que agem sobre nós? Por que o pior é a falta de sede e não a torneira seca, o gosto do escuro e não a luz apagada, a chave imobilizada e não a porta fechada? O que depende do “vasto mundo” e o que depende de nosso “mais vasto coração”? (IDEM, p.357)

Está em questão, portando, a ‘produção dos sujeitos’ (Campos, 1998), isto é: a autonomia. O que é condicionado? O que está na esfera da singularidade? O que é possível criar para fazer aflorar uma nova sociedade, onde as pessoas exercitem o poder de forma democrática, pessoas responsáveis pela sua própria vida e, por isso, capazes de exercer tensionamentos em favor de mudanças?

Por isso a necessidade de se pensar a relação dialética entre sociedade e sujeitos, onde ambos se constituem na influência do outro. Desse modo, o sujeito é constituído em sua relação com o mundo e, ao mesmo tempo, a realidade desse mundo é transformada por pessoas. O que reforço, nesse estudo, é a necessidade das pessoas se apropriarem da realidade em favor de uma sociedade solidária (Testa, 1995), tornando-se sujeitos da realidade em coletivos.

Para caminhar nessa perspectiva, urge pensar como se fortalece sujeitos e como se cria uma sociedade democrática. Como disse Duriguetto (2007, p.64), também fazendo referência ao pensamento de Gramsci, “essa articulação não se efetiva pela imposição, mas pela adesão crítica, ativa e consensual dos grupos sociais ao projeto que se quer hegemônico”.

Para radicalizar na democracia, é preciso abertura para sua feitura, agregando e interagindo. Portanto, a palavra adesão não corresponde à complexidade da formulação de uma nova hegemonia na sociedade e na saúde. É preciso fortalecer a participação dos agentes sociais e das pessoas, de modo coletivo e individual. Pois, a história evidencia a possibilidade de ‘bons’ propósitos tornarem-se autoritarismo e alienação.

Quais opções, no entanto, estão surgindo para uma mudança na sociedade? Penso, correndo o risco de ser considerada idealista, que a experiência brasileira na construção do Sistema Único de Saúde é exemplo de tensionamento social, de experiências locais, dedicações pessoais e sonhos coletivos para a consolidação de um mundo mais solidário. De outro modo, configura-se como tensionamento social para a construção de novos paradigmas e realidades sociais, mesmo com suas contradições e desafios (ANDRADE E BARRETO, 2007).

Como sabido, a partir da década de 1970, junto com o processo de redemocratização do País, a problematização sobre o sistema de saúde brasileiro foi intensa. Intelectuais e grupos sociais passaram a defender mudanças significativas no modelo de saúde historicamente excludente. Na década de 1980, consolidaram-se na Constituição brasileira os propósitos de um projeto para a saúde pública brasileira: acesso universal, equidade de direitos, integralidade na atenção. (ANDRADE E BARRETO, 2007). Desde então, os desafios são muitos. A Constituição garantiu uma base, mas nem todas as necessidades jurídico-legais. O Sistema Único de Saúde faz-se no cotidiano.

O SUS, apesar de incoerências, ensejou mudanças significativas na atenção à saúde dos brasileiros. Para Rodrigues dos Santos (2007, p.430),

Em poucos anos, foi incluída a população antes excluída de todos os subsistemas de que era um terço do total. Isso ocorreu em relação à Atenção Básica, às ações de vigilância, à assistência de média e alta complexidade, num processo de intensa descentralização, com ênfase na municipalização. Verdadeira reforma democrática do Estado foi realizada pelo setor saúde, por meio da criação e do funcionamento de conselhos, dos fundos de saúde, dos repasses fundo a fundo, das comissões intergestores tripartite/bipartites e pela extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Fundamentado nos resultados que a reforma sanitária brasileira imprimiu na realidade brasileira, o mesmo autor caminha numa reflexão que considera o SUS como uma das maiores políticas de Estado de inclusão social, mas, também, encontra diversos desafios para sua sustentação e avanço.

Aliás, ‘Desafios e avanços do SUS’ é uma temática atual. Vários agentes, de forma sistematizada ou não, estão discutindo este ponto em espaços da gestão, dos conselhos de saúde e conferências, universidades, congressos, entre outros. Campos (2007), um desses protagonistas, traz a provocação de que o SUS, se um dia teve prestígio, precisa recuperá-lo. Para tanto,

(...) as forças interessadas no avanço do SUS estão, pois, obrigadas a enfrentar estes obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde. (P.302).

Superar esses desafios torna-se imperativo para a viabilidade do SUS, por isso a necessidade de novas práticas da gestão; porém, que práticas é preciso transformar?

Focando outro aspecto dessa discussão, destaco a necessidade de compreender o SUS no contexto de ‘lutas’ ideológicas que se percebem nas práticas que permeiam o sistema de saúde, ou seja, trago o debate sobre modelos de atenção.

Modelo de atenção é uma dada “forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas” (Paim e Almeida Filho, 2003, p. 568), de outra forma, é um tipo de ‘lógica’ que orienta o ‘modo de intervenção em saúde’. Dessa forma, uso ‘modelo hegemônico’ como determinado ‘modo’ predominante de organizar, que orienta as ações em saúde e que expressa interesses.

Segundo Paim e Almeida Filho (2003), convivem de forma contraditória e complementar, no Brasil, dois modelos assistenciais hegemônicos: o modelo assistencial sanitarista e o modelo médico-assistencial privatista. O primeiro foi instituído no início do século XX. É o modelo que enfrenta os problemas de saúde mediante campanhas e programas especiais, concentrando ações em controle de agravos e grupos de risco, com lógica centralizadora e vertical. Não enfatiza a integralidade da atenção, nem a descentralização. Em contrapartida, o modelo médico-assistencial privatista é o mais conhecido e prestigiado atualmente. Esse modelo está voltado para indivíduos que ‘buscam’ serviços de saúde quando se sentem doentes, centrado em ‘demandas espontâneas’ e manutenção de dadas ofertas de atendimento; perspectiva curativa, centrada na consulta médica e com pouco impacto na saúde da população.

Desde a década de 1980, ainda de acordo com Paim e Almeida Filho (2003), propostas alternativas a estes modelos foram elaboradas e implementadas na perspectiva da integralidade, acesso universal as ações e serviços, rede regionalizada e hierarquizada, descentralização e participação comunitária. Defendem o surgimento do modelo conhecido por vigilância da saúde, o qual se organiza por meio de ‘políticas públicas saudáveis’ e ações intersetoriais, na direção da promoção, recuperação e prevenção. Expressam também que a Estratégia Saúde da Família seria um modelo alternativo.

Mendes (1993) traz a discussão em outros termos. Acentua a existência dos modelos assistenciais sanitarista e médico-assistencial privatista, contudo fala de transição do assistencial sanitarista para o assistencial privatista, e deste, dos anos 1980 em diante, para o que chamou de projeto neoliberal. Este último é composto por três subsistemas que apresentam contradições e estruturas distintas: 1) alta tecnologia; 2) privado da atenção médica supletiva; 3) subsistema público. Resumidamente, manifesta-se como modelo que reduz o papel do Estado e coloca o mercado como regulador do setor saúde.

Nas palavras de Mendes (1993, p.20), há “na arena sanitária brasileira, dois projetos alternativos em permanente tensão: um portador de nítida hegemonia, o projeto neoliberal e, outro, contra-hegemônico, a reforma sanitária”.

Existe uma diversidade de ‘lógicas’ de organização da ação em saúde. Novas propostas não eliminam modelos preponderantes de outrora, principalmente porque esses modelos atravessam a subjetividade, cultura, ideologias. Concordo, pois, com a posição de que há uma hegemonia de um modelo que é produto do capitalismo

neoliberal e da lógica da ciência cartesiana com todas as consequências que a conduzem.

Então, reforço a idéia de que é urgente incluir o sujeito no sistema de saúde brasileiro. Pressuponho que, para que ocorram mudanças significativas nos modelos de saúde e nas práticas individuais e coletivas dos agentes desse sistema, necessário se faz investir nas pessoas e em seus potenciais para desenvolverem a si mesmas e novas realidades na interação com os outros e com o mundo.

Esse meu pensamento também é alimentado por algumas políticas. A título de exemplo, posso destacar a Política Nacional de Educação Permanente e a Política Nacional de Humanização, ambas com propostas na direção de fortalecimento dos agentes do SUS, como também de paradigmas que atendam as necessidades de saúde e aos princípios democráticos.

E por que, neste estudo, faço um recorte de interesse na gestão em saúde como possibilidade de sujeitos corresponsáveis, por conseguinte, de fortalecimento do SUS? Suponho a importância do modo de operar de uma gestão em saúde, para o surgimento de agentes comprometidos com a inversão de modelo de atenção na perspectiva do SUS. Entendo que os propósitos e a prática de uma gestão encorpam poder singular de articulação e defesa de políticas de fortalecimento de sujeitos que, por assim serem, estão mais envolvidos com a efetivação dos princípios do SUS e com a criação de opções para o enfrentamento dos desafios do sistema de saúde.

A questão, assim, é refletir e analisar como uma gestão se move ou não no sentido de formar homens e mulheres menos submissos e resignados, ativos e com maiores graus de autonomia, capazes de exercitar o diálogo na aproximação de interesses e ações na perspectiva da produção de saúde. Daí surge uma pergunta orientadora: por que essa reflexão partirá da experiência em gestão em saúde de Fortaleza?

Antes de responder, vale destacar o fato de que a implantação do SUS é diversificada e reflete contextos políticos, culturais e demais características locais e que sei que há dificuldades, em maior ou menor intensidade, de se instituir o SUS nos municípios, principalmente nas grandes capitais. Tenho a clareza da distancia intrínseca entre qualquer projeto idealizado e sua efetivação no real, no entanto, este fato não invalida constatações empíricas em relação às ofertas e resultados de um sistema de saúde; constatações que favorecem uma análise de tendências ou de rumos mais prováveis para a saúde da cidade. Com essa visão, acredito que a gestão de Fortaleza, no

período a ser estudado, demarca um propósito da gestão em favor da efetivação do SUS no Município. Além disso, adotou e vivenciou políticas e estratégias centradas na valorização dos sujeitos. E este fato justifica a relevância desta pesquisa.

Por fim, considero que este estudo tem o potencial de ensejar reflexões: tanto para os agentes que participaram diretamente ou não da gestão em Fortaleza; como também para outros interessados em problematizar a relação gestão e subjetividade no SUS. No caso específico do olhar da pesquisadora/cidadã, tal empreendimento é uma tentativa minha de produzir o repensamento, individual e coletivo, de uma prática em gestão da saúde.

2. OBJETIVOS

Geral

Compreender como uma gestão em saúde pode favorecer a constituição de sujeitos no SUS, com base em significados atribuídos por gestores à experiência da gestão em saúde de Fortaleza-CE, no período 2005 – 2008.

Específicos

Identificar avanços e desafios da gestão em saúde de Fortaleza para o fortalecimento do SUS e de seus agentes.

Identificar e compreender limites e possibilidades de constituição de sujeitos na experiência de Fortaleza no período 2005-2008.

3. GESTÃO

3.1. As tradições sobre gestão: ‘prática social’ de superação ou manutenção?

A etimologia para GESTÃO, no dicionário “Nova Fronteira da Língua Portuguesa”, é: Gerir - Administrar, dirigir, regular, do latim *gerire*, *gerere*; palavra que remete a gestação. Comumente é acompanhado de vários nomes: gestão de negócios, de pessoas, da produção, ambiental, ou qualquer outro demarcador. É um conceito polissêmico, amplamente utilizado na perspectiva da Administração.

Dias (2002) faz uma revisão sobre os conceitos de administração e gestão, por meio de aproximações e diferenças em dicionários e de elaborações teóricas sobre eles. Como assinala o próprio autor,

(...) administração é planejar, organizar, dirigir e controlar pessoas para atingir de forma eficiente e eficaz os objetivos de uma organização; em contrapartida “gestão é lançar mão de todas as funções e conhecimentos necessários para, através de pessoas, atingir os objetivos de uma organização de uma forma eficiente e eficaz”. (OP CIT, p.11).

Nesse caso, gestão incorpora a administração, portanto é mais ampla e exige atuações além da técnica de administrar. Parece-me que nessa compreensão do autor (2002), administração está na perspectiva de gerir da gestão que também absorve a dimensão criativa de gerar.

Essa distinção não pode, contudo, ser generalizada, pois o uso do termo ainda é confuso. A título de exemplo, o termo gestão é utilizado pela teoria mais tradicional e criticada do campo administrativo, que é o taylorismo. No livro *The scientific management* era utilizado por Frederick Taylor (1856-1915), traduzido de modo incorreto para o português como ‘administração científica’ e não ‘gestão científica’ (2002).

Não me estenderei nessa discussão. Utilizarei o termo administração em alguns momentos apenas pelo seu habitual emprego e opto pelo vocábulo gestão em seu significado mais amplo, que inclui o ato de administrar, mas que reúne outras dimensões que trarei no decorrer do texto.

A ideia principal é compreender gestão na perspectiva de uma ‘prática social’. O autor desse conceito, Reed (1984, 1995 apud Junquilha 2001), categoriza três

perspectivas de análise sociológica sobre gestão: 1) a técnica em que a gestão é vista como a estrutura organizacional formal que determina o alcance dos resultados e o comportamento dos agentes, mediante o controle, neutralidade tecnológica e racionalidade; 2) a política que concebe a gestão como um processo social caracterizado pelo conflito de interesses, cujo os diversos agentes exercitam o poder no cotidiano do trabalho. A ação humana tem ênfase na dinâmica da organização, a qual pode ser transformada por seus agentes; e 3) a perspectiva crítica que mantém os conflitos políticos incluindo a dimensão econômica na análise da gestão. O controle social e a ordem capitalista se constituem determinantes das organizações e do comportamento dos gerentes.

A crítica a esses três modelos de análise encontra-se no fato de não contemplarem a integração entre as ideias de contexto institucional, estrutura organizacional e comportamento gerencial. A proposta da gestão como prática social é justamente a incorporação dessas três dimensões, indo ao encontro das suas interseções. Para clarear essa crítica, é necessário conhecer um pouco da história da Administração, por isso reaverei um pouco das teorias da administração.

A ideia de uma teoria administrativa surgiu na conjuntura social e econômica resultante da Revolução Industrial que trouxe a exigência de modos de organização do trabalho. Nesse período, Frederick W. Taylor (1856 – 1915) se destacou como principal formulador de uma ciência da Administração. De modo geral, a administração científica ou taylorismo possui as seguintes ideias centrais: ênfase nas tarefas para aumentar a eficiência da produção e do trabalhador; estudo sistemático e científico do tempo; o trabalhador deve atingir no mínimo a produção-padrão estabelecida pela gerência para garantir bons salários; o trabalhador deve desempenhar a tarefa mais compatível com suas aptidões; quanto melhores as condições de trabalho (iluminação, ferramentas etc), maior a produtividade; o planejamento deve ser de responsabilidade da gerência e a execução cabe aos operários; a produtividade define a remuneração que determina o comportamento humano; devem-se conciliar interesses entre empregador e trabalhadores; há o incentivo às especializações e à função de supervisores (Cf, Chiavenato, 2003). Fazendo referência à análise citada por Junquillo (2001), é uma perspectiva técnico-científica da gestão.

Silva, reportando-se ao início do taylorismo (2004, p.51), assevera:

Desse momento em diante, a especialização e o modo de gerir – um modo centrado no valor do tempo e do movimento – ganharam peso e

valor dentro do mercado. Poderíamos ousar dizer que se engendra a partir daí uma produção de subjetividades de controle não só sobre o processo de trabalho, mas sobre o trabalhador.

Campos (2007) considera que o taylorismo não foi superado no modo de gerenciar dos dias atuais. Admite que as teorias surgidas após essa racionalidade, com ênfase no controle, propuseram avanços em alguns pontos, como valorização da cultura organizacional, ênfase no humano e reorganização do processo de trabalho, defende, porém, o argumento de que não houve mudanças concretas quanto aos principais objetivos da Administração científica. Para o autor, é uma ‘aparente ampliação de autonomia’ e participação de trabalhadores, onde o controle, o aprisionamento da vontade, a anomia e o poder concentrado são mantidos de formas apenas mais sutis.

Ele argumenta que nem mesmo o marxismo, com suas críticas à concentração do poder burocrático, político e econômico, nunca sistematizou métodos e técnicas organizacionais para dar conta da democracia em instituições. Por esta lacuna, adota modos de administração fundamentados ainda no taylorismo. (CAMPOS, 1998).

Esse posicionamento pode parecer polêmico pela conotação de mudança de paradigmas e práticas que as demais teorias administrativas tentaram afirmar em suas elaborações e aplicações. Interpreto, contudo, a visão de Campos (2008) como a necessidade de asserir que a participação das pessoas numa gestão não deve ser pela manipulação para o aumento da produção capitalista (ou mesmo no “socialismo real” burocrático e autoritário), como o pretende a maioria das abordagens da gestão, e sim por se almejar uma sociedade democrática.

Quais são essas outras abordagens? Ainda baseada na Administração Científica, a Teoria Clássica, idealizada por Henri Fayol, é caracterizada pela ênfase na estrutura organizacional com a concepção mecanicista, pela visão do homem econômico e pela busca da máxima eficiência. Defende cinco funções da Administração: previsão, organização, comando, coordenação e controle (DIAS, 1992). Há, contudo, normas administrativas menos rígidas: o primeiro ensaio de participação dos trabalhadores no controle da produção. Sobre essa característica, Silva (2004, p.54) faz a seguinte provocação: “o controle da produção é percebido e visto entre os trabalhadores, na linha de produção. Seria esse o nascimento de uma moderna forma disciplinada de novos sujeitos?”.

No início da década de 30 do século XX, a Escola das Relações Humanas, desenvolvida por Elton Mayo e seus colaboradores, propôs um movimento de reação e

de oposição à Teoria Clássica da Administração. Com ênfase nas pessoas e nas relações humanas, como a própria denominação sugere, busca conhecer as atividades e sentimentos dos trabalhadores e estudar grupos para atingir a motivação profissional. Essa última não se restringe, portanto, às questões econômicas, mas à diversidade de componentes, em especial, subjetivos e relacionais, que influenciam na produção. Uma nova linguagem passa a dominar o repertório administrativo: liderança, comunicação, cooperação, organização informal (SILVA, 2004).

Na tentativa de conciliar as teses propostas pela Teoria Clássica e pela Teoria das Relações Humanas, autores estruturalistas procuraram inter-relacionar as organizações com o seu ambiente externo, que é a sociedade maior, ou seja, a sociedade de organizações, caracterizada pela interdependência entre as organizações. “É um método analítico e comparativo que estuda os elementos ou fenômenos em relação a uma totalidade, salientando o seu valor de posição.” (CHIAVENATO, 2003, p.321)

Outra teoria de relevância na Administração é a Teoria Geral de Sistemas. Surgiu com a intensificação do uso da cibernética e da tecnologia da informação nas empresas. As organizações são sistemas abertos, reforçando a noção de inter-relacionamento das diversas variáveis internas e externas, que afetam seu comportamento. Para a Teoria, a empresa é um organismo vivo, um todo, não se restringe aos setores e departamentos.

O Desenvolvimento Organizacional (DO) afirma buscar gestões abertas e participativas. Acredita que as organizações devem se voltar mais às pessoas do que às técnicas e recursos para conseguir maior capacidade de realizar as mudanças necessárias ao desenvolvimento da organização. A base é o grupo e a mudança planejada com suporte na compreensão de que as organizações aprendem.

Além dessas teorias e outras não citadas, há uma variedade de técnicas e ferramentas modernas de gestão, a maioria com foco de se tornarem mais competitivas na lógica de mercado, pela melhoria da qualidade dos produtos ao menor custo possível. Como exemplos, há o gerenciamento com foco na qualidade e o modelo de excelência da gestão.

A qualidade total é uma maneira de organização do trabalho que visa à satisfação do cliente, ao compromisso com a gestão, educação e treinamento dos funcionários. Segundo a crítica de Zhu e Scheurmann (1999) (apud REBELATO E OLIVEIRA, 2006), as características da QT são o individualismo, a competitividade, a orientação apenas para solução de problemas, pensamento linear, falta de

comprometimento da alta direção, falta de confiança dos empregados e obsessão por ganhar prêmios de Qualidade. O modelo de excelência em gestão está ligado a alguns fundamentos, como: orientação pelos resultados, gestão baseada em fatos, inovação, foco no cliente e mercado, responsabilidade social e produtividade.

Após essa contextualização, retorno à crítica de Campos (1998) sobre a manutenção da racionalidade do taylorismo. Outro autor, de modo diferente, faz uma crítica ao modelo clássico da Administração: Likert (1971) escreveu um livro intitulado *Novos Padrões de Administração*. Esse autor recupera várias pesquisas do *Institute for Social Research* sobre as questões humanas nas organizações. Contrapondo em texto os resultados da pesquisa com as teorias clássicas da administração, traz críticas à permanência do controle da estrutura sobre o fator humano. No entanto, mesmo com o discurso com ênfase nas pessoas, no entanto, percebi também que o objetivo continuava se pautando nos resultados e desempenhos. É mais um exemplo da crítica de que os avanços das tecnologias da Administração mantêm, no seu interior, o controle, bem mais avançado e sutil, por certo. Por isso, suponho que, para cuidar do fator humano nas organizações e instituições, é importante encontrar os objetivos pretendidos, ou seja, os propósitos.

Nesse sentido, considero a importância de compreender gestão como prática social, haja vista a necessidade de integração das dimensões técnicas (dispositivos, estratégias, arranjos) e humanas (poder, autonomia, interesses) com um projeto maior de edificação organizacional e societário. Penso que precisamos formar gestões em saúde que se façam no cotidiano, na perspectiva da libertação, imbuídas dos princípios de democracia e participação e que caminhem ao encontro de uma sociedade solidária.

Acredito, todavia, que algumas teorias da Administração, principalmente as voltadas para as dimensões humanas, mesmo que concentradas na eficiência da produção, possuem uma estruturação teórica e metodológica que podem ter contribuições relevantes para um projeto democrático de sociedade. O próprio Likert (1971), há quase quatro décadas, propunha um modelo da gestão de um sistema de interação-influência onde haveria superposição grupal múltipla para a tomada de decisão coletiva e aumento da comunicação na organização. Com isso, quero dizer que, para se propor uma gestão democrática, que inclua verdadeiramente os sujeitos, não pressupõe, necessariamente, a negação das abordagens administrativas, porém, há de se manter o olhar crítico sobre elas.

Com arrimo nessas discussões e no recorte desse trabalho no campo da gestão pública em saúde, continuarei nos próximos itens apresentando o debate sobre gestão, enfatizando questões mais específicas sobre gestão pública e acerca da gestão em saúde no Brasil.

3.2. As especificidades da gestão pública

É válido fazer uma distinção entre alguns modelos da gestão pública e tratar do contexto histórico e político de seus surgimentos, apesar de acreditar que a gestão pública é alimentada e tencionada pelas teorias administrativas descritas.

No momento de transformações econômicas, políticas e sociais consolidadas no século XIX, que, como já expressei, coincide com o advento da Administração científica, surgiu o debate sobre a constituição de um Estado moderno. As formas patrimonialistas da gestão, comuns em regimes absolutistas, onde não há limites entre o público e privado, foram substituídas por um tipo de Administração pública chamada burocrática, na tentativa de oferecer maior previsibilidade e precisão no tratamento das questões organizacionais e maior impessoalidade (ARAGÃO, 1997). O que seria burocracia?

A palavra burocracia, tal como definida nas ciências sociais, difere de seu uso cotidiano. Em muitas línguas, esta última utilização funde-se com o chamado burocratismo de funcionários incompetentes, cujo trabalho se caracteriza por um formalismo ineficaz, desanimado, lento e geralmente irracional. Em contraste a isso, a administração burocrática, tal qual Max Weber asseverou, mostrou-se mais eficiente, rápida e competente do que outras formas históricas de administração. (OUTHWAITE & BOTTOMORE, p.51, 1996).

Nesse sentido, tem-se que entender a burocracia esteada em seu contexto histórico. Muitos fazem referência a Weber (1854-1920) como fundador dessa abordagem da Administração, como esta citação. Pareceram-me, contudo, mais genuínos os estudos que compreendem a Administração burocrática como abordagem que se fundamenta na Sociologia da burocracia de Weber; ou seja, o situam no sentido de autor que estudou a burocracia na perspectiva de um 'tipo ideal' de Estado e não como autor de um modelo administrativo.

O tipo ideal é utilizado com propósitos comparativos e não é definidor ou determinante de uma condição de eficiência, acusação imposta a Weber. A questão é que a posição e os pressupostos de Weber tenderam a ser mal compreendidos por alguns de seus intérpretes, que insistem em considerar o tipo ideal além de suas limitações, impondo-o como solução para a organização da máquina burocrática estatal, independentemente das condições a que está submetida (ARAGÃO, 1997, p. 112).

Consoante Aragão (1997) o modelo burocrático, influenciado pelo pensamento de Weber, está na direção de um sistema baseado em critérios de eficiência: centralização, direção do topo para a base, promoção baseada em sistema de mérito, disciplina e polarização político-burocráticas. Sobre essa última característica, Martins (1997) comenta:

Weber foi pioneiro em apontar a problemática da desintegração entre política e administração na perspectiva do estado moderno. Segundo seu argumento, o surgimento do estado burocrático implicaria a renúncia de responsabilidade pela liderança política e na usurpação das funções políticas por parte dos administradores. A questão por detrás desta problemática é o contraste, a distinção e a tensão entre a racionalidade substantiva da busca de interesses e a racionalidade instrumental-formal do exercício da autoridade. (P.45).

Desse modo, a política deveria ser abolida do ato de digirir. Para isso, cabe à ação de profissionais especialistas que assumirão esse trabalho como carreira de vida (OUTHWAITE & BOTTOMORE, 1996). As características típicas do líder político são opostas às do burocrata, que deve privilegiar seu dever de ofício. O político, por outro lado, deve demonstrar capacidade criativa e iniciativa política para o enfrentamento das questões (Aragão, p.110, p.1997). Em suma, há ênfase nas estruturas, regras, procedimentos e papéis na constituição do Estado Burocrático. Por essas características, KAST & ROSENWEIG (1970) (apud MARTINS, 1997), assinalam que Weber forma, ao lado de Taylor e Fayol, o terceiro pilar da Escola Clássica da Administração. Ratifico que essa afirmação advém dos teóricos que encaram Weber na perspectiva de criador de uma teoria da Administração.

Na década de 30 do século XX, ocorreu a expansão do aparelho burocrático do Estado na lógica da estruturação dos Estados de Bem Estar Social, os quais fortalecem a ideia do Estado como prestador de serviços de forma a compensar as desigualdades sociais (ARAGÃO, 1997). O crescimento desse modelo administrativo diminuiu, nos

anos 1970 e 1980, em razão de mudanças no cenário sociopolítico. Desde então, predominou a lógica neoliberal nos modos da gestão pública.

“a tendência neoliberal passa a enfatizar a fragilidade da solução estatal para garantia do bem-estar social e da estabilidade econômica, preconizando a solução de mercado e fundamentando a idéia de Estado mínimo, com redução de sua estrutura administrativa” (MELO e COSTA, 1996: 154 apud ARAÇÃO, p.106, 1997).

De acordo com Aragão (1997), são as características desse modelo: redução do tamanho do Estado, principalmente via privatização; descentralização; desregulamentação radical; análise apurada de custo-benefício a orientar o processo decisório; e desestímulo à administração participativa.

Esse mesmo autor enfatiza que não tardou a aparecer outra corrente, também nos anos 1980 e no mesmo contexto da ideologia neoliberal, contudo com a defesa de um Estado mais ativo. É o modelo gerencial ou Nova Gestão Pública (expressão empregada por Ferlie et al (1996) – apud, JUNQUILHO, 2001), que possui as características de: orientação para clientes e resultados; flexibilidade; competitividade administrada; descentralização; estruturas horizontalizadas; agências regulatórias independentes e contrato da gestão. O modelo gerencial foi adotado por vários países como alternativa ao burocrático.

No Brasil, influenciado pela experiência inglesa, iniciou-se esse modelo em 1995, com a proposta de um desenho estrutural de gerência pública apresentado por Bresser Pereira (Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado) como padrão de reforma da gestão brasileira.

Esse estalão propõe a redução do Estado e a diminuição de suas funções. Nas próprias palavras de Bresser-Pereira (2008, p 398),

O Estado tem um papel tão estratégico na sociedade que ele deve conservar para si unicamente aquelas atividades que são específicas ou exclusivas dele — atividades que envolvem o poder do Estado, como a formulação de políticas, a definição das principais instituições que organizam toda a sociedade e a garantia de segurança a seus membros.

Envolve, portanto, todo tipo de parcerias público-privadas, cabendo ao Estado atividades específicas. Fica, no entanto, a pergunta: o que é exclusivo do Estado? Sabendo das críticas, o próprio Bresser-Pereira antecipa uma resposta:

O aspecto gerencial enfatiza a ação orientada para o “cliente-cidadão” e dois de seus três mecanismos específicos de responsabilização — administração por objetivos e competição administrada visando à excelência — foram emprestados da administração de empresas. Isso não deve ser mal interpretado. Os princípios que orientam a gestão pública continuam a fluir da teoria política e da ciência política e não da administração de empresas. O objetivo é o interesse público, não o lucro; o sistema de coordenação é administrativo e legal, não realizado pelo mercado. E o terceiro mecanismo específico de responsabilização — a responsabilidade social desempenhada pelas organizações de defesa de interesses políticos — é exclusivo da esfera pública. (2008, p. 398).

Outra questão importante é a tentativa de tornar os servidores públicos mais autônomos e mais responsáveis (BRESSER-PEREIRA, 2008). Então, retorno para a questão que venho fazendo, de modos diferentes, nesta pesquisa: em qual perspectiva? De que autonomia, democracia, eficiência está se falando? Qual o projeto de sociedade dessa reforma? Esperando a crítica do leitor, tenho a impressão de que essa reforma não fala de uma sociedade democrática em sua raiz libertadora e participativa.

Com o objetivo de ilustração, trago mais outra característica dessa proposta:

Outra maneira de expressar isso seria dizer que a reforma da gestão pública é um processo de descentralização — de delegação de poder para níveis inferiores, ao mesmo tempo tornando mais forte o núcleo estratégico do Estado, e mais eficazes os mecanismos de responsabilidade social. Mas a descentralização não é total: uma característica central da reforma gerencial é separar a formulação de políticas, que permanece centralizada, da execução, que é descentralizada. (BRESSER-PEREIRA, 2008, p. 400).

Percebo que a ênfase está na ideia de desconcentração em detrimento da descentralização. Neste caso, a descentralização está intrinsecamente relacionada à noção de tarefas e não do poder. Portanto, esse modelo da gestão pública não vai ao encontro da consolidação da democracia na gestão. Continua a dicotomia entre elaboração e execução.

Junquillo (2002), referindo-se às consequências dessa proposta de reforma da gestão pública no Brasil para a elaboração de perfis gerenciais, colabora com pesquisa sobre essa pretensão de transformar o perfil dos administradores públicos de “burocráticos” para “gerentes”. Para ilustrar, trago o seguinte quadro, elaborado por esse autor:

QUADRO 1 – Tipologia de perfis gerenciais e suas principais características

<i>PERFIS GERENCIAIS</i>		
<p><i>“Administrador Burocrático”</i> Fonte: a partir do Tipo Ideal Weberiano</p>	<p><i>“O Gerente Caboclo”</i> Fonte: dados empíricos coletados pelo autor deste ensaio</p>	<p><i>“Gerente Orgânico”</i> Fonte: a partir de concepções da “Nova Gestão Pública”</p>
<ul style="list-style-type: none"> . Cumpridor de deveres . Apego às regras formais . Planejador/ Metódico . Adepto à autoridade formal . Zelo pela hierarquia . Inflexível à informalidade 	<ul style="list-style-type: none"> . <i>Contemporizador</i> . <i>Dividido entre o “coração” e a “razão”</i> . <i>Tendência à centralização</i> . <i>Conjuga: personalidade e impessoalidade</i> . <i>Capaz de contornar excessos formais via “jeitinho”</i> . <i>Avesso a controles formais e planificação</i> 	<ul style="list-style-type: none"> . Empreendedor . Atento à competição e o mercado . Criativo/ Adaptado à mudanças . Apto à liderança de pessoas . Gosto por resultados/metras . Autônomo/flexível

Junquillo (2002) chega à conclusão de que na ação gerencial na Administração pública,

(...) os gerentes agem condicionados por certos traços da cultura brasileira que, ao mesmo tempo, restringem e facilitam as suas ações, configurando um certo perfil gerencial, deixando claro que qualquer mudança naquele mesmo perfil envolve uma reconstrução social de significados daquelas mesmas ações, no seio das organizações do setor público. (JUNQUILHO, 2002; p. 08)

Revela o referido autor, portanto, a influência das dimensões históricas e culturais no desenvolvimento dos papéis sociais e na institucionalização de modelos de gestão, levando a crer-se que toda mudança social e organizacional é processual e singular, e envolve diretamente a subjetividade das pessoas.

Retornando aos modelos da gestão pública, como esses refletem no SUS? Mediante considerações sobre o predomínio da lógica do ‘Estado Mínimo’ a partir de 1990, Santos (2007, p. 431) ressalta:

O contexto da orientação política dos últimos dezesseis anos afetou o processo de construção do SUS profundamente: ao drástico subfinanciamento, sucedeu-se a precarização da remuneração e das relações de trabalho e uma verdadeira onda de terceirizações privatizantes e inseqüentes. O pensamento econômico dos gastos mínimos com a questão social e de focalização apenas na atenção básica de baixo custo e baixa potência estruturante tem sido uma das maiores barreiras à implementação do ideário da Reforma Sanitária Brasileira e dos princípios e diretrizes da integralidade, da igualdade, da regionalização e da participação da comunidade na formulação das políticas e estratégias. Em resumo, ao mesmo tempo em que se constata impressionante produtividade das ações de saúde promovendo inclusão social mesmo sob baixíssimo financiamento, convive-se com o desafio do “assistenciocentrismo”, dos atos

evitáveis e desnecessários, da prática de aceitar a média complexidade como porta de entrada, da medicalização e do modelo da oferta.

Estas são consequências que culminam na efetividade do SUS, retroalimentada pelos modos de operá-lo; demonstram os avanços, mas também as muitas dificuldades atreladas a uma reforma gerencial reveladora de questões ideológicas e políticas que dificultam uma prática de saúde na direção dos princípios do SUS.

Com efeito, quais reflexões estão no cerne das propostas da gestão na perspectiva dos princípios e diretrizes dos SUS? Há continuidade ou descontinuidade da lógica burocrática e gerencial? Como as pessoas são incluídas nessa proposta? *A priori* posso indicar haver elaborações que buscam ir de encontro a esses modelos da gestão destacados até então (abordagens da Administração e modelos da gestão pública). Na prática, no entanto, quando essas propostas são exercitadas, experimentam todas as incongruências que as demais lógicas e a cultura imprimem, além dos interesses e necessidades individuais e de grupos políticos e econômicos. Sendo assim, a formação de sujeitos reflexivos, comprometidos com a coletividade, operativos e criativos constitui um permanente desafio.

3.3. Gestão em saúde na perspectiva do SUS

Como já expressei, o SUS, como política democrática, possui o desafio de edificar modos de gestão que atendam aos seus princípios e tencionem novas lógicas no setor saúde. Essa não é uma tarefa simples. Além da conjuntura internacional e nacional, cultura e valores sociais; há demandas internas ao sistema que precisam ser, constantemente, alteradas.

Interessante é observar que alguns temas estão como desafio durante esses 20 anos de instituído o SUS como política pública. Por exemplo, descentralização e financiamento são dimensões que permanecem sempre em debate, mas com novas complexidades de problemas e alternativas de soluções; ou seja, o SUS aparece como processo que vai se formulando, tencionado e incompleto, na conjuntura do Estado brasileiro.

Essa última afirmação não é, *a priori*, negativa. Para Capra (1997, p. 150), “todo organismo em equilíbrio é um organismo morto”. A incerteza, o impreciso e a

instabilidade ensejam complexidades que favorecem o crescimento dos sistemas, a “ordem no caos” (GÓIS, 2004). No caso do SUS, no entanto, há entraves que obstruem maior fluidez na dinâmica de organização do sistema e serviços. Por isso, a necessidade de soluções mais perenes.

Na lição de Merhi (1999, p.308),

Para quem almeja explorar as tensões-potenciais, constitutivas do campo da saúde, a fim de desenvolver novos poderes que possam demarcar uma direcionalidade para o modelo de atenção centrada nas necessidades dos usuários, não há como ignorar o desafio de intervir, no campo da gestão.

Desse modo, elaborar opções aos modelos predominantes sobre a gestão em saúde é necessário para fortalecimento do SUS. O que é, porém, gestão em saúde? Usando a definição de Paim (2003),

(...) a gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde. Nessa perspectiva, a noção de gestão se aproxima da proposta de administração estratégica (OPS/OMS, 1992), na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas. (P.559)

Esta definição, certamente, vai ao encontro do conceito de prática social já mencionado. Tal perspectiva identifica na gestão em saúde sua relação com processos político-institucionais e compreende a dimensão do poder no exercício que transcende ações gerenciais. Além disso, o mesmo autor (PAIM, 2003) comenta que essa definição está próxima do conceito de práticas de saúde (DONNÂNGELO, 1976; MENDES-GONÇALVES, 1994, apud PAIM, 2003), o qual articula objetos-meio (recursos financeiros, materiais, de poder) aos objetos-fim (intervenção, assistência, acolhimento, cuidado) em uma totalidade social.

Essa discussão sobre meios e fins transita nos trabalhos sobre gestão em saúde (MERHI, CAMPOS E CECÍLIO, 1997). Em sua maioria, observei a ênfase na defesa de modelos e estratégias da gestão democrática, para atender a perspectiva do SUS, como também referências a uma singularidade do setor saúde. “Em última instância o que o

trabalho em saúde produz é um certo modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor da saúde” (MERHI, 1999, p.307); ou seja, o objetivo do trabalho em saúde é destacado. Evidencia-se, portanto, a natureza do ‘cuidado’, categoria que impreterivelmente envolve também não apenas ações técnicas, mas a necessidade de estabelecer vínculos.

Assim, a subjetividade, o poder, a comunicação, os modos de contratos, dentre outros, são reconhecidos como componentes intrínsecos à gestão.

a complexidade do trabalho nessas organizações, a impossibilidade relativa de uma padronização mecanicista e a intensa distribuição do poder sugerem, junto com outras características, um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo, comunicativo. (RIVERA e ARTMANN, 1999, p.21).

Há, pois, a defesa de uma racionalidade comunicativa na gestão, em contrapartida à instrumental que caracteriza as organizações formais, onde os procedimentos, normas e regras são imperativos nos comportamentos e relações. Uma racionalidade comunicativa implica o desenvolvimento de organizações dialógicas e de uma gestão comunicativa negociada que inclui a aprendizagem e a construção de redes na dinâmica das organizações de saúde (RIVERA E ARTMANN, 1999). Nesse sentido, a cultura organizacional tem importante foco de atenção pela necessidade de criar representações dos agentes sobre sua participação nos processos de gestão. No sentido geral, há nas elaborações sobre gestão em saúde a necessidade de estabelecer novos paradigmas, não apenas gerenciais, mas também de concepções de saúde e sociedade.

Também se defende a constituição de um pensamento estratégico (TESTA, 1995; RIVERA, 2001). É evidente, nesse ponto, a influência de Mário Testa e Carlos Matus na criação de uma gestão estratégica, sendo o planejamento uma das estratégias que mais é discutida e pontuada como instrumento da gestão, resguardando-a também como campo do conhecimento.

A proposta de Merhi (1999) é um modelo da gestão centrado no usuário, que desenvolve e utiliza estratégias, métodos e técnicas de acordo com as necessidades.

Cecílio (1999) destaca o fato de que, na atualidade, há a valorização de modelos da gestão em saúde com recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os níveis da organização (CAMPOS, 1992; CECILIO, 1994, apud CECÍLIO). Para ele, as principais características das propostas em gestão em saúde são: explicitar a missão da organização no sentido dos

compromissos e direcionamento, na linha dos contratos de gestão, organogramas horizontalizados, trabalho em equipe, profissionalização da gerência, grupos de apoio à gestão, gestão colegiada em todos os níveis, área de desenvolvimento institucional ou de planejamento estratégico, adoção de ‘caixa de ferramentas’ e adoção de tecnologias leves.

É nessa direção que está o modelo da gestão compartilhada em saúde de Gastão Wagner, o qual será aprofundado nesse trabalho dissertativo, em razão de dois objetivos claros: 1) ser uma elaboração sistematizada em gestão em saúde com propósitos e métodos definidos, que situa como principais objetivos a democratização da gestão e o fortalecimento de sujeitos (tema central desse estudo); e 2) por ter sido adotado como referência nos propósitos da gestão e ter sido testado, em alguns aspectos, na experiência de Fortaleza.

3.3.1 Paidéia na perspectiva da gestão em saúde

Campos (2003) recuperou o termo grego Paidéia para fazer referência ao modelo de atenção que propõe. Esse vocábulo foi escolhido pelo autor pela ideia de formação integral, e aparece em suas elaborações de formas diversas, principalmente como método, efeito e apoio.

Efeito Paidéia é o processo subjetivo e social onde as pessoas ampliam suas capacidades de compreensão de outros, de si mesmas e de contextos, aumentando a capacidade de agir; um efeito que se dá no cotidiano. Implica o aprender fazendo, vivendo. Os modos de agir impressos pelo efeito Paidéia requerem alguma sistematização de forma deliberada e intencional, ou seja, necessitam de um método, de um caminho pelo qual se pense e aja com a finalidade de integrar poder, conhecimentos e afetos para a construção das organizações e seus sujeitos (CAMPOS, 2003).

Em contrapartida, o apoio Paidéia advém de uma atitude metodológica que compreende o método e ativa a função Paidéia, na busca da reformulação dos tradicionais mecanismos da gestão. Supõe, de início, que as funções da gestão partem de sujeitos com distintos graus de poder e saber, porém com o potencial para o trabalho compartilhado que permite aumento da autonomia e implicação dos sujeitos (CAMPOS, 2003).

De qualquer modo, a perspectiva Paidéia atua na direção da ‘coprodução singular do processo saúde/doença’ com uma tripla finalidade: trabalhar para outros

(produção de valor de uso, mirando necessidades sociais), trabalhar para si mesmo e trabalhar para algum coletivo (organização pública, capital, sociedade); ou seja, um trabalho em saúde que valoriza o lugar dos sujeitos em seus desejos e interesses pessoais, construção de sentidos/significados e possibilidade de reconhecimento, mas que também busca a consolidação de relações sociais e intersubjetivas de compromissos e responsabilidades compartilhadas para a constituição de novos arranjos organizacionais, práticas em saúde e sujeitos com maiores graus de autonomia (CAMPOS, 2003).

A ‘coprodução do singular’ é uma analogia com a dialética de Hegel, em que o singular é uma síntese entre o universal e o particular, ou seja, entre o instituído, o estabelecido em necessidades, estruturas, organizações e normas, com a especificidade de cada ser e agrupamentos. O singular é o resultado da intervenção dos sujeitos sobre o contexto, interferindo no mundo por meio da política, da gestão, do trabalho e de práticas cotidianas com objetivo de conhecer/compreender a si mesmo e ao mundo da vida, interferindo na produção de saúde (CAMPOS, 2006).

O autor considera que “coprodução singular de saúde e doença” (Paidéia) é uma teoria que se distingue dos principais paradigmas que explicam o processo saúde e doença. Justifica ressaltando os diferenciais que identifica: 1) ressaltar a importância do sujeito na coconstituição de si mesmo e dos processos saúde e doença; 2) a interferência simultânea de fatores da ordem social, subjetivos e orgânicos e; 3) o produto de múltiplas interações na determinação da saúde terá sempre resultantes singulares (CAMPOS, 2006). Em suas palavras,

(...) a teoria Paidéia e sua concepção da co-produção singular do sujeito e de suas características, entre elas a saúde e a doença, concorda em parte, e ao mesmo tempo, modifica os paradigmas axiais do campo da saúde – o social, o subjetivo e o biológico -, produzindo um modo de compreender o processo saúde/doença/atenção com uma série de particularidades; com um viés particular; o que não significa necessariamente com capacidade de produzir verdades. (OP CIT, p.57 e 58).

Nesse sentido, o autor se diz motivado à elaboração de projetos singulares nos dois grandes campos que reconhece como de conhecimento e trabalho em saúde: o clínico e o de saúde coletiva. Para ele, apesar da contiguidade e sobreposição desses campos, há espaços que os distinguem, fortalecendo a ideia de núcleo próprio e campo comum.

É nessa motivação que surgem elaborações teóricas e metodológicas que tencionam novos saberes e práticas em saúde e na gestão, dentre as quais destaco: Método da Roda, como proposta da gestão compartilhada; a Clínica Ampliada, no sentido de uma revisão da clínica para a ampliação de percepções e intervenções no processo saúde-doença; Apoiador Institucional, como profissional que ativa e medeia processos da gestão e do trabalho em saúde; o Apoio Matricial, como retaguarda especializada com aspecto assistencial e tecnoassistencial a Equipes de Referência, as quais devem se responsabilizar e se vincular a um grupo populacional.

Nas próximas páginas, focarei a concepção Paidéia por meio de um maior aprofundamento sobre a proposta do Método da Roda.

3.3.2. O Método da Roda: análise e cogestão de coletivos

O Método da Roda é uma proposta da gestão compartilhada com a pretensão de “construir um método de análise e co-gestão de coletivos que discutisse com a racionalidade gerencial hegemônica”. (CAMPOS, 2006, p.18). É um modo de gerenciar que busca romper com tradições onde predominam a lógica de concentração do poder e o controle da disciplina.

Buscando reverter esta ‘lógica’ na saúde, diz assumir o desafio de edificar uma alternativa operacional ao modelo taylorista. Elabora, assim, um ‘método anti-Taylor’ (CAMPOS, 1998).

Com esse objetivo, as rodas configuram um novo modelo da gestão, que se propõe “centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente” (CAMPOS, 2000 apud ANDRADE et al., 2006, p.122) e apresentam funções terapêuticas, política, administrativa e pedagógica (CAMPOS, 2000).

Como ocorre, porém, o Método da Roda? Baseado em leituras de textos do campo da política, do planejamento, da análise institucional e da pedagogia, como também a partir de sua prática como gestor, Campos (2006) diz que o método apoia a gestão na elaboração de projetos e na formação de sujeitos e de coletivos organizados. Para tal fim, defende que a noção de esse apoio se dá em espaços coletivos, os quais chamou de rodas. Expressa que é um método autoaplicável pela direção e pelas equipes, mas que também pode contar com a figura do Apoiador Institucional, pessoas que

desempenham funções nas equipes, ajudando-as na gestão e organização do processo de trabalho.

A relação entre apoiador institucional e equipe é mediada por contratos que estabelecem expectativas, objetivos, regras, métodos de trabalho, dentre outros. Para o autor, há nessa relação transferências e contratransferências, conceitos psicanalíticos referentes à circulação de afetos, desejos inconscientes, entre as pessoas. A irrupção das transferências como tema nas rodas é um indicativo de sucesso do método, é o fator Paidéia funcionando. (CAMPOS, 2006, p.191).

O Método da Roda também trabalha com a noção de simultaneidade entre a geração, a coleta e a análise de informações. Critica, portanto, a tradição do planejamento de separar diagnóstico, elaboração do plano e operacionalização. A ideia é que o Projeto coletivo seja articulado progressivamente. Também aposta na capacidade das equipes para a coleta de informações pela escuta, observação e leitura, como também para a composição de textos; de outro modo, da elaboração de um conjunto de signos que é 'objeto' de investigação dos sujeitos para interpretação de saberes e práticas.

Ressalta que existem quatro modos de analisar os dados: análise seletiva ou serial, um tipo de análise que elimina aspectos contraditórios da realidade, pouco reflexiva e com baixos graus de autonomia; análise saturada, pelo volume excessivo e dispersão de informações, causando dificuldades de composição e análise do texto; a análise-ruído, onde se levanta o problema, elaborando um texto, mas há dificuldades em solucioná-lo, principalmente pelos graus de perplexidade que a situação causou; e, por fim, a análise reflexiva, na qual, pelo completo processo de análise, enseja projetos de intervenção sobre o real. Esta última deve ser estimulada pelo Apoiador Institucional.

Ainda na perspectiva do apoiador, o método trabalha com a ideia de oferta, ou seja, informações, perspectivas analíticas, teorias e modelos são trazidos pelos apoiadores para análise dos grupos, tirando a ideia de neutralidade na facilitação do processo grupal e trazendo a ampliação do tema analisado.

Na roda, devem-se elaborar sínteses dos núcleos de análise, os quais são os temas objetos de reflexão. Ao grupo cabe, com apoio nas sínteses construídas e da capacidade de enfrentar pressões externas, desencadear ações práticas de intervenção. Para o autor, um dos indicadores de qualidade Paidéia é a capacidade adquirida pelas equipes em elaborar e analisar mapas de núcleos de análise.

Quanto aos resultados do método, Campos (2006, p. 217) diz:

Haveria três linhas de resultados possíveis: uma relativa a produção de valores de uso (avaliação de eficácia, os produtos atenderam a necessidades sociais?); outra, à sobrevivência da organização (há eficiência, legitimidade social e política?); e uma terceira, à constituição de sujeitos (há relação pessoal e profissional, e produção de Obras?).

É esta última interrogação, terceiro resultado, o objeto deste estudo. Apesar de não focar no método da roda, uma gestão com propósitos democráticos e com adesão e criação de políticas e estratégias de fortalecimento do SUS pode também atingir esse objetivo.

Nesse momento, torna-se indispensável demarcar o referencial que usarei sobre sujeito. Algumas questões são imperativas: o que chamo de sujeitos da gestão em saúde? Qual a relevância de um estudo sobre a formação de sujeitos na e a partir da gestão em saúde? O que há na literatura sobre essa temática? Farei nas próximas páginas o ensaio de responder algumas dessas perguntas.

4 – PENSAR E SER SUJEITO NA SAÚDE

4.1. O debate sobre sujeito no campo da saúde

A redemocratização do País, o advento da saúde coletiva e as diversas práticas em saúde permitiram vários discursos e elaborações teóricas sobre a importância dos agentes sociais/sujeitos nas políticas públicas de saúde. Segundo Ayres (2001), um elemento conceitual que está no centro das mais progressistas proposições no campo da saúde na atualidade é a noção de sujeito.

Posso inferir a ideia que a maioria das elaborações sobre sujeito na saúde possui raiz nas contribuições do professor Mário Testa, o qual enfatiza a importância da constituição de sujeitos. Em suas palavras

(...) vejo a constituição dos sujeitos sociais – individuais ou coletivos, muito especialmente a classe social – como um dos passos necessários para o desenvolvimento de atividades sociais transformadoras. Na verdade, considero que se trata da determinação mais importante do processo de transformação. (TESTA, 1995; p.51).

O autor fala da constituição do sujeito epistêmico e (re) constituição do sujeito da vida. Um sujeito ideologizado e socializado é o sujeito da vida, base para a constituição de outros sujeitos: “Se trata de um proceso bio-psico-social que se desarrolla a lo largo de toda la vida del individuo, com períodos que comprenden grandes transformaciones y otros de relativa estabilidad pero ninguno sin cambios de alguna envergadura” (TESTA, 1997, p.158).

Para esse autor, a (re) constituição do sujeito da vida é uma ruptura epistemológica, onde o sujeito epistêmico se constitui na reformulação psíquica proveniente do transito entre as práticas da vida cotidiana e as ciências sociais, entre o sentido das coisas, advindos de um sujeito da vida, e os significados das palavras, conceitos e relações construídos no exercício da ciência. É a possibilidade de integrar teoria e prática.

Merhy (2003) ressalta que a contribuição de Testa (1997) sobre sujeito epistêmico é brilhante, pois ressalta a constituição de sujeitos subsumida às lógicas do poder, da ideologia e dos afetos. Defende, porém, o argumento de que, além de sujeitos

epistêmicos, é preciso compreender os sujeitos implicados, ou seja, aqueles envolvidos com a realidade que busca compreender e comprometidos com mudanças. Nas palavras de Merhy (2003, p. 35),

Muitos procuram submeter a processos investigativos o seu próprio agir, trazendo, com isso, para a análise o seu próprio modo de dar sentido ao que é problema a ser investigado, no qual também significa claramente a si mesmo e aos outros. Ou seja, traz antes de qualquer situação epistêmica a sua implicação, criando uma situação não típica como as investigações a que estamos mais envolvidos; pois, agora, o sujeito que ambiciona ser epistêmico está explicitamente subsumido na sua implicação, na sua forma desejante de apostar no agir no mundo de modo militante, não se reduzindo ao sujeito subsumido ao poder e à lógica ideológica, como o sujeito epistêmico imaginado pelos procedimentos científicos contemporâneos.

Enfatiza-se a característica da implicação do sujeito, conceito abordado pelo autor com apoio no referencial da análise institucional. Em direção próxima, mas com uma ênfase que transcende o envolvimento do sujeito-pesquisador com seu objeto de estudo, Campos (2003, 2007) reforça a necessidade de um cotidiano de reflexão-ação que constitui esse sujeito em sua interação com outros agentes e análise das práticas em saúde.

Para Campos (2007) a constituição do sujeito epistêmico é uma possibilidade-limite da constituição de sujeitos reflexivos e operativos, sendo o método Paidéia um facilitador do fortalecimento desses sujeitos.

Não basta, contudo, entender o mundo e a si mesmo, os sujeitos necessitam atuar sobre as coisas. Teoria e prática: “sujeito da reflexão e da ação”. A teoria e o método Paidéia tem como finalidade realizar um trabalho sistemático para aumentar a capacidade das pessoas de agirem sobre o mundo, favorecendo a constituição de “sujeitos reflexivos e operativos. (CAMPOS, 2007, p. 44).

Tem origem, assim, na suposição de que a prática, por meio da capacidade de análise, permite modificações nas estruturas e nos modos de vidas, como também nos sujeitos.

O mesmo autor enfatiza as dimensões do desejo (viver intenso, prazer, felicidade) e interesses (longevidade, reprodução biológica e social) do sujeito (CAMPOS, 2003) para se compreender e atuar na saúde coletiva, na clínica e na gestão. Para tanto, considera a relevância da formação de vínculos, do fortalecimento da

capacidade de autoanálise, da corresponsabilidade e da definição de objetivos institucionais.

Ainda sobre referências importantes nas elaborações sobre sujeito na saúde, Minayo (2001) destaca a relação entre estrutura e sujeito nos estudos em saúde coletiva. Ela descreveu os significados dessas duas categorias mediante uma revisão sobre as teorias que enfatizam o determinismo do social e das correntes que conferem um papel ativo à subjetividade e das repercussões da tensão teórico-prática no campo da saúde.

A autora chega a fazer as seguintes reflexões: 1) os agentes sociais não estão na cena da maioria dos intelectuais. Apesar do convite a participação, a transformação do mundo é definida conceitualmente, externa aos sujeitos; 2) os pressupostos do setor saúde, desde a Conferência de Ottawa, estão baseados no paradigma da Promoção de Saúde, no entanto, a produção e a prática da Saúde Coletiva continuam a se pautar pela doença e prática médica; 3) por fim, indaga-se: “por que não colocar na pauta de nossos debates a oportunidade de investigação e de práticas que juntem a clínica, a biologia e a saúde pública, tendo em vista a construção de um sujeito epistêmico mais complexo e menos fragmentado?” (MINAYO, 2001, p.18).

Esses resultados mostram o quanto ainda é preciso percorrer para fortalecer a implicação das pessoas nos processos de saúde-doença. Para isso, é inevitável a necessidade de mudanças de paradigma no campo da saúde. Acredito que mesmo reconhecendo essa contribuição, Campos (2007) faz uma crítica a Minayo (2001) por uma ênfase no conceito de “sujeito histórico” e ou “ator social”, bastante abordado nas ciências sociais. Para ele, esses conceitos expressam um grau de estruturação nem sempre verificado em grupos de interesse, pois pressupõe a existência de um projeto comum nem sempre verificado entre as pessoas. Porquanto assinala que,

(...) no cotidiano, sujeitos com algum grau de autonomia em relação à sua filiação a este ou aquele ‘ator social’ (classe, categoria profissional, inha religiosa ou ideológica), fazem política em função de problemas e de objetivos locais. Além disso, parece também ser conveniente conseguir-se trabalhar e realizar práticas cotidianas comuns à vida (relações afetivas, amorosas, lazer, etc.) com algum grau de independência em relação às filiações macrossociais de cada um”. (CAMPOS, 2006, p.46).

Ser sujeito, assim, inclui uma história pessoal. Mesmo implicado a um projeto coletivo, o que acredito fortalecer o sujeito individual, é necessário olhar para a

singularidade das pessoas, desmistificando, portanto, a noção de sujeitos apenas na perspectiva coletiva, muito usual nas ciências sociais.

Ayres (2001) critica acentuadamente as concepções de sujeito na saúde. Para ele, a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário brasileiro, especialmente do campo da saúde coletiva, possui intensa influência hegel-marxiana, onde predominam alguns significados para o sujeito:

O primeiro é relativo à identidade dos destinatários de nossas práticas; ao ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios, origem e assinalação de sua situação particular. É desse sujeito que falamos quando nos comprometemos a conhecer ou atender às “reais necessidades de saúde da população”, surrado jargão de nosso campo. O segundo tópico é relativo à ação transformadora, o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir. É disso que falamos quando desejamos que aqueles a quem assistimos “tornem-se sujeitos de sua própria saúde”, outra surrada expressão, de que certamente cada um de nós já fez uso alguma vez. (AYRES, 2001, p. 65).

Acredita ser problemática nessa concepção de sujeito a predominância da ideia de

(...) permanência, de mesmidade, que reside no âmago desse sujeito-identidade, esse que é igual a si mesmo através dos tempos, que “faz a si mesmo a partir de uma natureza dada”, moldada por um “devir voluntário”, uma “conquista pessoal”. E a ideia de produção em que se apóia o sujeito-agente da história. O ser histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou ideias para o progresso da vida humana. (AYRES, 2001, p. 66).

Adianto a ideia de que, apesar da crítica de Ayres (2001), mantereí a noção de sujeito de produção, de transformação e de compromisso. É a esse sujeito que se implica e é capaz de incitar mudanças na realidade que este estudo está atento, pois não acredito na necessidade de “subsumir a ideia de êxito técnico, ou de produção de artefatos, na de sucesso existencial” para se produzir sujeito. Com encosto no referencial aqui adotado, o qual será mais bem esclarecido adiante, não há separação sujeito-objeto, pois a relação é de construção mútua. Não incluo, porém, a ideia de identidade estática e individualizada, pois aqui ele será visto em sua interação com as pessoas e mundo, em construção, não estabelecido.

Compreendo a relevância do que Ayres (2001) considera “giros teóricos-filosóficos”, a qual busca reforçar a dimensão da intersubjetividade e do cuidado, o que

permite a compreensão de um sujeito em relação e que transcende ao simples ato técnico de produção da saúde.

Sobre a relação entre sujeito e gestão em saúde, a revisão de literatura realizada por Abraão et al (2008), desde a identificação das noções de sujeito presentes na produção acadêmica de saúde, especificamente em artigos na área da gestão veiculados em periódicos científicos, destaca três concepções de sujeito no campo da saúde: o psicológico-cognitivista, o psicanalítico-subjetivista e o histórico-comunicativo.

O sujeito psicológico-cognitivista é o da cognição e da emoção: o trabalhador é “aquele que aprende” no caso, habilidades e soluções para os problemas concretos da gestão. Essa aprendizagem se estabelece a partir de processos grupais, nos quais se convoca o sujeito a lidar com suas emoções e desenvolver aptidões, em confronto com o meio circundante. (ABRAÃO et al, 2008, p.250).

Apesar de ser um sujeito capaz de aprender, as autoras fazem referência a uma concepção de aprendizagem “calcada no controle da subjetividade”, onde não há o fortalecimento da autonomia.

O psicanalítico-subjetivista representa as concepções de sujeito que “aponta a necessidade de considerar, na construção da autonomia no trabalho em saúde, fenômenos contemporâneos relacionados a um determinado modo de subjetivação (o individualismo, o narcisismo, a busca frenética pela eficácia e o culto ao corpo)”. Questões sociais e históricas, porém, são secundárias na conformação da subjetividade.

Para finalizar, as autoras se referem ao sujeito “histórico-comunicativo”, o qual possui ‘matriz habermasiana’, com foco na interação comunicativa e base racional fundantes para a emancipação dos sujeitos e da transformação do trabalho, que assim,

(...) se define como aquele se move pelas decisões e ações racionais, com vistas ao cumprimento das necessidades identificadas pelo coletivo. Neste caso, cabe ao gestor promover o diálogo e as pactuações internas ao trabalho para buscar uma fundamentação para as ações relacionadas à análise de custos e ao aprimoramento do serviço de saúde. (ABRAÃO et al, 2008, p. 252).

Esse sujeito também é criticado pelas autoras, para quem essa concepção ainda mantém visão ahistórica.

Contudo, independentemente da filiação epistemológica, entretanto existe, nos textos referenciados para essa categorização, a preocupação em investir nos vínculos, nas relações, na mudança de comportamentos, na Educação em Saúde, em estruturas

organizacionais, dentre outros, que em síntese buscam implicar e fortalecer a dimensão da subjetividade no SUS e na gestão em saúde. Outros estudos relevantes sobre gestão e subjetividade serão destacados em seguida.

A dissertação de mestrado de Ferreira (2000) sobre os sujeitos na consolidação dos distritos de saúde no município de São Paulo (1989/1992) pretendeu analisar a proposta da gestão democrática na saúde durante o governo Erundina (1989/1992) com base no enfoque do sujeito. É um estudo sobre o instituído e o instituinte na gestão. O primeiro é o que é passível de ser qualificado, o segundo, ocorre como produto da ação dos sujeitos em interação que altera a estrutura institucional, criando padrões de organização das práticas.

A conclusão é um processo de democratização incompleto que não refletiu mudanças reais na organização dos serviços e nas práticas dos profissionais, pelo menos que pudesse ser percebido como um processo que viesse a alterar o modelo de atenção no sentido do fortalecimento da participação de todos, usuários e profissionais, da autonomia e da humanização dos serviços prestados.

Fracolli e Maeda (2000), em estudo sobre a gerência em serviços de saúde, buscaram discutir as tecnologias em uso na gestão nos serviços públicos na experiência da Secretaria Estadual de São Paulo, confrontando-as com “paradigmas gerenciais emergentes”. (MERHY; ONOCKO, 1997). As conclusões indicaram que a natureza do trabalho em saúde exige um processo de trabalho de gerência voltado – além de organizar o serviço segundo padrões de eficácia e eficiência – para a construção de sujeitos sociais. Para tanto, defende a necessidade de novas tecnologias gerenciais.

O estudo com o título *Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência*, tese de doutoramento de Ana Lúcia Abrahão da Silva (2004), abordou a formação da subjetividade, percorrendo a história das teorias administrativas e do referencial da Análise Institucional e da Socioanálise. Sua ideia era criar uma cartografia da gerência não apenas com aspectos objetivos, mas também com traços políticos e subjetivos que expressassem a regularidade com que a subjetividade marca o espaço da gestão em saúde. A subjetividade foi vista como produção que possui como características dominantes o conflito, o poder, o saber e a autonomia.

Essa pesquisa aconteceu na cidade de Campinas – SP, em dois hospitais ligados ao SUS, no período em que Gastão Wagner era secretário de saúde e o ‘Método Paidéia’ desenvolvia-se como experiência no sistema de saúde. Silva (2004) chega, contudo, a algumas conclusões, quais sejam: 1) diferentes processos de subjetivação entram em

conflito e coexistem no plano da gestão; 2) mesmo com o Método da Roda, permanecem processos que expressam subjetividades com padrões rítmicos na gestão; 3) as instituições, tanto internas (profissionais) quanto externas (sindicatos, conselhos), influenciam a gerência com fluxos que se introduzem, agenciando processos de subjetivação em andamento no hospital.

Outro trabalho que aborda o Método da Roda é o de Luciano D'Ascenzi. Numa abordagem etnográfica, o autor busca identificar quais mudanças culturais e organizacionais foram impulsionadas pelo Método na gestão de 2001 a 2004, em Campinas, concluindo que o método abre 'promessa de contribuição inédita'.

Dário Pasche (2006) aborda também a gestão e a subjetividade em saúde, focando-as como elementos para a reforma sanitária. Reforça a ideia de que produção de novos serviços e sistemas de saúde requer a produção de novas relações entre os sujeitos e de novos processos institucionais.

Hajam vista esses estudos, qual a relevância deste trabalho? Em primeiro lugar, afirmo novamente que, há poucos ensaios em saúde abordando gestão e subjetividade, gestão democrática, gestão participativa, gestão compartilhada e Método da Roda, palavras geradoras de minha pesquisa bibliográfica. A segunda justificativa diz respeito ao fato de que as pesquisas na área estão concentradas no Sul e Sudeste do país, principalmente no Estado de São Paulo e, em terceiro lugar, a experiência de Fortaleza é impar, por ser uma capital de grande porte e ter uma iniciativa em gestão participativa e compartilhada que envolve todo o sistema municipal de saúde. Além disso, a gestão municipal estudada adota várias políticas estratégicas de fortalecimento do sistema de saúde, que situam o sujeito no centro do objetivo e da ação. Por fim, há uma originalidade em estudar a percepção de gestores sobre sua vivência numa gestão correlacionando com a formação de sujeitos.

4.2. O sujeito histórico-cultural: Constituição mútua do sujeito e do mundo

Neste estudo, a abordagem sobre o sujeito possui enfoque histórico-cultural: da Psicologia bielo-russa (VYGOTSKY, 1991), da Psicologia Social e Comunitária (GÓIS, 1993, 2003; GONZÁLEZ REY, 2005; LANE, 1987; CIAMPA, 1987) e teorias da libertação da América Latina, quais sejam, Pedagogia da Libertação (FREIRE, 1980); Teologia da Libertação (BOFF, 1980) e Psicologia da Libertação (BARÓ).

Na perspectiva histórico-cultural, compreende-se a formação humana com base nas implicações do social, da cultura e da história individual e coletiva das pessoas, uma perspectiva embasada no pensamento filosófico do materialismo dialético. Neste sentido, há um cruzamento entre o individual e o social, ou seja, há uma interação dialética na constituição do sujeito.

Corroborando esta premissa, Vygotsky (1991) diz que, na formação social da mente, uma operação que inicialmente representa uma atividade externa é reconstruída e começa a ocorrer internamente, ou seja, um processo interpessoal é transformado em intrapessoal. Todas as funções superiores² originam-se das relações reais entre indivíduos humanos e a transformação de um processo interpessoal num intrapessoal. È o resultado de uma longa série de eventos ocorridos ao longo do desenvolvimento.

Assim, a internalização necessita de um tempo prolongado para se consolidar. O novo e o velho estarão convivendo na mesma pessoa e nos processos sociais. Deste modo, é importante assinalar que a transformação social e de pessoas não é automática, está em constante reconstituição. Porém, quando afirmado um movimento para a autonomia, haverá a tendência de fortalecimento desta característica no sujeito.

Assim, o sujeito que ora apresento é uma síntese das histórias individuais e coletivas em sua materialidade no mundo. Para Freire,

(...) o homem, que não pode ser compreendido fora de suas relações com o mundo, de vez que é um “ser-em-situação” (...) Não há, por isso mesmo, possibilidade de dicotomizar o homem do mundo, pois que não existe um sem o outro. (1996, p.28).

Há a criação de uma unidade dialética no confronto entre condições internas do sujeito e as influências externas dos processos, isto é, estruturação mútua. Sem supremacia de um para com outro, nem determinação de um pelo outro. O que há é atuação recíproca de articulação entre o social e o individual, ambos simultaneamente constituídos (GONZÁLEZ REY, 2005), apesar dos condicionamentos históricos e culturais.

Segundo Testa (1997, p. 147), constituição “se refiere al proceso (flechas y componentes em secuencia) que produce o cambia el carácter de um determinado sujeito”. Nessa mesma direção, a formação de sujeitos que trago não é o

² Funções mentais superiores são atenção voluntária, memória lógica, pensamento verbal e conceitual, emoções complexas etc.

estabelecimento rígido e estático da identidade humana; está próximo à noção de metamorfose (CIAMPA, 1987), de movimentos regressivos e progressivos que permitem transformações permanentes.

Nessa perspectiva, os sujeitos se fazem na atividade de superação das contradições sociais, como consequência do desenvolvimento da sua prática em saúde. Segundo Góis (2008)

(...) o indivíduo ao transformar a realidade se apropria cada vez mais dela e, por conseguinte, passa a conhecê-la muito mais, torna-se, assim, sujeito de sua história, de sua realidade, quer dizer, percebe-se responsável por seu caminho, junto com os demais e, também, mediatizado por eles em sua relação com o mundo. (Góis, 2008, p.40).

Portanto, me refiro a um sujeito que aprofunda sua consciência sobre o mundo e acerca de si (FREIRE,1980). A semi-intransitividade é o primeiro nível de consciência de Paulo Freire, correspondendo a uma quase aderência na realidade que diminui as possibilidades de compreensão crítica dos fenômenos, entendendo-os de forma fatalística e ‘mágica’; uma consciência que fortalece a alienação, apatia, acomodação e que mantém estruturas de dependência em uma sociedade-objeto (FREIRE, 1980).

A consciência ingênuo-transitiva é menos dependente e submissa do que a primeira, em virtude da ampliação da capacidade de apreensão e de respostas às demandas que partem do contexto. É ‘ingênuo’; no entanto, por ainda ser insegura, levar à irracionalidade e ao fatalismo (GÓIS, 2005).

É na consciência transitiva crítica que

(...) o indivíduo assume o dever, como sujeito, de fazer e refazer seu mundo. Busca enraizar-se de maneira crítica na história, mediante o diálogo e o compromisso, ou seja, mediante a solidariedade com os homens e mulheres na busca incessante pela humanização por reconhecer-se incompleto. (GÓIS, 2005, p. 108).

Isto significa que, aceita as exigências e os desafios da realidade, tentando superá-los mediante uma ação que busca transformar essa mesma realidade junto com outras pessoas.

Neste trabalho, não tenho como objetivo classificar o discurso na tipologia dos níveis de consciência. Como Freire assinala “*a conscientização como atitude crítica dos homens na história, não terminará jamais. Se os homens como seres que atuam, continuam aderindo a um mundo feito, ver-se-ão submersos a uma nova obscuridade*”

(1980, p.17). O limite entre uma e outra é tênue e pode haver sobreposição de uma noutra, apesar da predominância de um tipo na pessoa. Servirá apenas, no entanto, como orientador para compreender o movimento dos indivíduos para a tomada de consciência e sua conscientização³, essenciais para compreender a formação de sujeitos, pois, *A conscientização não consiste em ‘estar frente à realidade’ assumindo uma função falsamente intelectual. A conscientização não pode existir fora da ‘praxis’, ou melhor, sem o ato ação – reflexão.* (FREIRE, 1980, p.15)

Assim, o sujeito se faz na ação e ao atuar nos contextos de políticas, serviços e programas de saúde criam a própria modificação pessoal, (re) significando a prática. É um movimento dialético de sentir-se gestor, trabalhador, cidadão no ato de edificação do sistema de saúde. Ainda para fortalecer essa leitura sobre o sujeito, incluo três categorias que servirão nesta pesquisa como horizontes para pensar o sujeito no SUS: autonomia, participação e compromisso.

4.2.1 Autonomia: categoria-síntese do sujeito

Epistemologicamente, autonomia conota um sujeito que se rege por suas leis, é independente e livre.

Autonomía - Palavra composta de autós e do substantivo nomos. A palavra nómos se origina no campo social para indicar aquilo que se recebeu numa partilha e que tem o direito de usar ou de dispor como quiser; deste primeiro sentido, nómos passa a significar costume, regra, norma, lei. Autonomia significa o direito de dirigir-se e governar-se por suas próprias leis e regras; independência. (CHAUÍ, 1997).

Nesse trabalho, autonomia aufere um outro sentido, o da capacidade do sujeito de lidar com as redes de dependência, como disseram Onocko Campos e Campos (2007)

A coconstrução da autonomia depende, portanto, de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. Por esse motivo nos referimos sempre à co-produção de coletividade. (...) O sujeito é sempre co-responsável pela sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca. No entanto, a autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele

³ “(...) a passagem do primeiro nível (mágico) ao segundo nível (ingênuo) é a tomada de consciência; e do segundo nível ao terceiro (crítico) é a conscientização”. (GÓIS, 2005, p. 106).

tenha participado da criação dessas circunstâncias. Depende da existência de leis mais ou menos democráticas. Depende do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações. Depende da cultura que está imerso. (2006, p.670).

Portanto, a autonomia não está na esfera da liberdade total do indivíduo, mas na sua capacidade de lidar com seu poder pessoal e valor pessoal (GÓIS, 2006), na sua interação com outros sujeitos numa dinâmica social, nesse caso, da gestão. Valor pessoal é o reconhecimento do potencial e das competências do sujeito para exercer seu poder pessoal, o qual é a potencia para expressão desse valor, exercitar a capacidade de operar no mundo.

Nessa perspectiva, autonomia pode ser referida pelo grau de iniciativa e o exercício do poder de decisão, relacionado à descentralização e constituição de equipes, influenciada pelas estruturas formais e relações informais no interior do sistema de saúde. É uma categoria-síntese do sujeito e indispensável para compreender como as relações na gestão fortalecem ou não a formação de sujeitos. Assim, autonomia na gestão está interligada ao saber e ao sentir a corresponsabilidade e cocompromisso com a criação de modos coletivos de produzir saúde.

4.2.2. Participação e Compromisso: dimensões do Sujeito

Pensando que a autonomia só tem sentido num contexto de libertação ressalto a participação e o compromisso como categorias imprescindíveis para essa compreensão de sujeito. De que bastaria a autonomia se produzir as mesmas práticas de controle e submissão? Penso que é necessário fortalecer a reflexão, a ação e o sentimento no estabelecimento da autonomia, o que implica o exercício da participação e referenciado na vida (GÓIS, 2008). O que significam, porém, participação e compromisso?

Na concepção de esquerda, a ênfase na democracia recai sobre a idéia e a prática da participação, ora entendida como intervenção direta nas ações políticas, ora como interlocução social que determina, orienta e controla a ação dos representantes. (Chauí, 1997)

Neste trabalho, utilizarei o conceito de participação social de Góis (2003, p.134), o qual se expressa como sendo

(...) uma condição intrínseca à atividade social consciente dos indivíduos, própria da consciência pessoal e em favor do próprio indivíduo e de sua coletividade; é a condição para a potenciação pessoal (...). A participação social está na esfera pública do indivíduo, diz respeito à conduta pessoal voltada para a atividade coletiva e solidária de superação dos problemas sociais e humanos.

Para melhor entendimento, destaco a ideia de que consciência para Góis (2005, p.118) é “propriedade da mente que dá sentido, tanto à vida psíquica como à atividade externa dos indivíduos, e que esta atividade, por sua vez, orienta e dá substância da própria consciência”. De forma geral, esse conceito de participação social fortalece a noção de sujeitos como pessoas que se apropriam e transformam realidades em saúde, tornando-se corresponsáveis. Remete, pois, à articulação coletiva, haja vista a conscientização ocorrer por meio da presença do outro, da interação social (FREIRE, 1980).

Essa participação, ação consciente em favor do indivíduo e da coletividade, na perspectiva da cidadania produz compromissos, o qual está no sentido de engajamento solidário de agentes com a mudança social. No sentido de Freire (1979), compromisso exige o complemento ‘de quem’ e ‘com o quê’. No caso deste trabalho, penso o compromisso das pessoas que participam de uma gestão com princípios democráticos, com um projeto com inspiração socialista, que é o SUS.

Esse compromisso, apesar de sua dimensão individual, surge na interação com outros agentes. O que se busca é o cocompromisso. Esse pensamento está na direção de Campos (2003), quando inclui como diretriz para a criação de modelos de atenção a importância de aumentar a capacidade de gestores e equipes, em estabelecer compromissos e contratos com os valores de uso e prevalentes em cada agrupamento da sociedade.

Fica, então, a pergunta: como aproximar compromissos individuais, desejos e interesses, para a elaboração de um projeto coletivo? Penso que uma via é incitar espaços para o diálogo. Como disseram Rivera e Artmann (1999), pensando numa racionalidade comunicativa na saúde, o compromisso é gerado pelo diálogo e interação; para tanto, a necessidade de criação de espaços coletivos.

Por enquanto, não buscarei mais respostas. Que o estudo aqui pretendido sugira suas respostas sobre como uma gestão pode implicar na formação de sujeitos, ou melhor, que crie melhores interrogações.

5 – ASPECTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

5.1. Com âncora nas pesquisas qualitativas

Entendo que este ensaio requer a perspectiva sobre conteúdos que revelam singularidades do informante e do contexto da pesquisa. Por ser evidente a natureza subjetiva desse objeto de estudo, adotarei referencial teórico-metodológico ancorado na tradição das pesquisas sociais e humanas, mais referenciado como abordagem qualitativa. De acordo com Chizzotti (2001; p. 79),

A abordagem qualitativa parte do fundamento que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (...) O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

Assumir essa ‘interdependência’ é atitude alvo de críticas e de desconfiança sobre a ‘cientificidade’ das abordagens qualitativas de pesquisa (MERCADO-MARTINEZ e BOSI, 2004). É um intenso debate no contexto do qual os ‘quantitativos’ defendem a generalização dos resultados, neutralidade e busca de verdades; e, inversamente, os ‘qualitativos’ assumem a impossibilidade desses objetivos.

Minayo (1993, p.13) garante que pensar em abordagens qualitativas não se traduz em alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas à necessidade de aprofundar o caráter social e humano no suscitamento do conhecimento. A autora defende o uso da expressão Metodologias de Pesquisa Social, em contraposição as Pesquisas Qualitativas, com a intenção de não reforçar a ‘luta teórica’ entre o positivismo e a corrente compreensivista, garantindo, pois, a manutenção da qualificação do campo de abordagens das relações sociais, da abrangência de seus aspectos estruturais e da visão que os agentes sociais projetam dessas relações.

Em decorrência de minha origem e identificação com os estudos das ciências humanas e sociais, e, principalmente, pela congruência em escolher paradigmas que respondam à minha pergunta investigativa, essa pesquisa é expressa de acordo com os pressupostos das pesquisas qualitativas.

Encontrei na literatura o reconhecimento dos autores da área sobre a dificuldade em definir Pesquisa Qualitativa. Para Triviños (1987), a abrangência do conceito e a

complexidade dos suportes teóricos que sustentam a pesquisa qualitativa são as principais dificuldades. González Rey (2005) comenta que, sob esse rótulo, são desenvolvidas tendências muito diferentes, tanto nas ciências naturais de modulação matemática como nas ciências sociais. Três posições generalizadas, de acordo com Mercardo-Martínez e Bosi (2004) favorecem um reducionismo na compreensão das pesquisas qualitativas, quais sejam: conceitos empregados (inúmeras definições de qualidade), as técnicas (divergências técnicas e metodológicas) e a diferenciação entre qualitativo e quantitativo (separação dos modelos). Apesar das dificuldades de delimitação do campo, há uma defesa clara da importância do estudo dessas abordagens.

Para Minayo (1993) a especificidade da metodologia da pesquisa social é: 1) o objeto é histórico (sociedades humanas estão em determinados espaço e tempo, portanto tudo está para ser transformado); 2) o objeto de estudo possui uma consciência histórica (as ciências sociais estão submetidas aos limites do próprio processo histórico, de uma realidade social); 3) há identidade entre o sujeito e o objeto de investigação (pesquisador e pessoas investigadas possuem em comum o fato de serem humanos – relação construída); 4) intrínseca e extrinsecamente ideológica (toda ciência é comprometida); 5) é essencialmente qualitativo (busca ‘apreender além do visível’).

Essas são características que permitem uma identidade entre as diversas abordagens e técnicas. Na perspectiva de Chizzotti (2001), as principais orientações filosóficas são a fenomenologia e a dialética. Pensando nas principais linhas de pensamento no campo da saúde, Minayo (1993) identifica o positivismo sociológico, a fenomenologia sociológica e o materialismo histórico. São os modelos teóricos de investigação estudos: 1) compreensivos, usando o desenho do tipo ideal; 2) estudos de cunho fenomenológico; 3) interacionista-simbólico; 4) hermenêutico-dialético; e 5) pesquisa-ação e pesquisa participativa (MINAYO, 2001). Mercardo-Martínez e Bosi (2004) destacam que qualquer que seja a posição adotada pelos que aderem à pesquisa qualitativa, há implicações sociais, políticas, ideológicas e éticas, as quais possuem dois principais desdobramentos nos estudos do setor saúde: 1) reconhecimento do ponto de vista dos outros e 2) interesse nas experiências e processos de significação.

Com relação ao significado, em diferentes correntes do pensamento, constitui-se como conceito central para a análise sociológica. Para Minayo (1993),

Hoje, a questão do homem enquanto ator social ganha corpo e faz emergirem, com toda a sua força, as ciências sociais que se

preocupam com os significados. Trata-se de uma ênfase própria de nosso tempo em que se fortifica a introspecção do homem, a observação de si mesmo e se ressaltam questões antes passadas despercebidas. (P.33).

Dessa forma, adoto significado na perspectiva da teoria histórico-cultural da mente:

Vygotski distingui dois componentes do significado da palavra. O significado propriamente dito e o sentido. O significado se refere ao sistema de relações objetivas que se formam no processo de desenvolvimento da palavra, consistindo em um núcleo relativamente estável de compreensão da palavra, compartilhada por todas as pessoas que a utilizam. O sentido, por sua vez, se refere ao significado da palavra para cada indivíduo, composto por relações que fazem alusão ao contexto do uso da palavra e às vivências afetivas do indivíduo(...) O sentido da palavra relaciona seu significado objetivo no contexto do uso da língua e ao motivos afetivos e pessoais de seus usuários. Relaciona-se com o fato da experiência individual é sempre mais complexa que a generalização contida nos signos. (KOHL DE OLIVEIRA, 1992:81, apud GÓIS 2005, p. 98).

A linguagem expressa a atitude do indivíduo para com o mundo externo e para consigo. Significados pessoais e sentidos coletivos ultrapassam o componente cognitivo. É a integração do afetivo e do intelectual expressando-se pela fala (GÓIS, 2005) Assim, trabalharei com o significado em sua perspectiva coletiva e individual, atenta para os conteúdos da linguagem numa perspectiva integral, com o objetivo de realizar o exercício hermenêutico no discurso dos agentes do SUS.

5.2. O locus da pesquisa: Fortaleza, Gestão 2005 – 2008

O Município de Fortaleza está localizado no Nordeste brasileiro e é Capital do Estado do Ceará, situando-se no litoral. A área territorial é de 313,8 km². Seu entorno é limitado pelo oceano Atlântico e pelos municípios de Caucaia, Maracanaú, Pacatuba, Itaitinga, Aquiraz e Eusébio.

A população estimada pelo IBGE⁴ de 2.458.545 habitantes em 2007; sendo 53,2% da população do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos. Inserida no âmbito de transição demográfica, a população idosa (60 anos e mais de idade), corresponde a 7,48% do total.

Após 20 anos de administrações do PMDB e PSDB, em 2005, o Partido dos Trabalhadores assumiu a Prefeitura de Fortaleza com a proposta de um governo popular. Afirma que a ordem de prioridade, a definição de estratégias, a decisão do que fazer está na administração popular, que tem como prioridade o cuidado com as pessoas.

Alguns indicadores são interessantes para ilustrar a situação de saúde do Município em início de 2005: o Programa Saúde da Família, estratégia de reorientação do modelo assistencial, possuía apenas 18,17% de cobertura; havia justaposição e desarticulação de programas na atenção básica, assistência ambulatorial especializada, apresentando 2,5 vezes consultas hab/ano maior do que o número de consultas básicas, sendo que mais da metade das consultas registradas como especializadas eram de pronto atendimento procedido nos hospitais municipais. Precarização da situação de trabalho dos profissionais de saúde, concretizada na contratação dos profissionais do PSF por cooperativas e agentes comunitários e sanitaristas por empresas terceirizadas; dos estabelecimentos cadastrados no CNES, 133 públicos (8%) e 1.578 privados (92%), concentrados na parte 'nobre' da Cidade. (FORTALEZA, 2005).

A gestão municipal da saúde, 2005-2008, querendo mudar essa realidade iniqua, situa como objetivo a composição de um Sistema Municipal de Saúde orientado pelos princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e pelas diretrizes de participação e controle social, acessibilidade, resolubilidade, hierarquização, descentralização e regionalização (FORTALEZA, 2006).

Assumiu em Relatório da Gestão o conceito de saúde como objeto complexo, produzido socialmente, cuja elaboração requer uma abordagem transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional. Transdisciplinar, no sentido de incorporação dos olhares, saberes e práticas dos diferentes campos de conhecimento. Intersetorialidade pela necessidade de intervenção integrada, e não justaposta, dos vários setores junto aos

⁴ Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DataSUS. Acesso em 08.07.2007.

determinantes e condicionantes da saúde. Multiprofissional, pelo fato de requerer conhecimentos e tecnologias das várias categorias profissionais, dentro e fora do setor Saúde. (FORTALEZA, 2006). Para isso, busca a organização e o desenvolvimento de um modelo de atenção integral, viabilizado por novos saberes, processos de trabalho e práticas sanitárias.

Como sabido, integralidade pressupõe o oferecimento, de forma articulada, de ações de Promoção da Saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, respeitando a dinâmica do processo saúde-doença. Assim, um modelo de atenção integral procura cuidar no sentido de realizar atenção à saúde da população com interesse e responsabilização. "Desenvolver esse cuidado pressupõe também ter como objetivo a promoção da qualidade de vida e da saúde da população fortalezense, compreendidas como um direito de cidadania". (FORTALEZA, 2006, p.33). Nessa perspectiva, a ideia de rede foi adotada pela gestão municipal como central na organização do sistema, mediante a organização de cinco redes assistenciais de saúde, quais sejam: Estratégia Saúde da Família, atenção especializada, urgência e emergência, hospitalar e saúde mental.

Para potencializar esse modelo, a Secretaria da Saúde usou um conjunto de políticas e estratégias estruturantes: ética do cuidado e humanização, participação social e gestão compartilhada, Estratégia Saúde da Família e gestão do trabalho (FORTALEZA, 2006). Todas com princípios e estratégias que vão ao encontro do fortalecimento dos sujeitos/agentes do SUS.

Enfim, pressuponho que todo o propósito da gestão requer pessoas e processos que caminhem em sua direção. É um guia que precisa sempre ser revisitado, reelaborado. Não é sinônimo de real. E são os sujeitos que o repensam e o buscam na prática e, ao mesmo tempo, se (re) fazem no esforço de instituí-lo. Por isso, importante é construir as informações com base nas pessoas que vivenciaram a gestão, buscando compreender como significam sua experiência e que indícios apresentam de constituição de sujeitos no modo de operar de uma gestão.

5.3. Elaboração das Informações

5.3.1 Sobre a fonte das informações

As informações sobre o objeto em estudo foram obtidas por meio de fontes primárias e secundárias, a saber:

- primárias – A) Informações construídas por meio de aplicação de grupos focais, entrevistas, encontros temáticos. Em virtude da transcrição, as informações formaram um texto no qual foram identificados os significados do discurso dos informantes. A minha presença como pesquisadora se tornou importante para o aprofundamento de temas, observação de comunicações não linguísticas, interação do grupo, inclusão de conjunturas e relatos de experiências. B) outra fonte primária se constituiu pelas informações oriundas da minha participação na gestão de Fortaleza no período estudado.
- Secundárias – Relatórios da Gestão da Saúde, anos de 2005, 2006 e 2007;

5.3.2 A escolha dos informantes da pesquisa

Os vários agentes⁵ do SUS são imprescindíveis para o ato de edificação do trabalho e gestão do cuidado. A participação dos trabalhadores, usuários e gestores é imprescindível na gestão que se pretende democrática. Por questões temporais, no entanto, optei pelo ‘olhar’ dos gestores, sabendo dos limites que isto implica, tanto por não agregar diferentes percepções sobre a gestão de Fortaleza, como por saber que o discurso deles é mais institucionalizado do que os demais agentes do SUS. Por que esta escolha? Porque pela minha vivência na gestão de Fortaleza, identifiquei alguns entraves para a cogestão e implementação de políticas e ações relacionadas aos limites advindos das diferentes instancias da gestão. Entendi isto como questão indispensável para compreender os avanços e desafios de uma gestão para a consolidação de autonomias.

⁵ Faço neste estudo uma distinção entre agentes e sujeitos. Apesar do conceito de sujeito que abordo ter a característica de atuar na realidade, faço a escolha de referir-me a agentes como se vem convencionando nas ciências sociais aos coletivos que possuem características em comum, no caso do SUS, por exemplo, um agente é trabalhador, como também são os gestores e usuários

Em Fortaleza, por sua complexidade e estrutura administrativa, são considerados gestores várias pessoas que atuam em diferentes espaços, cargos e funções⁶. Neste estudo, apesar do entendimento de que trabalhadores e usuários também fazem gestão no SUS, nomeei gestores as pessoas que assumem cargos e funções de coordenação de algum coletivo.

Os principais informantes das pesquisas foram gestores das instancias regionais e locais diferentes. Eles mantinham relações estreitas com a rede assistencial da Atenção Básica/ Saúde da Família. O recorte do estudo nesta rede ocorreu por ser estratégica na reorientação do Sistema de Saúde de Fortaleza. Além disso, muito dos trabalhos desenvolvidos pelos distritos de saúde estão focados na atenção básica e também meu próprio trabalho (preceptoria de território) está mais direcionado na atenção primária em saúde.

Os gestores do âmbito local são os coordenadores de centros de Saúde da Família. Gestores regional e central são os que atuaram na coordenação de redes, setores, programas e políticas de saúde. Os primeiros trabalhavam nos distritos de saúde, os outros na Secretaria Municipal de Saúde. Minha pretensão inicial era analisar informações advindas do secretário de saúde e da gestora da Célula da Atenção Básica, mas, por ter atrasado o cronograma da pesquisa fiquei sem realização deste campo, o que, sem dúvidas, reduziu o material empírico para a análise do discurso da gestão municipal.

Além desses informantes, na hora que afunilar a pesquisa para analisar as rodas da gestão em Fortaleza, contei com as informações de outros gestores, trabalhadores dos centros de Saúde da Família (nível técnico, médio e superior de ensino) e diretores de hospitais que se disponibilizaram em pesquisa institucional sobre as rodas de gestão em 2007. Também fiz parte da estruturação dessas informações como pesquisadora. O material produzido, essencial nesta pesquisa, foi a mim disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Por fim, também afirmo que fui uma informante da pesquisa nos momentos em que trouxe conteúdos do meu trabalho em Fortaleza para a análise dos resultados por meio de anotações e recordações.

⁶ Vale destacar que, dos 5.564 municípios brasileiros, apenas 36 possuem mais de 500.000 habitantes. Muitas vezes, em municípios de pequeno porte (3.953 municípios possuem até 20.000 habitantes) é considerado, usualmente, gestor na saúde apenas o Secretário Municipal de Saúde.

5.3.3. Acerca da técnica e os informantes

A principal técnica utilizada foi o grupo focal, que se apresenta como técnica qualitativa, não diretiva.

uma de suas maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. Ele contrasta, nesse sentido, com dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente. As pessoas, em geral, precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias, e constantemente mudam de posição (ou fundamentam melhor sua posição inicial) quando expostas à discussão em grupo. (IERVOLINO E PELICIONI, 2001, p.116).

Como o grupo focal procura captar um discurso construído coletivamente, favoreceu a produção de informações que me subsidiaram para compreender como os diferentes lugares da gestão influenciam na consolidação de autonomias. Pelo fato de meu objetivo também ter sido compreender avanços e desafios da gestão, os grupos focais permitiram identificar os pontos mais relevantes com base na interação dos membros participantes e a problematização de alguns temas. Penso, contudo, que o aspecto negativo do grupo focal, neste caso, foi o risco de perder informações relevantes pelo fato de os membros serem de uma mesma gestão.

Percebi que alguns participantes estavam mais receosos de se posicionar sobre alguns temas, mas, de modo geral, acho que foi criado um clima de confiança e expuseram suas críticas e situações pessoais. Aliás, no fim, muitos agradeceram a oportunidade de participar do grupo. Na minha avaliação, as entrevistas para aprofundar informações do grupo focal foram importantes para qualificar a análise. Considero ainda, porém, que, nas condições em que me encontrava, de ter que optar, a escolha pelo grupo focal foi imprescindível para captar um discurso sobre a experiência da gestão de Fortaleza e os principais aspectos que uma gestão pode criar para constituir sujeitos junto com o fortalecimento do sistema de saúde.

Assim, realizei dois grupos focais, em dezembro de 2008, quais sejam:

- grupo focal com coordenadores de centros de Saúde da Família – os informantes-chaves foram identificados em reunião com alguns preceptores de território, quando solicitei informações sobre as características dos coordenadores. O objetivo era garantir a presença de coordenadores que expressassem interesse em opinar sobre a

gestão de Fortaleza. Busquei assegurar representantes das seis Secretarias Executivas Regionais – SER, dois de cada. Os convites foram realizados diretamente por mim; em apenas duas regionais onde solicitei ajuda da Coordenação da Atenção Básica e de preceptores. Ao todo, compareceram 12 coordenadores de CSF.

O quadro demonstra o perfil dos informantes da pesquisa.

Regional	Idade	Sexo	Graduação	Experiência em gestão	Experiência na gestão de 2005 a 2008	Processos Formativos⁷ 2005- 2008
SER I	35	F	Serviço Social	6 anos	4 anos	EGSSS
SER I	48	F	Fisioterapia	20 anos	4 anos	EGSSS ESFC
SER II	39	F	Enfermagem	2 anos	2 anos	EGSSS
SER II	34	F	Terapia Ocupacional	2 anos e 10 meses	2 anos e 10 meses	EGSSS ESFC
SER III	42	F	Enfermagem	11 anos	4 anos	ESFC
SER IV	34	M	Fisioterapia	3 anos	2 anos e 6 meses	EGSSS
SER IV	47	M	Gestão Hospitalar	7 anos	4 anos	EGSSS
SER V	30	F	Odontologia	4 anos	3 anos	EGSSS
SER V	36	F	Fisioterapia	13 anos	4 anos	EGSSS
SER V	48	F	Enfermagem	12 anos	2 anos	ESFC
SER VI	44	F	Enfermagem	5 anos	3 anos e 6 meses	EGSSS ESFC
SER VI	39	F	Enfermagem	8 anos	4 anos	ESFC

Quadro 2 - Grupo Focal 1: Coordenadores dos Centros de Saúde da Família.

⁷ Em relação às informações referentes aos processos formativos pelos quais estavam passando os sujeitos desta investigação no período estudado (2005-2008) e ofertados pela gestão, esclarecemos que: ESFC refere-se à Especialização em Saúde da Família e Comunidade, coordenada pelo Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) em parceria com OPAS/MS/UECE; EGSSS é a Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde organizada pela UNICAMP em parceria também com a gestão municipal de Fortaleza, por meio da SMSE. Além dessas especializações, os participantes também citaram cursos de curta duração.

Há uma diversidade de graduações da área da saúde com a predominância da Enfermagem na formação dos coordenadores. Além disso, a maioria é do sexo feminino e apenas dois não tinham experiência em gestão em saúde. Outro aspecto relevante é o fato de todos terem concluído ou estarem como alunos de especializações ofertadas pela gestão municipal.

- Grupo Focal com gestores regionais – foram convidados, de cada SER, dois representantes, dentre chefes de distrito e gerentes da Atenção Básica. Não sendo possível a presença de um desses agentes, informei que poderiam ser substituídos pelos coordenadores de saúde bucal ou da saúde da mulher. O critério para incluir essas coordenações deveu-se a ambas as áreas terem possuído uma organização local, regional e municipal, com bons resultados. Antes de 2006, não havia equipes de Saúde Bucal no Saúde da Família; e a mortalidade materna caiu de 70,8 para 23,6 casos a cada 100 mil; por fim, estiveram presentes três gerentes da atenção básica de regionais, um chefe de distrito, dois coordenadores da área técnica da Saúde da Mulher e um coordenador de saúde bucal.

Regional	Idade	Sexo	Graduação	Experiência em gestão	Tempo como gestor (2005-2008)	Processos Formativos 2005- 2008
SER I	51	F	Enfermeira	12 anos	02 anos	EGSSS
SER II	30	F	Enfermeira	08 anos	04 anos	ESFC
SER II	29	F	Enfermeira	02 anos	02 anos	Outros
SER III	-	F	Enfermeira	04 anos	04 anos	EGSSS
SER III	40	F	Odontologia	05 anos	01 ano e 6 meses	EGSSS
SER V	41	F	Socióloga	08 anos	03 anos	EGSSS
SER VI	49	F	Odontologia	10 anos	03 anos e 8 meses	EGSSS

Quadro 3 – Grupo Focal 2 – Chefes de distritos, gerentes da Atenção Básica, coordenadores de Saúde Bucal e Saúde da Mulher.

Em síntese, todas as sete informantes do grupo focal eram do sexo feminino e também tinha experiência em gestão antes do período estudado nesta pesquisa, menos uma entrevistada. Quase todas fizeram à especialização em gestão da UNICAMP.

- Sobre a pesquisa de avaliação das Rodas da Gestão em Fortaleza, a obtenção das informações ocorreu a partir de: 1) grupo focal com chefes de distrito; 2) colegiado dos hospitais com o tema Rodas de Gestão; entrevistas abertas: coordenadores e profissionais das regionais e de CSF. Ao todo foram envolvidos como informantes: cinco chefes de distrito de saúde; 11 coordenadores de unidades de saúde; dez diretores dos hospitais municipais (sendo, 6 HM); sete profissionais de saúde das regionais, entre coordenadores e técnicos; 18 profissionais de saúde dos CSF.

5.4. Análise das informações

A opção teórico-metodológica para a análise das informações foi pela hermenêutica-dialética. A justificativa se deu pela própria característica dos objetivos da pesquisa, onde os sujeitos são entendidos em suas dimensões históricas e culturais, numa dada gestão que busca a superação hegemônica de modelos de atenção e gestão em saúde.

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o interprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos com múltiplas determinações, mas com significados específicos. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o interprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais. (MINAYO, 1993; p.227).

Minayo (1993), mesmo fazendo referencia a Habermas, quanto a sua advertência de que a hermenêutica-dialética não determina técnicas de dados e sim sua autocompreensão, propõe alguns passos fundamentados na parceria entre a hermenêutica e a dialética: 1 – ordenação dos dados (transcrição, releitura, organização, em determinada ordem, dos relatos e dados de observação); 2 – classificação dos dados (a. leitura exaustiva e repetida dos textos, prolongando uma relação interrogativa com eles; b. constituição de um ou vários ‘corpi’ de comunicação se o conjunto das informações não é homogêneo); 3 – análise final, a qual se constitui como “movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado.” (P.236).

Esse foi o caminho que tracei na elaboração desse estudo, baseado das questões geradoras (roteiro em anexo): 1 – *Fale sobre a gestão de Fortaleza no período de 2005 a 2008* e 2 – *Fale como você se percebe nessa gestão* – construí junto com os informantes um material discursivo com valor para a compreensão das implicações de uma gestão para a formação de sujeitos.

5.4.1 O percurso da análise

Estou implicada neste estudo, como disse Emerson Merhy. Sou coprodutora do fenômeno sob análise. Não parto apenas do lugar a que o outro dá significado, mas do sentido que dou á gestão. E assim crio a minha significação e a do objeto estudado.

Por isto, necessitei realizar o movimento de ‘estranhamento’ a todo instante na análise das informações. Acredito que consegui me distanciar sem a pretensão de ser neutra, mas, por certo deixei escapular, em algum instante, uma reflexão menos crítica. Mantenho, contudo, a tranquilidade ética e a certeza de que esta implicação trouxe um diferencial ao trabalho, pois o texto do grupo focal ganhou sentido vivido ao ser lido, ou seja, estava ancorado em outras vivências, impressões.

Talvez o leitor mais exigente nas tradições acadêmicas se interrogue como, por meio de dois grupos focais direcionados a esta pesquisa e o material empírico sobre as Rodas de Gestão, foi permitido um extenso material na discussão dos resultados com uma grande variabilidade de temas. Ratifico o fato de que extrai, sim, de cada expressão linguística, o máximo de conteúdo interpretativo. Isto não foi difícil no sentido de que algumas não eram novas; encaixavam-se num quebra-cabeças de análise que venho montando há quatro anos e intensificado quando assumi o papel de educadora em serviço do SUS-Fortaleza, o que me permitiu transitar em diversos espaços da gestão, como também interagir com diferentes pessoas.

Informo que segui os passos metodológicos descritos na análise qualitativa, chegando à identificação das principais categorias empíricas. Depois escrevi um texto que denominei livre, sem preocupações com formas e teorias, interpretando o que os informantes haviam dito nos grupos focais, enriquecendo com minha experiência. Só depois refiz uma leitura mais crítica, buscando contextualizar o discurso e fazendo a correlação com a teoria.

Algumas vezes, quando relia o escrito na análise, precisei controlar-me para não divagar demais, seja no dito pelos informantes, seja por temáticas que advinham do

discurso. Isto ocorreu pelo meu receio de reduzir o fenômeno estudado, ou mesmo pela minha própria característica em analisar as informações. Digo, porém, que foram necessários para finalizar este estudo recortes de alguns pontos abordados pelos informantes da pesquisa.

Informo que, na discussão dos resultados, não separei a análise sobre o sujeito e acerca da gestão, como, de certo modo, realizado no referencial teórico. Estão mais imbricados um no outro na análise. Cheguei até a categorizar alguns trechos que evidenciavam questões da autonomia, responsabilidade e compromisso, mas percebi que seria uma incoerência esta separação.

Enfim, com a certeza que de este caminho investigativo proporcionou limites, mas também boas informações, nas próximas páginas, a discussão dos resultados estará disponível para apreciação e crítica do leitor.

6 – A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: SOBRE A CONSTRUÇÃO DE SUJEITOS NA TESSITURA DE UMA GESTÃO EM SAÚDE

Por meio de um discurso que transitou em diversos aspectos da experiência da gestão e atenção em Fortaleza, tive que captar possibilidades e limites de formação do sujeito numa gestão de saúde. Assim, encontrei uma diversidade de categorias empíricas e teóricas interconectadas, que demonstraram a complexidade do tema aqui abordado. Para melhor organização do material a ser analisado, dividi a discussão dos resultados em três partes, na sequência delineadas.

PARTE I – Refiro-me às informações que indicaram uma intencionalidade e um direcionamento político-conceitual na gestão de Fortaleza no período estudado. O discurso e a prática de mudança foram abordados por meio de reflexões sobre o Modelo de Redes Assistenciais e a ampliação da Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza. Emergiram temas essenciais para a construção do sujeito, como a importância de uma consciência histórica, da integração das políticas e serviços no âmbito local e da criação de vínculos. Além disso, o concurso público e o perfil dos trabalhadores, o processo de implantação e a complexidade da realidade da periferia de Fortaleza para a ESF foram essenciais para a reflexão sobre processos de trabalho e condicionantes do sujeito.

PARTE II – Concentro os discursos sobre a organização do processo de trabalho na gestão de Fortaleza. Foram trazidos alguns dilemas entre as instâncias da gestão, como ainda a manutenção de lógica de controle e tarefa; competição entre regionais; os lugares e papéis, condicionando os graus de autonomia; concentração de poder, contudo com uma ampliação do ‘acesso’ entre agentes do sistema. Além disso, trago a polarização entre uma gestão humana e gestão instrumental trazida pelos coordenadores de CSF.

PARTE III – Abordo o que chamei espaços potenciais de formação de sujeito. A Educação Permanente em Saúde, a Humanização e as Rodas da Gestão ganham destaque por criarem espaços para diálogo, formação, distribuição do poder e mudança de prática, o que não significa não possuírem dificuldades intrínsecas para efetivação de seus ideais.

Assim, anunciado o que está por vir, inicio a discussão dos resultados.

PARTE I - “ESTAMOS MUDANDO MODELOS”: A INTENCIONALIDADE E A PRÁTICA DE MUDANÇA NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

1.1. A intencionalidade de mudança

Afirma-se em documentos oficiais que o modelo de atenção à saúde de Fortaleza inviabiliza a efetivação de princípios fundamentais do SUS. Ratifica-se que a “*organização do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza está de acordo com o modelo hegemônico no Brasil, do tipo liberal privatista, com predomínio do conhecimento da biomedicina e centrado na prática hospitalar curativa e na atenção especializada*”. (FORTALEZA, 2006). Para contrapor esta realidade, propomos um novo modelo de atenção e gestão e algumas políticas estratégicas.

O propósito institucional de reverter o modelo de atenção à saúde do Município também foi trazido pelos informantes desta pesquisa. Uma ‘chefe de distrito’, ao avaliar a gestão nos anos estudados, diz: *Eu acho que foram muitas de mudanças de conceitos, mudança de prática, nós mudamos e estamos mudando conceito*. Sua percepção é processual e de transformação, de encontro entre o conceitual e a ação. Além disso, o “*nós estamos mudando*” aponta para a formação de uma coletividade e cocompromisso na edificação do Sistema de Saúde. Assumir esta corresponsabilidade com a mudança de modelos traz conseqüências, dificuldades:

Isso pro gestor, principalmente para os gestores regionais, é **altamente desgastante**, por quê? **Porque nós recebemos a cidade num modelo antigo** né, antigo assim, que há muitos anos a cidade vinha daquele modelo. Num modelo tradicional, principalmente de atenção básica. Medicamentoso, médico centrado (...). Nesses quatro anos mudando essa prática, mudando esse conceito (...) então essa coisa da equidade, da universalidade, **todos esses princípios nós podemos tocá-los e é como a gente pudesse pegar neles durante essa gestão**. – Grupo Focal (GF) Regional

Sem dúvidas, essa intenção de modificar o ‘*modelo tradicional*’ é um caminho que precisa atuar com ideologias, valores e poderes; exige reflexão, interação e comunicação, portanto torna-se mais ‘desgastante’. Há, contudo, uma aproximação entre o discurso institucional e os significados trazidos pelos entrevistados, o que demonstra uma intencionalidade na transformação da cidade, mesmo diante das

dificuldades. Isto é fundamental neste estudo, em razão de a intencionalidade, segundo Freire (1980), ser propriedade fundamental da consciência.

A essência da consciência é ser com o mundo e esta situação é contínua e inevitável. Conseqüentemente, a consciência é, por essência, um “caminho para” algo fora de si mesma, que a rodeia e que ela apreende graças a seu poder de “idealização” (...) Os líderes revolucionários devem praticar uma educação co-intencional. (P.44)

A intencionalidade produz ação comprometida, a qual, neste caso da gestora regional, conseguiu perceber a concretude no que se almeja: *‘tocar os princípios de SUS’*. A idealização pode ser alcançada por meio de atos, da observação de que há algumas mudanças significativas que permitem reconhecer o resultado do trabalho.

Em outro momento, outra informante regional complementa:

(...) eu acho que nós avançamos um bocado, com muito sofrimento como ela também bem disse, né? Porque não é fácil a gente mudar paradigmas, mudar modelo é sempre uma luta.

Transitou nesse grupo a ideia de que apenas o ‘gerir’ seria mais fácil⁸. Garantir a infraestrutura, atuar como supervisores e controlar a produtividade, por exemplo, seriam tarefas que exigiriam menos esforços dos gestores regionais. O ato de gerar requer muito mais capacidade de articulação e criação. Assumir-se como gestor com características de liderança e que busca a transformação é ‘uma luta’. O objetivo da eficiência não é eliminado, faz parte do escopo de suas atividades, mas é somada à efetividade do sistema de saúde⁹.

Ora, realizar um movimento que avança no trabalho em equipe, na cogestão, além de problematizar conceitos e práticas cristalizadas, exige uma superação, não só de práticas e de pessoas, mas também de si mesmo. É a própria reconstrução se fazendo nas tensões e contradições cotidianas, como veremos adiante.

⁸ Onocko Campos (2003) traz essas duas dimensões da gestão: gerir e gerar. Gerir representa a gestão clássica com o predomínio do controle e preocupada com a produtividade, mais-valia e reprodução do *status quo*. Gerar é a criação e a instituição de espaços de tomada de decisão coletiva, de aumento da implicação nos processos e de formulação de projetos. Gerar, portanto, é o lugar da cogestão.

⁹ Miranda (2009) reforça a noção de que gerar e gerir são uma contradição intrínseca na gestão em saúde. É preciso que a gestão seja prepositiva, criativa e participativa, mas há uma exigência permanente e inerente pela regulação e controle. (Anotações).

Assim, a intencionalidade de mudança em Fortaleza permitiu encantamentos, implicações e dificuldades. Provavelmente, esta intencionalidade foi iniciada por um direcionamento político, mas incorporada por algumas pessoas que encontraram neste propósito sentido para o trabalho em saúde e de sua própria reconstrução. Para Campos (2007, p.43), “um sistema de co-gestão depende da construção ampliada de ‘capacidade de direção’ entre um conjunto das pessoas de um coletivo e não somente em sua cúpula”. Neste sentido, digo até que houve uma “direcionalidade” no discurso dos gestores estudados, e que muitos demonstraram que agiram no sentido de ampliar os propósitos da gestão com outros atores. Conseguiram sempre? Tenho certeza de que não, no entanto, tornaram-se imprescindíveis para tensionar as mudanças.

Por fim, vejo a imbricação entre a intenção de transformar o modelo de saúde com a formação de sujeitos. Penso que esta propriedade da consciência é potencializada quando os princípios que orientaram esta busca por mudanças trazem o diálogo, o ‘encontro’ entre as pessoas, a reflexão e a interação como condições *sine qua non*; e também a clareza das condições históricas que, quando compreendidas, facilitam a conscientização e, portanto, a implicação de agentes do SUS.

1.2. Consciência histórica: o que se lança como proposta de mudança

De modo geral os informantes trazem um entendimento do momento histórico que vivenciam, e do qual em menor ou maior grau compartilham – uma avaliação da gestão na perspectiva de uma contraposição com o passado

Pegando esse link eu fico assim eu fico assim imaginando como é que era antes a saúde em Fortaleza, porque **nós temos várias dificuldades** hoje né, e eu fico imaginando como era antes quando não existia médico, dentista, enfermeiro com a quantidade que existe hoje dentro dos postos de saúde e também assim, (...) **então eu fico imaginando essas coisas antes quando não existia a organização que existe hoje.**
– GF Regional.

As dificuldades não foram negadas, muitas vezes, estavam destacadas; mas, trouxeram avanços e uma avaliação positiva, principalmente quando se deslocam das dificuldades atuais e recuperam as situações de períodos recentes do Sistema de Saúde de Fortaleza.

Eu tive assim de começar a gestão não só como coordenadora, eu fiz parte da equipe de transição, então eu tive a visualização do que era Fortaleza(...). **Realmente dava pra ver um caos.** – GF Coordenadores de CSF (centros de Saúde da Família).

Uma gestora regional disse: *‘fico imaginando essas coisas antes’*, uma coordenadora afirmou *‘dava pra ver o caos’*. Portanto, houve uma referência à situação de saúde no Município com base em uma leitura do antes e do agora. Essas significações, provavelmente, perpassaram pela vivência e observação de fenômenos que elas identificam como uma problemática do Sistema de Saúde. Ambas fizeram um movimento de historicidade, categoria própria da consciência crítica. Para Freire (1980)

a consciência histórica é a inserção crítica na história implica que os homens assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. Exige que os homens criem sua existência com um material que a vida lhes oferece. (P.15).

Ser sujeito é conhecer a realidade, “desvelá-la”, para recriá-la. A consciência histórica também é condição para a constituição de sujeitos, principalmente quando acompanhada da capacidade de olhar para o futuro e atuar no presente, mesmo nos limites e nas vicissitudes do contexto histórico; ou seja, é preciso pensar sobre o que fazer diante dos condicionamentos históricos culturais¹⁰. Como resposta, fiquemos com essas palavras:

Hoje o que a gente vê em grande parte do município e **o que a gente trabalha, o que é que a gente fala, o que é a gente discursa, o que é que a gente lança em todo diálogo nosso? É que o modelo tem que ser de equipe, de protagonização desses trabalhadores todos**, de que não é só o médico com farma, com a química que vai fazer a mudança na vida daquela pessoa, mas em práticas alternativas, práticas integrativas, outras práticas de promoção da saúde e que não só ali dentro do consultório, da clínica, do individual que se vai fazer saúde, ela pode ter acesso a saúde de várias formas e aí os conceitos como de clínica ampliada, de acolhimento, de escuta, de promoção da saúde, de educação permanente, de participação popular tudo que quando nós chegamos na cidade **a gente não sentia muito isso**, era aquela coisa dentro da prática curativa, individual e dentro do consultório médico. GF Regional

¹⁰ Para Paulo Freire (1996), o ser é historicamente condicionado, não determinado. O contexto sociocultural cria condições para a existência humana, mas há a ‘vocação ontológica para o ser mais’, para a criação de atos de superação.

Vejo diferentes expressões de um mesmo fenômeno: O que a gente discursa? O que fala? O que trabalha? No *discurso*, prevalece uma linguagem coletiva que advém dos lugares determinados na estrutura social (MINAYO, 1993), ou seja, um texto definido dos papéis; a *fala* parece-me remeter aos sentidos formulados pelo próprio indivíduo, uma linguagem da síntese entre o coletivo e o particular; enquanto *o que a gente trabalha* é a própria ação, imprescindível para a efetivação do pensamento: ser sujeito.

‘O que a gente lança em todo diálogo nosso?’ Protagonização, práticas integrativas e complementares, acesso, acolhimento, clínica ampliada, participação popular, educação permanente, dentre outras palavras geradoras, recorrentemente trazidas pelos participantes da pesquisa, as quais demonstram uma direcionalidade político-conceitual na gestão de Fortaleza; isto é, há uma assunção de referenciais teóricos e de proposições que foram internalizadas, no mínimo no discurso de algumas pessoas. Outra informante disse que a gestão “*deu uma mexida boa mesmo, a gente estimula os profissionais e acho que nós somos outra Fortaleza do início*”. Quando indagada o que era uma ‘mexida boa’, acrescenta:

Eu acho que é sair daquele tradicional do trabalho, do queixa conduta né, pra gente falar bem claro. Eu acho que a gente tá estimulando o trabalho em equipe, o trabalho interdisciplinar, a intersetorialidade **a gente estimula, ainda falta muito? Falta.** – GF Regional

“*Falta muito? Falta*”; suponho que, tanto para a reorganização do sistema de saúde, como para o fortalecimento dos sujeitos, mas, o leitor haverá de concordar com a ideia de que ‘*o que se lança*’, ‘*o que se mexe*’ são políticas, estratégias, conceitos e atitudes que, indiscutivelmente, propõem ‘o sujeito no centro’. É evidente, contudo, que há situações-limite¹¹ que precisam de superação para conseguir uma aproximação da utopia de sistemas de saúde democráticos e de sujeitos históricos.

Em Fortaleza, provavelmente para atender a intencionalidade de transpor as barreiras sócio-históricas que dificultam a efetivação do SUS, criou-se um desenho de atenção e gestão que deveria orientar a reconstrução – uma proposta de organização do

¹¹ Situações-limite são obstáculos, barreiras da vida social e da existência humana, que precisam ser transpostos para a superação das condições de vida que limitam o sujeito e a justiça social. É conceito encontrado no decorrer da obra de Paulo Freire.

sistema de saúde em redes que agrega conceitos e políticas trazidos pelos informantes da pesquisa, e que buscava responder o dito pela coordenadora: *Fortaleza, realmente, estava sendo entregue né, pra ser reconstruída.*

1.3. O desenho da mudança: as redes assistenciais em saúde

No contexto da saúde de Fortaleza, a ideia de redes foi posta nos seguintes termos: *“trabalhar com o conceito de rede é estabelecer um diálogo construtivo com outras áreas do conhecimento, como forma de responder aos complexos desafios da produção da saúde e, ainda, potencializar a organização e o funcionamento do modelo de atenção integral à saúde”*. (FORTALEZA, 2006, p.34). Desse modo, pressupõem o desenvolvimento de ações articuladas, objetivos e ações compartilhadas.

O *Modelo de Gestão e de Atenção Integral*¹² de Fortaleza busca atender a perspectiva de formação de redes, por meio de um desenho administrativo de cinco Redes Assistenciais (RAs), produtoras de serviços e de cuidados progressivos em saúde, quais sejam: Estratégia Saúde da Família, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Hospitalar e Saúde Mental. As informações da inteligência epidemiológica (vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental) e da gestão (áreas de planejamento, administrativa, financeira e jurídica) são potencializadoras do sistema por favorecerem as tomadas de decisões e as vinculações das RAs (ANDRADE, 2006).

A proposta, ou apenas alguns aspectos desta, surgiu para os informantes da pesquisa como importante para que *“a gente se entendesse enquanto sistema”*, mesmo com dificuldades inerentes à organização de *“todo processo”*.

A própria organização da rede a gente sabe que tem dificuldades e vai existir em todo processo, (...), essa organização das redes de atenção, das redes assistenciais ela também **foi importante pra que a gente se entendesse enquanto sistema né**, o que compete a uma rede, o que compete a outra muito embora algumas que hoje são redes a gente acha que não seja uma rede – GF Regional

Permitiu, pois, notar que o sistema de saúde se constitui de vários serviços, de complexidades e tecnologias diferentes, e que precisa se articular para garantir a integralidade da atenção. Pelo dito, parece-me que o fortalecimento de um discurso

¹² Modelo de Gestão e Atenção Integral à Saúde é como é nomeado o desenho de organização do sistema de saúde de Fortaleza, embasado na proposta de redes assistenciais de saúde e políticas estruturantes.

institucional de redes proporcionou a imagem do sistema de saúde como um todo. Para Capra (2006):

Aquilo que denominamos parte é apenas um padrão numa teia inseparável de relações. Portanto, a mudança das partes para o todo também pode ser vista como uma mudança de objetos para relações. Num certo sentido, isto é uma mudança figura/fundo. (2006; p.47).

Esta ruptura das partes para o todo, de figura/fundo, caracteriza a percepção humana como não estática. Refere-se à tendência humana em organizar as percepções sobre o objeto (a figura) e o plano contra o qual ele se destaca (o fundo), entendendo que é fundo em um dado momento pode se tornar a figura de outrora, e vice-versa.

A reorganização do sistema em redes favoreceu, progressivamente, a mudança de figura/fundo, onde a captação da imagem do todo é destacada. Há um salto de percepção que pode favorecer que a relação entre as os pontos (serviços, política, espaços da gestão) seja entendida como sistema, interdependência das ações e agentes. Isto atenderia ao pressuposto de rede como produtora de autonomias compartilhadas que permitem ultrapassar dificuldades do sistema de saúde:

A utilização do conceito de rede é fundamental, à medida que apresenta e fortalece novos arranjos organizacionais e sociais, que **favorecem o desenvolvimento de processos emancipatórios, coletivos, solidários e compartilhados**. Estes processos contribuem para o conhecimento, o entendimento e a realização de intervenções em situações complexas. Situações essas não compreendidas, problematizadas e solucionadas pelas formas tradicionais de organização e de gestão. (FORTALEZA, 2006). (Grifos meus).

Apesar dessa capacidade do modelo em redes favorecer a *'emancipação'*, não é possível, contudo, entendê-lo como algo plenamente constituído em Fortaleza, pois constitui um devir. Orientou e permitiu maior organização, mas está em processo, e há questões que precisam ser revistas: *'algumas que hoje são redes a gente acha que não seja uma rede'*.

Ainda sobre o posicionamento da gestora, considero-o crítico: mantém a consciência histórica (olha para o passado, reflete sobre o presente) e faz *'a gente se entender'* como um coletivo interconectado. Essa compreensão sobre as redes, entretanto, não foi homogênea. Para alguns, ainda é uma concepção restrita a alguns agentes:

(...) eu acho que não está muito claro para o todo dos trabalhadores, aquele que tá lá atendendo né não existe muita clareza de qual é a política de saúde de Fortaleza (...) Essa questão das redes eu acho que ela ainda tá muito dentro da gestão e mesmo dentro da gestão eu digo nível central, regional. (...), até porque ainda acho que a gente tinha que ter esse aprofundamento do que nós mesmos entendemos por rede. GF Regional.

Aqui, foi considerada a necessidade de um aprofundamento político e conceitual e ampliação da discussão do modelo de Fortaleza no âmbito local. Capto desse discurso uma curiosidade: até que ponto o propósito da gestão é entendido pelos profissionais e outros integrantes do sistema? A pesquisa não se propõe essa pergunta, mas divago em minhas lembranças¹³ e considero que ainda é preciso o amadurecimento da proposta de Fortaleza junto com o maior número de agentes. Afirmo, entretanto, que não é preciso apenas um alinhamento político e teórico/conceitual, a importância da dimensão técnica¹⁴, também referida nos grupos focais de modos diferentes.

Os participantes da pesquisa consideraram que este modelo ainda mantém antagonismos, principalmente pela manutenção da fragmentação e manutenção de práticas ainda tradicionais:

A própria atenção básica o sistema é fragmentado, ele é encaixotado, por mais que a gente tente dizer que não, mas ele ainda é, e **A** isso reflete muito lá, então eu acho que **a gente ainda vive esse antagonismo e eu acho que a gente podia ter evoluído mais**, acredito nisso. Mas aí por diversas razões eu acho que a gente sofreu com isso e sofre ainda algumas consequências com relação a isso né e eu acho que isso reflete lá na ponta um pouco com relação ao modelo.

Isto quer dizer que o modelo traz antagonismo porque ainda há uma distância entre o desenho e sua prática. Pergunto-me: *‘Por mais que a gente tente dizer que não’* quer dizer ser difícil avaliar nossas fragilidades? Retornando da breve provocação, ora, toda mudança histórica em sua raiz dialética, mantém o conflito e a interconexão entre o antigo e novo (OUTHWAITE E BOTTOMORE, 1996). Em Fortaleza, pela diversidade

¹³ Em 19 de fevereiro de 2008, numa das primeiras atividades da Especialização em Saúde da Família e Comunidade, realizamos oficinas regionais com os profissionais a partir do modelo adotado em Fortaleza. Nesses encontros, havia representantes das redes assistenciais (Saúde da Família, Hospitais e Saúde Mental), da vigilância em saúde e conselhos de saúde. Foi um dos momentos de conhecimento e de problematização a partir de trabalhos em subgrupos. Era perceptível, contudo, a necessidade de amadurecimento das redes no âmbito regionais e locais, principalmente quanto a articulação entre serviços (CSF, CAPS, Hospitais, vigilâncias...).

¹⁴ Chamo dimensão técnica o ‘como fazer’. Captei dos discursos fragilidades ainda no como organizar processos da gestão, como organização das rodas, planejamento de ações e gerenciamento de recursos.

de necessidades, interesses, poderes e papéis, o propósito de fortalecimento do SUS será sempre processual, com idas e vindas; e não é possível pensar que a mudança se dará apenas quando atingir o formato do modelo definido por esta gestão. Como disse Coelho (2008), o grande problema dos modelos teóricos é erigi-los à categoria de verdades eternas e incontestáveis. Desse modo, não abordarei no próximo item este desenho como meta a ser alcançada em seu ideal, mas como movimento que poderá orientar mudanças no modo de organização dos serviços de saúde. Aviso, de antemão, ao leitor que o item ‘território como espaço de constituição de redes’ será mais uma reflexão minha do que análise de material empírico, por entender a necessidade do aprofundamento conceitual, tanto da dimensão de redes, como de território para qualificar o sistema de saúde de Fortaleza, como para criar espaços de encontro entre os agentes do SUS. Aliás, não poderia escapar de falar sobre este tema, sendo preceptora de território¹⁵.

1.4. O território como espaço de constituição de redes

A ideia de fortalecimento de redes no SUS não transita apenas no Município de Fortaleza. Vem-se discutindo nacionalmente com diferentes configurações os desafios e avanços de experimentar redes para diminuir a fragmentação nos sistemas de saúde. A Diretoria de Articulação das Redes de Atenção do Ministério da Saúde compreende que

As redes são formadas por organizações e atores autônomos que mantêm relações estáveis de trabalho coletivo a partir dos vínculos de interdependência existentes. São consideradas estruturas organizacionais eficientes de coordenação capazes de articular de forma flexível e racional, diversos tipos de recursos (humanos, técnicos, financeiros, políticos, etc.) a partir da construção de relações de complementaridade entre as organizações e atores envolvidos. (BRASIL, 2008, p. 22).

Portanto, na racionalidade de redes prevalece o fato de que não há superioridade de um serviço e tecnologia sobre outro, pelo contrário, há complementação. E qual seria

¹⁵ A preceptoria de território é uma equipe constituída por diferentes categorias profissionais que tem como objetivo contribuir com a estratégia de Saúde da Família a partir de processos formativos do Sistema Municipal de Saúde Escola. Iniciou-se em Fortaleza em agosto de 2006 com apenas cinco preceptoras distribuídas entre as regionais. Só em junho de 2008, a equipe foi ampliada, podendo atuar mais diretamente no território das unidades de saúde. Espera-se a atuação do preceptor de território em três dimensões: articulação de práticas e saberes do território, organização do processo de trabalho e articulação das redes no território.

a relevância das redes para a formação de sujeito? Ora, o modelo de atenção fragmentado origina-se da baixa responsabilização na continuidade do cuidado, pouca valorização das dimensões sociais e subjetivas e da produção de autonomia dos sujeitos. Sendo assim, a perspectiva do cuidado na direção de uma “malha de cuidado ininterrupto à saúde” (BRASIL, 2005), ou seja, numa rede que corresponda à integralidade, pode favorecer a edificação do sujeito pela ‘preservação da autonomia’:

O trabalho em saúde, constituído em malha, implica capacidade de maleabilidade, demandando, por tanto, uma prática de escuta, não só relativa àquele que procura/necessita os serviços, mas entre os diferentes profissionais implicados no atendimento, direta ou indiretamente. (BRASIL, 2005, p.111).

Para criar, contudo, esta malha de cuidados e fomentar a implicação das pessoas, é preciso partir de algum lugar. Defendo a ideia de que o modelo de rede só estará na perspectiva da integralidade e fortalecimento do sistema de saúde quando estiver ‘vivo’ na dinâmica local, na diversidade dos territórios, em suas contradições, oposições e conflitos, como também em suas potencialidades. Para Santos (2006),

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer aquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho... (P.96)

O território traz, pois, ‘a possibilidade de um acontecer solidário, malgrado todas as formas de diferença, entre pessoas, entre lugares’. (SANTOS, 2005, p.256). Portanto, a elaboração de redes em saúde, irremediavelmente, precisa estar de acordo com as necessidades de saúde do território e com a materialidade das condições de trabalho dos serviços de saúde.

Segundo Silva (2008), para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde, é necessário que sejam criados nos territórios: 1) mecanismos de corresponsabilização entre os profissionais da saúde e os usuários; e 2) ações de gerenciamento e gestão de forma cooperada, entre distintos agentes sociais.

Em Fortaleza, o conceito de território foi fortalecido no discurso institucional e em iniciativas que fortalecem esta dimensão na organização do sistema de saúde e suas ações. Como disse gestora regional: “acho que a gente deu passos grandes em se aproximar do território, em se aproximar das instituições que existem no território”.

Influenciada, porém, nos grupos focais e a dimensão conceitual de redes, afirmo que ainda é preciso aproximar as pessoas, serviços, população e outras políticas públicas no território para atender de forma efetiva os três elementos que urgem para a existência de redes no SUS: sua unicidade, a descentralização e a integralidade (SILVA, 2008).

É válido não esquecer de que, para efetivar redes em saúde, é preciso esforço tanto para sua normatização, por meio de contratos, nstitucionalização, definição de responsabilidades, fluxos, dentre outros, como também a interação, negociação, colaboração (Santos e Andrade, 2008). Portanto, exige a comunicação e a ação humana. Não é algo estático; estará sempre em processo.

Considerando o exposto, apresento dois arranjos da gestão que, uma vez efetivados, podem fomentar a interconexão e a complementação das redes assistenciais em saúde de Fortaleza com base no território: o matriciamento e os colegiados regionais.

Este último constitui-se pela decisão realizada no encontro sobre as Rodas da Gestão em 2007, que indicou a criação dos colegiados regionais para integrar as redes assistenciais no território e para otimizar a função dos chefes de distritos como articuladores das redes assistenciais, haja vista a crítica de que eles estavam centralizando suas ações apenas na rede de atenção básica. Como resultados, têm-se que nem todas as regionais avançaram na criação dos colegiados regionais, apenas duas experiências – as Secretarias Executivas Regionais V e VI demonstraram a criação de alguns fluxos e estratégias para a garantia da integralidade da assistência entre rede hospitalar e atenção básica¹⁶. Apesar de essa iniciativa ser principiante, demonstra a importância de efetivar parcerias entre diferentes serviços com suporte na realidade local.

Sobre o matriciamento como estratégia de articulação das redes assistenciais em Fortaleza, houve nos grupos focais relatos sobre o matriciamento (ou apoio matricial) da rede de saúde mental com a rede de atenção básica¹⁷:

¹⁶ Anotações em encontro de planejamento. Março, 2009.

¹⁷ Segundo relatório de gestão (2007), a Rede Assistencial de Saúde Mental possui como eixo orientador a implantação de uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico. Em 2005, a assistência aos usuários com transtornos mentais era restrita aos hospitais psiquiátricos e três centros de Atenção Psicossocial. Em apenas dois anos de diferença, estavam instalados 14 CAPS, uma unidade de Saúde Mental em Hospital Geral, uma Residência Terapêutica, nove emergências clínicas em hospitais municipais, duas emergências especializadas e uma ambulância do SAMU específicas. Além deste considerado crescimento, 18 equipes de apoio matricial em Saúde Mental foram constituídas para apoiar equipes de Saúde da Família.

Pra melhorar na unidade começou agora o matriciamento, (...) há alguns usuários que foi já agendado pelo próprio CAPS né, então eu acho que para o próximo a tendência é melhorar mais ainda isso. – GF Coordenadores CSF.

É Importante explicar que o apoio matricial, nas palavras de Campos e Domitti (2007)

(...) objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. (..) pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. (P.400).

Defendo o argumento de que a incorporação do apoio matricial como arranjo institucional potencializa a formulação de autonomias. Por quê? Cria diálogo e interação. Traz a possibilidade de aprendizagem mútua entre profissionais de variados serviços, papéis e acúmulos técnicos que aumentam a resolubilidade da atenção, além de garantia da integralidade e da corresponsabilidade clínica e sanitária.

Apesar da predominância das experiências nacionais de matriciamento predominarem entre serviços de Atenção Básica e de Saúde Mental, como acontece em Fortaleza¹⁸, penso essa ser uma tecnologia que precisa ser incorporada de forma ampliada no SUS, como está anunciado na Política Nacional de Humanização e na Estratégia Nacional de Redes.

Ainda sobre o apoio matricial é importante recordar o movimento que aconteceu em Fortaleza na primeira turma do curso da gestão. Alunos-gestores solicitaram, após aulas sobre o assunto, uma pauta na roda da gestão. Com apoio de professores do curso, discutiu-se conceitualmente o matriciamento e problematizou-se a situação das ‘filas de espera’.¹⁹

¹⁸ Em Fortaleza, ainda é um desafio o diálogo entre serviços de atenção especializada e atenção primária à saúde. Ao considerar o contexto histórico do município e a atenção primária como reorientadora do sistema de saúde, coerentemente foi priorizada a estruturação da rede de Saúde da Família, mas, também houve aumento de ofertas em procedimentos especializados (FORTALEZA, 2006). As ofertas de consultas e exames são gerenciadas pelas ‘centrais de regulação’, na lógica de referência e contrarreferência, como acontece na maioria dos municípios brasileiros. É necessário criar opções a este modelo de organização dos serviços especializados, haja vista a diminuição da capacidade de coordenação dos casos pelas equipes de Saúde da Família e a grande demanda em torno de ‘filas virtuais’ de espera por consultas (CAMPOS, 2007). O que, impreterivelmente, reduz a autonomia dos usuários, profissionais e gestores.

¹⁹ Existia também um tensionamento social e político na Cidade quanto à questão da atenção especializada. Os jornais locais abordavam a questão das ‘filas de espera’ de forma incisiva, como

Houve uma decisão do colegiado gestor de todos os Centros de Saúde da Família de reavaliarem as demandas de consultas e exames especializados, enquanto as regionais identificariam e analisariam as ofertas que possuíam no território (serviços e consultas ofertadas nos hospitais municipais e nas unidades básicas - CSF). Além disso, foram realizados ‘mutirões’²⁰ para a diminuição de algumas demandas reprimidas. Apesar, porém, de desdobramentos práticos e redução das filas, o gerenciamento da maioria das ofertas especializadas permaneceu centralizado na Coordenação da rede de atenção especializada o que diminuiu a resolubilidade de algumas regionais que pretendiam, a partir de sua capacidade instalada, iniciar o matriciamento entre atenção especializada e atenção básica ²¹.

Com base neste relato, se meu olhar estivesse apenas nos resultados, veria uma ação paliativa e não-efetivação do matriciamento como arranjo da gestão; contudo, pensando em processo, identificarei indícios de formação de sujeitos: 1) houve disponibilidade para conhecer um novo arranjo de gestão: “*se minha inconclusão, de que sou consciente atesta de um lado minha ignorância, me abre, de outro, o caminho para conhecer*” (FREIRE, 1996); 2) exemplifica-se uma decisão, que julgo coletiva, realizada pelos membros do colegiado; 3) essa pauta provocou a assunção do matriciamento como estratégia permanente das equipes de saúde mental com as de Saúde da Família; e 5) demonstra a importância de um processo de educação permanente contextualizado e que busca mudança de práticas.

Em síntese, considero incipiente a articulação das redes assistenciais em Fortaleza, mas vejo o trânsito de novas concepções e experiências no discurso dos gestores, por exemplo, o referido apoio matricial, o qual vai de encontro ao modelo clássico de referência e contrarreferência que, concordando com outros autores, não enseja compromissos, nem vínculos, no cuidado à saúde. Além disso, testemunho as iniciativas que demonstraram o movimento de sujeitos interessados em incitar mudanças no SUS.

Desse modo, no caso de Fortaleza o fortalecimento das redes é, ao mesmo

também publicavam as ações e resultados de redução do número de pessoas aguardando acesso aos serviços especializados.

²⁰ Os mutirões são práticas características do modelo sanitário camponês. Caracterizam-se como campanhas pontuais focadas em tarefa específica (PAIM, 2003).

²¹ Ivan Coelho, professor do curso de gestão da UNICAMP, afirmava que, enquanto não mudar a lógica das centrais de regulação e aumentar a gerência das ofertas especializadas para os distritos de saúde, esses movimentos de revisão de filas é como ‘enxugar gelo’.

tempo, um avanço e um desafio, que, por certo, aprimorado e associado às outras reestruturações institucionais, políticas e técnicas, poderá potencializar a constituição de sujeitos. Ratifico o fato de que a lógica de trabalho em rede fomenta o cuidado, a integração e maior comunicação entre serviços, trabalhadores e usuários.

Falei da articulação entre diferentes complexidades de serviços de saúde, mas como estaria a Rede de Atenção Básica, a qual faz parte do recorte deste estudo? As próximas páginas convergem para a identificação dos avanços e desafios da experiência de Fortaleza na Estratégia Saúde da Família

1.5. Saúde da Família: Considerações sobre a Rede Estratégica

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa a reorganizar a Atenção Básica no País, segundo a Portaria 648/GM, de março de 2006. Para tanto, a ESF deve, entre outras coisas: ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional; atuar no território com ações dirigidas aos problemas de saúde junto com a comunidade, mantendo o cuidado às famílias e indivíduos durante o tempo; e ser um espaço de formação de cidadania (BRASIL, 2007).

Baseada em equipes multiprofissionais responsáveis pela atenção integral e contínua a uma população de um território definido, a ESF, de acordo com Andrade et al (2006), facilita de forma substancial a aceitação de um novo modelo técnico-assistencial, dentro dos princípios do SUS.

É nesta perspectiva que a reestruturação da atenção básica em Fortaleza tem como aspecto central a adoção da Saúde da Família como estratégia única de organização desta rede assistencial (FORTALEZA, 2006). Para atingir este objetivo nos primeiros anos da gestão 2005-2008, algumas ações foram definidas como prioritárias, dentre elas: a territorialização²², o início das equipes nas áreas de risco, Operação Fortaleza Bela na Saúde²³, concurso público para as equipes de SF (médicos,

²² Em 2005, o processo de territorialização em saúde teve como objetivo delimitar e quantificar as microáreas de atuação dos agentes comunitários de saúde, com referência em marcadores de situação de risco. Foram estabelecidas 2.627 microáreas classificadas como sendo de risco 1, 2, 3 e 4, os quais consideram questões geográficas e ambientais (desabamentos e alagamentos), como também sócio-econômicas.

²³ A Operação Fortaleza Bela na Saúde objetivava contribuir para o processo de reestruturação da atenção primária em saúde, com foco na humanização dos serviços. Seus resultados: 1) reforma e ampliação das 88 unidades básicas de saúde, com investimentos da ordem de 3 milhões de reais, 2) o fim do Cartão SUS como barreira ao atendimento; 3) a universalização do acesso ao medicamento básico, com a sua

enfermeiros e dentistas), seleção pública para 2.627 agentes comunitários de saúde e início do terceiro turno para ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Mesmo assim, em pesquisa sobre processo de trabalho da ESF em Fortaleza, Frota (2008) acentua que os resultados revelaram que o Município passa por variadas dificuldades na implementação da Estratégia, dentre elas: a (a) coexistência de modelos de Atenção Básica; (b) cenário urbano sobrecarregando sua implementação; (c) violência urbana e (d) baixa integração entre os profissionais das Equipes do SF e os profissionais veteranos da Atenção Básica.

Muitas dessas dificuldades, mais avanços na implantação, foram referidas no discurso dos gestores desta pesquisa. Portanto, buscarei, na linguagem dos informantes da pesquisa, problematizar nas próximas páginas temas para compreender a Estratégia Saúde da Família na formação de sujeitos, e vice-versa.

1.6. O vínculo no território e na clínica como condição de corresponsabilidades.

Antes da convocação dos 850 novos profissionais concursados para a ESF²⁴, houve a experiência das 21 equipes em áreas de risco, as quais foram implantadas, em 2005, de forma emergencial em áreas apontadas pela Defesa Civil num período em que a Cidade sofria bastante com as consequências do período chuvoso. Foram envolvidos 89 profissionais, dentre eles uma enfermeira que hoje é coordenadora de CSF. Ela relata esta experiência:

Foi uma riqueza pra mim de experiência. A gente foi trabalhar numa área do canal que **o pessoal não acreditava na saúde**, não recebiam a gente e tinham a maior dificuldade em acreditar no nosso trabalho. Então assim, era o médico, a enfermeira, o dentista e uma assistente social, durante o ano antes de chegar as equipes a gente desenvolveu um trabalho de PSF casa a casa, nós fizemos as fichas lá e foi assim uma riqueza muito grande de informação **e a gente partilhou com eles e até hoje eles procuram com a credibilidade** que a gente passou pra eles - GF coordenadores CSF.

disponibilidade em todas as unidades de saúde independente do local da consulta (este investimento na rede foi em torno de 11 milhões de reais); 4) gestão das filas noturnas nas UBS, reduzindo-as em 89% das unidades.

²⁴ O Programa Saúde da Família teve início em Fortaleza em 1998, com apenas 32 equipes. Os profissionais haviam prestado seleção pública, mas tiveram que criar cooperativa pois a prefeitura

Apresenta-se aqui a mudança promovida mediante o estabelecimento de vínculos entre a equipe e o morador da comunidade. É a disponibilidade de o profissional realizar a territorialização, conhecer as famílias, ter informações (fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB) que solidificam a ‘credibilidade’ com os usuários. Deste modo, reverte-se o ‘*não acreditava na saúde*’. Provavelmente, para os moradores do Canal do Amuarama, região às margens de um rio e com condições precárias de vida, o ‘*receber a gente em casa*’ não fazia parte de sua representação do que seria um serviço em saúde, provavelmente tanto por ser uma nova lógica de atenção à saúde, como também pela negação histórica aos seus direitos como cidadãos.

Góis (2008) expressa a necessidade de implicação dos profissionais de saúde na realidade da comunidade. Para ele, isso não se faz apenas por diagnósticos, análises epidemiológicas ou processos de territorialização só descritivos, pois é preciso estar junto com os moradores, consolidar convivências na análise e vivência dos modos de vida da comunidade²⁵. Em suas palavras, “*esta análise permite o distanciamento crítico da comunidade e de nós mesmos, e a vivência nos faz entrar sensível e emocionalmente no lugar, identificando-nos com ele, levando-nos a sentir a realidade social profunda*”. (GÓIS, 2008, p.152).

Assim, a inserção na comunidade²⁶ não está na perspectiva de apenas uma instrumentalidade do trabalhador entender o processo saúde-doença do usuário, mas, sobretudo, na sensibilidade de se cocomprometer com as mudanças na saúde dos indivíduos, famílias e da comunidade, junto eles. Neste sentido, a fala da coordenadora trouxe a potência deste contato direto com os modos de vida do lugar e com seus moradores para a formação de sujeitos.

Ainda sobre este tema da relação trabalhador-usuário, recordo-me de que, uma vez, em 2007, num centro de Saúde da Família, um médico de uma equipe estava indignado com a ‘*ignorância*’ da população²⁷. Disse que os usuários achavam que ele

²⁵ Góis (2008) aborda métodos e estratégias de facilitação em saúde comunitária no capítulo 5 de seu livro Saúde Comunitária – pensar e fazer. Dentre os métodos: análise e vivência da comunidade; o facilitar-pesquisando, observação-participante e pesquisa-ação.

²⁶ Territorialização é o conceito mais utilizado na ESF para referenciar o processo de definição, descrição e diagnóstico da comunidade. Aqui, opto por inserção, termo oriundo da etnografia, por fortalecer as dimensões históricas, culturais e subjetivas na edificação do vínculo com a comunidade, sem negar a necessidade do saber epidemiológico.

²⁷ O médico referia-se também a certa inquietação dos usuários que reclamavam da demora de suas consultas, principalmente os que aguardavam no corredor.

era *'balconista'*, incomodava-se por sua demora nas consultas e chegava já dizendo que receitas dele queriam. Ele insinuava querer oferecer uma atenção integral aos seus pacientes, mas apresentava uma dificuldade de empatia (de colocar-se no lugar do outro). Perguntei-lhe: a população é ignorante? Em que momento se indagou pelo motivo do comportamento dos usuários? Como haviam realizado a territorialização? Enfim, busquei criar um momento de reflexão sobre o problema.

Generalizando, esta questão reforça a ideia de que o contato com os valores, ideologia e cultura das pessoas, e as do próprio profissional se faz necessário para atuar na perspectiva da Saúde da Família a que se propõem trabalhar com território definido e criação de vínculos. Além disso, causou-me a impressão de que, apesar de diferenças entre profissionais e usuários, existe algo em comum: o reforço das práticas médicas centradas no medicamento, na doença e no procedimento. Segundo Figueiredo e Furlan (2008),

O que nos interessa destacar é que, na consolidação da racionalidade médica aparece como premissa a busca pela objetivação do sujeito e pela neutralidade na relação médico-paciente, cujo processo de expropriação da dimensão sociocultural, da subjetividade e das possibilidades de manifestação do que é mais especificamente humano no encontro entre usuários e profissionais de saúde. (p.159)

Em virtude da relação trabalhador-usuário, o que se torna necessário para consolidar autonomias? Uma resposta provável: aproximar diversos olhares, criar canais de comunicação, redirecionar a formação dos profissionais de saúde; enfim, estabelecer vínculos, o que permite tanto modificar o modelo da gestão e atenção baseado no pronto atendimento como favorece a corresponsabilidade, a qual, para Paulo Freire (1987) somente pode se realizar na comunicação. Apresento aqui duas vias para o estabelecimento de vínculos: a inserção comunitária, como também a reconfiguração da clínica.

Sobre a inserção comunitária, há como fazer uso de métodos, técnicas, inovações tecnológicas que podem criar condições de *'(re) encantamento'* para alguns, *'conscientizações'* para outros, com o fazer atenção primária em saúde. Aprofundar o trabalho nos territórios como trazido anteriormente pode favorecer o surgimento de sujeitos não apenas em defesa do projeto SUS, mas em defesa da vida, cidadania, qualidade de vida.

Frota (2008) colabora com a contextualização de alguns fatores objetivos que também dificultam a relação entre trabalhador e usuário em Fortaleza, dentre elas: 1) dimensionamento inadequado de famílias por equipes; 2) apesar de em dois anos e meio alcançou-se 247% de incremento, partindo de 95 equipes em janeiro de 2005 para 267 equipes em julho de 2007, a cobertura da ESF ainda é insuficiente com 38,11%; 3) diferentes estratégias de organização da demanda observadas vêm sendo postas em prática, a depender da cobertura populacional da ESF na área de abrangência dos CSF e da adscrição de território pelas Equipes SF.

Deste modo, posso concluir que questões objetivas e subjetivas convivem na manutenção das dificuldades no estabelecimento de vínculo; responsabilização sanitária; visão integral do cuidado; enfoque familiar; trabalho em equipe, dentre outros desafios da ESF no Brasil, reproduzidas em Fortaleza.

Como alternativa de soluções para o futuro, há que garantir a vontade política de continuar investindo na atenção primária em saúde, como também o incentivo às equipes de Saúde da Família para atuar nos territórios, mediante reflexões cotidianas, processos formativos, disponibilização e uso de métodos participativos²⁸, educação popular e de inserção no território, dentre outros; como também melhoria das condições de trabalho.

Sobre a outra via de fortalecimento de vínculos, ou seja, o redirecionamento da clínica, trago a proposição de clínica ampliada (CAMPOS, 2003) como uma das possibilidades formadora de autonomias. Segundo Onocko Campos (2007):

Se há uma dimensão produtora de autonomia para a clínica, é aquela que – por meio do vínculo – pode-se desenhar um campo de propostas terapêuticas que recolorem o sujeito no trilho da responsabilização da própria vida. (...) Evidentemente, tal clínica não se articula somente com base em conhecimentos técnicos biomédicos, porém assenta-se muito mais em aspectos relacionais da intervenção profissionais-trabalhadores/usuários. (P.683).

Assim, esta clínica possui a proposta de ampliar o objeto de saber e de intervenção da clínica. Busca reaver as dimensões existenciais, subjetivas e sociais do

²⁸ Em Fortaleza, principalmente a Preceptoria de Território, Cirandas da Vida e o projeto de Extensão Universitária Liga de Saúde da Família (UFC e UECE) se vem buscando fortalecer estudos e práticas de métodos participativos que aproximem trabalhadores, movimentos sociais e populares, usuários, estudantes, professores, dentre outros atores. Partimos do pressuposto que a Estratégia Saúde da Família precisa avançar na construção de vínculos no território.

usuário e trabalhador, pela singularidade de cada pessoa, trabalho em equipe, identificação de risco e vulnerabilidade, utilização de múltiplos paradigmas, corresponsabilidade clínica e sanitária, enfim, do incentivo à autonomia (COELHO, 2008).

Cunha (2007) lembra que a manutenção das relações de poder e o monopólio de determinado saber possui implicações importantes para a superação da clínica tradicional. Portanto, não é possível esquecer de que, para criar racionalidades, como de clínica ampliada e inserção comunitária, é necessário reconhecer a existência de relações de poder, muitas vezes reforçada pelas ideologias:

O sistema ideológico apresenta-se diferentemente entre as classes sociais de uma mesma sociedade, torna a vida coletiva heterogênea em suas modalidades ideológicas que, em cada classe social, se apresenta com uma dada configuração social particular. (GÓIS, 2008, p.51).

Eu seria ingênua se considerasse que a aproximação entre saber técnico e saber popular, entre trabalhador e usuário, e até mesmo entre diferentes categorias profissionais necessita apenas de uma abertura para o contato entre as diferenças. Não! Há a circulação de poderes e ideologias de classe que dificultam o vínculo na produção de saúde, portanto, de formação de sujeitos; mas, “*os serviços públicos comunitários, na medida em que lidam com famílias extremamente fragilizadas, necessitam repensar sua tradição autoritária e normatizadora de relação com o mundo popular para não as massacrar*”. (VASCONCELOS, 1999, p.16).

Para isso, Carlos Botazzo (1999) adverte que o trabalho tem assim que fazer sentido para os trabalhadores. É necessário perguntar aos próprios trabalhadores sobre as coisas e sobre si:

Se o funcionário não pratica o vínculo, se não aderido ao seu trabalho nem o realiza com independência e autonomia, não vá se imaginar que o *desvinculado* possa realizar o próprio vínculo, qualquer autonomia no outro (P.166).

Esta provocação é justamente sobre a constituição de sujeitos e formação de vínculos. Para ele, há ‘*sujeitos-previamente-existent*s’ no campo de definições políticas ideológicas, sendo assim o investimento na constituição de sujeitos cocomprometido com um projeto democrático de saúde em espaço de conflitos e disputa deve considerar

o que as pessoas percebem de si, de suas histórias de vida e o que são para o trabalho que realizam. Também concordo com o autor (apesar de usarmos diferentes sentidos para o uso de sujeito) por ver coerência e relevância em seu posicionamento.

Diante destas dificuldades de edificação de vínculos, há dois caminhos: cruzam-se os braços pela dificuldade em atuar com relações de poder e ausência de sentidos para o trabalho ou criam-se possibilidades de aproximações entre pessoas e ressignificação do trabalho. Aos que mantêm a capacidade de amar e a esperança, o segundo caminho é a escolha, pois, segundo o poeta popular Ray Lima (2005), ninguém ama de braços cruzados.

Assim se faz necessário remover as armaduras das ideologias de classe que impossibilitam o encontro entre as pessoas. Acredito na minimização de artimanhas subjetivas e culturais, na indignação com a injustiça social e na amorosidade indispensável para desenvolver vínculos, manter esperança e atuar no mundo²⁹. É tanto que escrevo uma dissertação sobre sujeito e gestão. Neste sentido, cabe a gestão em saúde:

(...) eu acho que é essa questão de **fortalecimento mesmo dos sujeitos né, de você ta dando autonomia** para que ele olhe onde ele está e veja quais são as estratégias de enfrentar aqueles problemas trazidos ali pela população, eu acho que é esse **caminho que a gente criou, quer dizer criando né**, de a gente ta fortalecendo aquela pessoa que ta lá frente a frente com aqueles usuários, com aqueles problemas de saúde dando ferramentas para que eles construam dentro de todo, claro, os princípios do acesso, das prioridades da gestão, mas que eles criam as alternativas pra enfrentamento disso aí.
- GF Regional.

O caminho da autonomia e fortalecimento das pessoas se criou e está ainda em criação, e isto é um ponto positivo da gestão, mas ainda existem muitas dificuldades como ainda trarei.

1.7. O concurso público e o perfil do trabalhador

O concurso e a contratação de 300 equipes de SF em Fortaleza, em agosto de

²⁹ Estas questões são postas no livro *Pedagogia da Indignação* de Freire. Este título foi escolhido por Nita Freire, esposa/companheira de Paulo Freire, para nomear o livro que contém suas Cartas pedagógicas e outros escritos.

2006³⁰, foram visto como um marco, segundo coordenadora a de CFS: “*isso aí pra mim foi um avanço, um sonho que a gente tinha a nível de esquerda, pensando ideologicamente, e a gente conseguiu ver isso na gestão*”. Novamente, o ideológico:

(...) Não podemos descartar o ideológico na formação da subjetividade humana, nem pensar que este é apenas um aspecto secundário da formação individual ou da identidade. O ideológico como condição da consciência, para a subjetividade, constitui-se, também, favorável ou desfavorável, impulsionador do sujeito ou opressor, permitindo ou não ao indivíduo fazer-se ou refazer-se dentro da coletividade em que está (Góis, 2008, p.52).

Para o autor citado, o que molda a consciência é a ideologia. Neste entendimento a Coordenadora apresenta o concurso público como um ‘pensar ideologicamente’ que impulsiona o indivíduo fazer-se dentro da coletividade; um ‘*sonho*’ que, provavelmente, de acordo com as tradições de esquerda, aponta para a não-exploração da força de trabalho, garantindo direitos e desprecarização do trabalho³¹ com raízes numa preocupação social.

Esta não foi, porém, a única representação ideológica do concurso. Para uma coordenadora, “*o chamativo do concurso é apenas a estabilidade do serviço público, de uma carreira*”, outra diz ser “*simplesmente a questão monetária*”.

E isto acarreta o que os coordenadores nomearam de ausência de perfil: “*muitos profissionais que passaram no concurso realmente não tem perfil de PSF e isso realmente dificulta o trabalho*”. Este julgamento não perpassou apenas pelos profissionais, também dizem haver gestores sem perfil.

O que seria o perfil para os informantes da pesquisa? Em síntese, dizem que perfil é compromisso, responsabilidade e identificação com o trabalho na ESF.

Exprimiram que “*se você não tiver compromisso você não consegue gerenciar um Programa Saúde da Família*”. Para eles, há uma complexidade no trabalho em Saúde da Família e sem compromisso não é possível superar as dificuldades encontradas no cotidiano. A responsabilidade representa a maior/menor implicação no

³⁰Fortaleza aderiu, em 2005, ao concurso estadual de base municipal, coordenado pela Secretaria da Saúde do Estado. Após a divulgação dos aprovados, a Capital foi um dos primeiros municípios do Estado a efetuar a convocação. Com a contratação de 300 equipes, em 2006, a Prefeitura de Fortaleza ampliou a cobertura da Estratégia Saúde da Família de 15% para 43,44% da população local.

³¹ Após diversas negociações, o Plano de Cargos e Carreiras do município de Fortaleza, incluindo os profissionais do SF, foi aprovado em 2007.

acompanhamento de usuários e famílias:

...muitos profissionais eles querem ta ali, atendem e ir pra casa, não querem ter aquela responsabilidade por aquele território, saber que atrás daquela depressão tem N problemas naquela família, é você ver além do consultório, então eu acho que perfil é você ta vendo isso. GF coordenadores CSF.

Um coordenador trouxe a diferença entre querer estar no trabalho, reproduzindo um modelo tradicional de atenção, e atuar numa perspectiva de saúde ampliada e integral. Para eles, o concurso não garante o que definem como perfil: *“É aquela coisa, emprego todo mundo quer, trabalho não”*. No entanto, há ainda muitas exceções quanto ao querer o emprego: *“praticamente dois terços dos profissionais médicos que entraram acho que já desistiram do concurso”*.

Ora, a formação e a representação social, individual e social, dos profissionais médicos não estão na perspectiva da atenção primária em saúde: este é um desafio da ESF em âmbito nacional (BRASIL, 2007) Com certeza a desistência de número significativo de profissionais mereceria estudo aprofundado. O que implica/desencanta o trabalhador? Esta pergunta não será respondida neste estudo, mas, como trarei *a posteriori*, fica a indicação de que, além de ideologias individuais e sociais que permeiam interesses e desejos do trabalhador, o modo de organização dos serviços e o impacto com a realidade das comunidades periféricas da cidade são também condições a serem analisadas na adesão ao projeto ESF/SUS.

Sobre este tema, ainda posso acrescentar uma situação singular vivida por uma coordenadora. Um caso de um profissional que não ‘gosta do que faz’:

Ele chegou pra mim e colocou, "eu tenho trinta e três anos de idade, sete anos de formado e estou infeliz, eu não gosto do que faço, eu não sabia que o PSF era atender pessoas onde **eu não tenho como resolver totalmente o problema deles** e que eles vão voltar sempre pra mim toda vida mais doente. E eu não sei até que ponto eu estou ajudando" e esse médico se ausentou, tirou licença, passou um ano e três meses de licença e a controladoria agora obrigou ele a se apresentar, a voltar, e ele voltou dizendo que vai batalhar e vai sair da regional, **em momento algum ele diz assim: "eu vou me demitir"**, mas em todo momento ele diz que não vai trabalhar com PSF porque não gosta.

Ele não está feliz e cria formas de distanciar-se do trabalho. Estudos apontam a relação entre trabalho, saúde e subjetividade na constituição do sofrimento psíquico.

(SAMPAIO, RUIZ e BORSOI, 1999). Isto prova a necessidade de cuidado também com os trabalhadores, respeitando suas condições, interesses e desejos pessoais (CAMPOS, 2003), no entanto, até que ponto, neste caso, constitui-se a responsabilidade deste profissional sobre sua própria ‘infelicidade’ no trabalho? ‘*Eu não tenho como resolver totalmente o problema*’ poderia ser interpretado como uma ferida na onipotência médica, tão reforçada historicamente? Estas serão indagações sem resposta, pois há apenas a versão da coordenadora, a qual traz um questionamento sobre as licenças remuneradas do profissional. Aproveitando-me desta ilustração, porém, novamente, uso as palavras de Freire (1979):

(...) se nos interessa analisar o compromisso do profissional com a sociedade, teremos que reconhecer com ele, antes de ser profissional, é homem. (...) se seu compromisso como homem, como já vimos, não pode fugir, fora deste compromisso verdadeiro com o mundo e com o homem, que é solidariamente com eles para a incessante procura da humanização, seu compromisso como profissional, além de tudo isto, é a dívida ao fazer-se profissional. (P. 20)

O profissional, ontologicamente, possui uma ‘dívida’ com o social. Freire (1996) diz que a humanização do homem faz-se também por sua consciência histórica de que ao se fazer profissional, o fez também nas bases de uma sociedade desigual. Assim, o social urge e é preciso perguntar qual o limite entre o direito pessoal e coletivo. Não quero aqui negar as dificuldades no processo de trabalho dos profissionais de saúde e seus incômodos. Também jamais proporia a anulação da diversidade e da individualidade, querendo que todos os trabalhadores ‘gostem’ de atenção primária em saúde, nem induzir que a responsabilidade da implicação cabe apenas ao trabalhador. Apenas insinuo a ideia de que o entrelaçar entre privado e público; entre subjetivo e objetivo, merece maior aprofundamento para compreender a constituição de sujeitos do trabalho.

Para finalizar esta dimensão do vínculo empregatício, trago a insegurança como outro aspecto que ‘*desmotiva*’ o trabalho:

Hoje eu conto com um técnico e amanhã ele ta altamente desmotivado. Porque ele não tem segurança nenhuma e ainda é pior do que dos terceirizados, porque os terceirizados eles ainda tem um vínculo e os cooperados estão totalmente desamparados - GF Regional.

Outras formas de contratação foram vistas como um limite da gestão que prejudica a vida pessoal dos trabalhadores, o compromisso com o trabalho e *‘incerteza se aquele grupo continua’*. Aliás, os coordenadores trouxeram as próprias situações de insegurança ao serem cargos comissionados: *“é a gente saber que ta ali de passagem, a gente não é um cargo efêmero né, então muitas vezes isso aí pesa bastante no próprio andar, no próprio transcorrer da gestão”*.

Do exposto, concluo que o vínculo empregatício é fator importante para a formação de sujeitos no trabalho, no entanto não é condição *sine qua non*. Há várias pessoas sem condições estáveis no trabalho, quanto à remuneração e direitos trabalhistas, mesmo assim implicadas; também como profissionais concursados que não criam raízes com o trabalho. Isto não invalida a imprescindível necessidade de garantir direitos trabalhistas e melhores condições de trabalho por uma questão de justiça social e desenvolvimento profissional.

Acrescento que o concurso, quando acompanhado sobre uma reflexão sobre projeto de vida, pode favorecer maior implicação com o trabalho. Presenciei de profissionais da rede a afirmação: *‘nos próximos 20, 30 anos estarei nesta unidade de saúde’*, o que significava, com outras palavras, *‘preciso fazer algo, este é meu futuro’*. Portanto, o concurso tem o potencial tanto de acomodação, como exposto pelos entrevistados em alguns casos, mas também de fortalecer a permanência do trabalhador que, consciente de sua situação e sensível à realidade da população, pode criar tensionamentos para mudanças.

1.8. Cisão e integração: Os “20 horas” e os profissionais das equipes do PSF

Muitos profissionais que atuaram e ainda atuam na rede de atenção básica, dentre estes, enfermeiros, pediatras, gineco-obstetras, clínicos gerais e cirurgiões dentistas, foram admitidos em concursos anteriores pela Prefeitura de Fortaleza. Nas palavras de Frota (2008), no período anterior à expansão de 2006 das equipes de Saúde da Família,

(...) as atuações dos enfermeiros eram restritas aos programas de saúde o que fazia com que estes profissionais delimitassem seus atendimentos segundo suas aptidões e habilidades no manejo de cada programa. Os cirurgiões dentistas operavam exclusivamente na clínica odontológica, inclusive aqueles da ESF. Ações de promoção da saúde, de caráter preventivo e coletivo inexistiam. Existiam ainda

agentes comunitários de saúde nas unidades que não eram UBASFs, estes operavam totalmente desconectados de qualquer profissional das unidades. (P.47).

Em 2005, ano anterior à expansão da ESF em Fortaleza, coexistiam visivelmente dois modelos de atenção básica à saúde, pois das 89 Unidades Básicas de Saúde, somente 26 eram Unidades Básicas de Saúde da Família (FORTALEZA, 2006).

Com a chegada dos novos profissionais, por concurso, houve maior evidência da existência de práticas diferentes, contudo houve uma personalização dos trabalhadores, símbolo dos modelos. Os entrevistados trazem a produção de uma cisão entre profissionais '20 horas'³² e os profissionais concursados para a ESF.

Segundo uma das coordenadoras do grupo focal, os profissionais do PSF³³ foram identificados como os salvadores do sistema de saúde e os '20 horas' ficaram desvalorizados.

Lá tinha muito esse negócio de quem é do PSF e quem é de vinte horas, que a minha unidade era básica, ah é terrível, então o pior que o **PSF chegou como estrela, a salvação da lavoura** né "eu sou do PSF" e já foram recebidos com aquele coquetel lá no hotel, tudo chic e passaram aquela semana lá e **os coitados de vinte horas nem sequer um agradecimento por ter segurado a barra esses anos todos**, então eles se sentiram muito desvalorizados e essa desvalorização refletiu muito, eles se revoltaram aí diz assim: "eu não sou PSF, manda fazer o do PSF" aí o PSF diz assim: "eu não vou fazer não porque é área descoberta" aí ficava né no meio, aí eu digo: e agora? - GF Coordenador CSF.

Por esta fala e outras, é trazida a importância de integrar diferentes agentes dos serviços de saúde para a criação de um trabalho compartilhado e não fragmentado. Restou demonstrada a importância de problematização do novo projeto de atenção primária ter sido abordado e aprofundado por agentes diversos, mesmo com uma cultura organizacional e concepções divergentes ao novo projeto³⁴, até mesmo para produzir mudanças mais consistentes.

³² Funcionários da Prefeitura de Fortaleza que atuam na rede de atenção básica por meio de concursos anteriores ao de 2006. Convencionou-se referi-los de '20 horas' devido este ser o valor da carga-horária que trabalham nas unidades de saúde

³³ Os entrevistados ainda referiam-se à Estratégia Saúde da Família como um programa como sua primeira configuração em 2004.

³⁴ Esses profissionais '20 horas' poderiam fazer a opção por criar ou agregar-se a uma equipe de Saúde da Família, ou mesmo ser profissional retaguarda para as equipes mínimas, trabalhando numa mesma lógica,

Pareceu-me, pois, que esta cisão entre trabalhadores agregou pouco, imprimiu conflitos e minimizou o debate sobre as mudanças na atenção primária de Fortaleza. É uma realidade que reflete no seguinte posicionamento, em que uma gestora disse que o PSF pode ser contaminado pelos '20h', os 'cheio de vícios':

O PSF versus vinte horas que já estava há algum tempo com vícios, tem muitos viciados com horário, viciados com dia, viciados com várias coisas em que o coordenador porque tem que driblar porque senão o PSF também vai na onda dos vinte horas. GF Regional.

Pensamentos como este podem fortalecer, em vez de ensejar compromissos, a competição, estigmatização e segregação. E, se assim o for, não contribui para o fortalecimento do SUS, nem mudança de modelos. Muito menos está na direção da democratização, nem de edificação de sujeitos.

Se o leitor observar um pouco mais o posicionamento da coordenadora e o da gestora regional, observará que a primeira (coordenadora) colocou os '20 horas' numa posição de vítimas e critica a visão dos profissionais da Saúde da Família como os 'salvadores' do sistema de saúde, afirmando que eles se posicionam em lugar de destaque (eu sou do PSF). A gestora regional inverte esses lugares, pois, para ela, os '20 horas' são ativos, imprimem suas regras e são, de certo modo, perigosos, pois o 'PSF entra na onda', ou seja, são susceptíveis aos 'vícios'. Como percebo esses posicionamentos? Apesar de capazes e desejosas de encontrar outras soluções, as gestoras não aprofundaram a temática. Sobre essa superficialidade na leitura da realidade, uso as palavras de Góis (2005) sobre a consciência transitiva ingênua em Paulo Freire: "Sua captação da realidade se baseia na simplificação dos fatos, pois não investiga, nem se aprofunda nas causas. Vê a realidade de maneira estática. Atua emocionalmente e tira conclusões rápidas e superficiais". (GOÍS, 2005, p.108).

mas com funções diferentes. Por exemplo, um ginecologista que atua na unidade poderia ser uma referência para pré-natais de risco das mulheres de 3 ou 4 equipes de SF que estão lotadas naquela mesma unidade de saúde, e não ser um ginecologista que atende mulheres sem priorização e sem discussão com as equipes. Ou mesmo esses profissionais podem ser referência para a população que não é coberta por equipes mínimas, mas está na área de abrangência da unidade, portanto, da responsabilidade de todos os profissionais. Digo ainda que a preparação da rede básica para a ESF também precisa agregar o apoio técnico e administrativo nas unidades, e até mesmo de alguns gestores que possuem pouca experiência e compreensão sobre a ESF.

Pela minha vivência, contudo, posso acrescentar que essa cisão não foi homogênea em todos os centros de Saúde da Família da capital. Em algumas unidades, a integração se deu desde o início, e, em outras, buscou-se reverter esta cisão entre os trabalhadores da rede. Esta afirmação condiz com outra análise trazida por uma gestora regional:

É claro que não é só a chegada deles que isso se transforma, mas nós precisamos no passado e hoje no presente ainda pegar esses profissionais e essas pessoas veteranas que estão na atenção básica e associar, tentar mudar conceitos, sensibilizar essas pessoas. GF Regional.

Ela traz a própria responsabilidade em integrar os profissionais. Nesse trecho, percebo uma tentativa de superar o discurso estigmatizante dos '20 horas', pois avança para uma síntese entre passado e presente.

Portanto, sobre esta questão, há divergência nos discursos: uns apontam para uma superficialidade na interpretação do problema, outros conseguem se perceber responsáveis pelos problemas da gestão.

Aqui faço uma reflexão sobre velocidade de processos da gestão e reflexão sobre estes. Muitas políticas e ações de grande envergadura foram iniciadas na gestão estudada, certa ebulição no setor saúde estava ocorrendo na cidade com a experimentação de novas políticas e ações, como algumas já citadas. Essas foram consideradas pelos entrevistados como importantes, mas que deveriam ter possuído maior participação e diálogo em sua criação e aplicação. Pareceu-me, portanto, que em alguns processos da gestão a velocidade de implantação não é a mesma da reflexão e apropriação.

O que fazer diante deste descompasso da implementação de políticas com o tempo para o aprofundamento político, conceitual e prático destas? Penso que é preciso associar ambas (ação e reflexão) para evitar a desintegração (ideal e real) e o propósito de qualificação do sistema de saúde não ser apenas de um grupo seletivo, aliás, porque, se assim o for, estará tendendo para a fragilidade da mudança. Também penso, no entanto, podendo ser avaliada como incoerente, ser impossível só iniciar um processo quando todos estiverem de acordo, principalmente numa rede de mais de 6000 trabalhadores envolvidos. Dialeticamente algumas sínteses só são possíveis arrimados uma mudança no real e geram-se aprendizagens diante das dificuldades. Contudo, é indispensável

numa gestão, contudos, criar movimentos de avaliações e planejamentos numa permanente produção de consensos.

1.9. Todo o Estado e a Capital: ressignificação da ESF

Ainda sobre a chegada dessas novas equipes da SF, outras questões foram levantadas pelos informantes da pesquisa. Dentre eles, a diferença sentida pelos trabalhadores ao trabalhar na ESF na capital e em outras cidades do Estado do Ceará³⁵:

Logo a maior parte deles veio do interior né, onde faziam o PSF com muito mais facilidade, com maior entrosamento e com menos dificuldade, então assim, eles estranharam um pouco quando chegaram aqui a questão da dificuldade de resolver as questões, como eles tinham isso tão fácil no interior. - GF Coordenadores CSF

Houve, portanto, um estranhamento dos profissionais em ‘fazer PSF’ em Fortaleza³⁶. Segundo Frota (2008),

(...) as equipes recém chegadas apresentaram alto grau de motivação e vontade de atuar em Saúde da Família. Os profissionais detêm expertise, pois trabalharam em diversos municípios do interior do Ceará, anteriormente à efetivação em Fortaleza. A cada dia que passa, entretanto, as equipes têm levantado questionamentos em relação à implementação da Estratégia na capital.. (P.15).

Muitas dificuldades se somaram para este questionamento dos trabalhadores: cobertura insuficiente, mesmo com ampliação do número de equipes; retardo no chamamento dos agentes comunitários de saúde (ACS) classificados em seleção pública, o que fez os profissionais atuarem com número ínfimo de ACS's; serviços organizados na lógica do pronto atendimento, dentre outras de ordem da organização do sistema de saúde. Um agravante dessa diferença, no entanto, cidades do Ceará e Capital é a realidade da periferia da Fortaleza, onde a miséria é extrema e há problemáticas bem aguçadas, como uso de drogas, educação e violência urbana.

³⁵ A Estratégia Saúde da Família nacional tem como uma de suas origens a experiência do Ceará, especialmente em Quixadá, em 1994, cidade que possuía, nesse período, o mesmo secretário de saúde da experiência de gestão aqui estudada. O então Programa Saúde da Família foi rapidamente incorporado nas diversas cidades do Estado do Ceará, mas houve um retardo significativo na implementação da ESF em Fortaleza. (FORTALEZA, 2005).

³⁶ Escutei, em diversos momentos como preceptora de território, a seguinte afirmação: “Aqui em Fortaleza não fazemos PSF”. A primeira vez que escutei essa frase foi em novembro de 2006, em oficina que facilitei sobre Acolhimento na Secretaria Executiva V. Naquela época fiz a seguinte reflexão: o que é fazer PSF? Qual a diferença entre demais cidades e a Capital?

“Tinha pobreza do interior, mas uma pobreza diferente, né? No interior. E não tem essa violência que tem aqui. Então as pessoas, elas têm... elas criam a galinha, elas têm aquela cultura,... alguma coisa... Então, às vezes com um salário mínimo no interior dá pra pessoa viver muito melhor do que aqui... que ela tem que pagar transporte, ela tem uma série de coisas. Então é diferente. A pobreza aqui na cidade, ela é mais complicada por isso, porque envolve mais coisas... e a violência é maior, né? A violência... a educação... (Médico). (Apud, FROTA 2008 p. 75).

Fica para mim evidente a imagem de um modelo ideal do que seria Saúde da Família entre esses profissionais. Considero que essa representação do ‘ser PSF’ não é apenas conceitual, mas, principalmente, pela experiência vivida como trabalhador em outras cidades de pequeno e médio porte. A lógica de transposição de práticas é percebida como impossível, tanto pelas condições de vida do morador, como pelas dificuldades na organização do SUS em Fortaleza.³⁷ E o que produz? Sentimento de angústia e ansiedade entre os profissionais³⁸. Eis uma situação-limite.

Uma das formas de superação parece ter sido a própria chegada dos agentes comunitários de saúde³⁹.

Quando chegou o agente de saúde, o maior número de agente de saúde já deu pra se retomar mais a questão do programa Saúde da Família, que eu acredito como sendo realmente uma estratégia que o município adotou e que realmente é a estratégia que responde e vai poder responder quando for 100% de cobertura. - GF Coordenadores de CSF.

Interessante é observar que, apesar do estranhamento inicial das equipes com a realidade de Fortaleza, há uma ‘retomada’ da lógica da estratégia que não é como no restante do Estado, mas pode formar caminhos para responder a organização do processo de trabalho das equipes, e isto necessita de reflexão, como disse uma coordenadora: *‘precisava ser revisto’*. Por fim, considero que se apresenta uma necessidade de superação, transposição das barreiras históricas que dificultam uma prática de saúde voltada para as necessidades da população. Para não estagnar na queixa

³⁷ O Estado do Ceará possui 184 municípios com estimativa de 8.450.527 habitantes em 2008. Apenas o Município de Fortaleza agrega cerca de 2.473.614.

³⁸ Termo utilizado para significar o sentimento dos profissionais e observado por mim em minhas idas às unidades de saúde e em reuniões sobre a ESF.

³⁹ Os agentes comunitários de saúde são os profissionais, segundo a Portaria 648/GM, de março de 2006, que possuem a atribuição de buscar a integração entre a equipe e a população adscrita. São considerados indispensáveis para a efetividade na Estratégia de Saúde da Família.

de não fazer PSF, seria imprescindível assumir o desafio e tentar superá-lo. Portanto, eis a importância do sujeito individual e coletivo.

1.10. Outros aspectos trazidos sobre a ESF em Fortaleza

Quanta à Saúde Bucal, coloca-se como grande avanço: ‘nova cara’. Aliás, não havia equipes de Saúde Bucal em Fortaleza, muitas ações coletivas, clínicas, pesquisas, dentre outras; contudo, também há uma crítica quanto à necessidade de maior apropriação dos profissionais odontólogos quanto à sua importância na ESF.

A saúde bucal em Fortaleza hoje tem outra cara, aí sim vai de certa forma né, e essa cara que ta tendo ela se deve pelo trabalho que a gente fazendo né, então assim, isso é um fato que eu acho que isso nos move, a possibilidade de fazer, de construir isso é muito saudável.

(Gestora Regional)

A inserção do dentista que assim, foi um ganho grande também e também eu vejo como negativo e que eles também precisam batalhar mais pra se inserir, porque eles brigaram tanto pra ta dentro desse PSF e de repente eles mesmo não tão fazendo justo né o que é pra ser feito

(Coordenador)

Outra dificuldade são as equipes incompletas e manutenção da prática de pronto atendimento. As 300 equipes tiveram redução do número de profissionais durante esses dois anos e meio, principalmente médicos. Esse tema será trazido adiante. Aqui apenas faço referência à dificuldade de incitar a mudança de modelos que é trazida ainda com muitas dificuldades de mudança de lógica e prática, e, por fim, ausência de ética, em razão da influencia de interesses políticos.

Então a gente quer queria quer não nós saímos entres aspas com o PSF de pronto atendimento, mas ele ta quase um pronto atendimento de uma forma de gestão e a gente continua ainda sabe, tem uma estratégia do PSF que pelo menos a minha unidade como ela não é completa a gente ainda não conseguiu ir pra promoção de saúde, pros trabalhos em grupos pra desenvolver a estratégia que é bonito, a gente ainda continua atrelado numa grande demanda – GF Coordenadores.

O que é que você quer? "Doutor eu quero ir pro oculista, eu tou precisando, eu tou com problema de vista", enfim, ele faz aquele encaminhamento muitas vezes até desnecessário né ou às vezes até por fins políticos também e do próprio gestor né, falta de perfil também do próprio gestor. – GF Coordenadores.

Traduz, portanto o que uma gestora regional afirmou sobre a ESF: “o Saúde da Família não foi substitutivo aqui em Fortaleza, a gente não pode dizer hoje que a atenção básica que de fato é saúde da família, (...) temos o modelo clássico que ainda ocorre”

Destaco, porém, o fato de que, apesar de diversas outras dificuldades citadas, como ausência de transporte para visitas domiciliares, dificuldade de organizar agenda pela quantidade de campanhas e metas, demandas de cidades da região metropolitana, dentre outras, há a coexistência de modelos e uma tentativa de tornar a ESF mais preponderante. O mais relevante, o objetivo-fim do trabalho em saúde, aparece no entremeio de falas, de que há, sim, pessoas comprometidas, que se constituem como equipes e proporcionam mudanças.

A vida dos pacientes portadores de TB, o acúmulo que a gente tem hoje eu acho que é o resultado disso, a fuga deles é porque antigamente eles não tinham remédio, não tinha o tratamento e eles desacreditavam, hoje em dia como a coisa tá mais organizada, eles começam a re-acreditar, eles começam a reaparecer. (Coordenadora).

Enfim, a Estratégia de Saúde da Família aparece como um grande desafio em Fortaleza, mas também como possibilidade de uma nova configuração do sistema de saúde, incorporando novas concepções do processo saúde doença e diferentes práticas e tecnologias no trabalho em saúde.

Para tanto, é preciso garantir maiores graus de autonomia às equipes e gestores do âmbito local. E, para que isto aconteça, é indispensável repensar a organização do processo de trabalho em saúde de Fortaleza, principalmente quanto ao entaves das relações entre diferentes instancias da gestão, as quais mantêm diversas contradições e a manutenção de práticas tradicionais da gestão junto com estratégias e políticas inovadoras.

PARTE II – A PRÁTICA DA GESTÃO EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM FORTALEZA

2.1. A Polarização entre ‘gestão humana’ e ‘coisas materiais’

Gestão humanística e gestão humana foram expressões utilizadas para definir a gestão por um coordenador e diversas vezes reeditada no grupo focal. Imagino que uma gestão humana se refere à opção pelas pessoas, onde se criam espaços para a expressão subjetiva, para o diálogo, reflexão e conhecimento, para o cuidado na atenção à saúde.

Eu acho que a gestão ela foi muito boa na **questão humana** certo, **crecemos muito** na busca pela capacitação, pelo saber, ela investiu muito nisso e isso eu acho que foi o grande passo e diferencial dessa gestão (...). GF coordenadores CSF.

Este ‘investimento’ traz a valorização do humano nos espaços sociais, trabalho e política, o que pode favorecer uma mudança na perspectiva democrática e coletiva. Este ‘diferencial’ é acompanhado de um ‘crescemos muito na busca’. Reforçando a ideia de que uma gestão em saúde precisa estabelecer espaços de formação de sujeitos (ser humana), mas isso perpassa também pelo interesse das pessoas, as quais, quando caminham para assumir-se como sujeitos, ‘buscam’ e ‘crescem’, apropriam-se⁴⁰.

Ainda reflito, contudo: esta busca perpassou por interesses individuais ou coletivos? Por compromissos históricos ou pelas necessidades pessoais? Até que ponto o ‘nós crescemos na busca do saber’ é uma atitude apenas encastelada nos egoísmos do si mesmo? Há motivações de contribuir com a dimensão social? Deduzo que muitas vezes a motivação de aprender ou incorporar novas tecnologias da gestão e assistência à saúde parte do interesse individual; contudo, mesmo que a princípio não haja identificação e responsabilidades com um projeto coletivo, penso que se os espaços ofertados (para este ‘crescimento’) incorporar métodos dialógicos, interativos e participativos, os quais são condições para a conscientização, serão possíveis significações de onde surja o cocompromisso com a realidade. Em suma, o que motiva a

⁴⁰ Para Vygotsky (1991), a finalidade da aprendizagem é a assimilação consciente do mundo mediante a interiorização gradual de atos externos e suas transformações em ações mentais. Maneiras diversificadas de pensar são construídas, via apropriação/internalização do saber e do fazer. Essa apropriação da realidade pelo indivíduo, quando acompanhada de um aprofundamento crítico e da ação, favorece a constituição de sujeitos históricos.

referida busca (capacitação, saber), questões individuais e/ou coletivas, torna-se irrelevante quando entendermos a importância de problematização como facilitadora do aprofundamento da consciência. Como disse Freire *“Reencontra-se como sujeito e libertar-se, é todo o sentido do compromisso histórico”*. (1987, p.09).

No caso de Fortaleza, os informantes da pesquisa referenciaram-se à criação de espaços para a participação, como foi dito por uma coordenadora sobre as Rodas da Gestão:

Eu tou participando dessa gestão e não participei da gestão em Fortaleza, **tou vindo do interior, mas eu acredito que é uma gestão que é bastante participativa**. Essas questões dessas rodas que houve em nível de roda até com a coordenação geral da secretaria né, a atenção básica, isso é muito importante porque **abriu um diálogo**.

Ela não se autoriza avaliar, a partir da história, que não participou, pois estava trabalhando em outras cidades, mas sua experiência atual permite uma avaliação da gestão como participativa e dialógica.

Para outra coordenadora, a revitalização dos conselhos locais e regionais de saúde⁴¹ foi outro movimento de fortalecimento da participação:

(...) revitalização do conselho, o vínculo novamente com a comunidade, de trazer a comunidade pro um lado participativo e que era uma grande construção e que era **um casamento de mão-dupla**

O casamento seria a possibilidade de edificar junto com a população o serviço de saúde. Ela diz que, quando começou a *“chamar a comunidade pra nos ajudar, reconhecendo os obstáculos, as agressões diminuíram, porque elas perceberam também que nem tudo era tão feio e que também nem tudo dependia só da gente”*; ou seja, população e trabalhadores podem estreitar relações e diminuir conflitos.

Os conselhos locais de saúde foram citados por mais membros do grupo como uma forma de ter apoio da população, mas relataram dificuldades de atuar junto com os conselhos:

Em relação a conselhos também eu vejo particularmente o conselho ainda com uma grande dificuldade, porque assim, **o que falta para os conselheiros é capacitação pra eles entenderem que eles são usuários** e não são pessoas que tem poderes nas unidades e de tomar né a vaga de usuário. GF Coordenadores CSF.

⁴¹ Movimento de implantação e fortalecimento de conselhos locais e regionais de saúde.

Sem mais informações para prolongar-me no tema, posso dizer que o fortalecimento desses espaços de participação, previstos pela Lei 8.142, incorpora diversos desafios para o exercício da cidadania, da cooperação e integração entre profissionais e população, tanto no caso citado de não-entendimento do papel de conselheiro local, como também das dificuldades do serviço em valorizar a participação da população junto com os profissionais (CREVELIM E PEDUZZI, 2005)

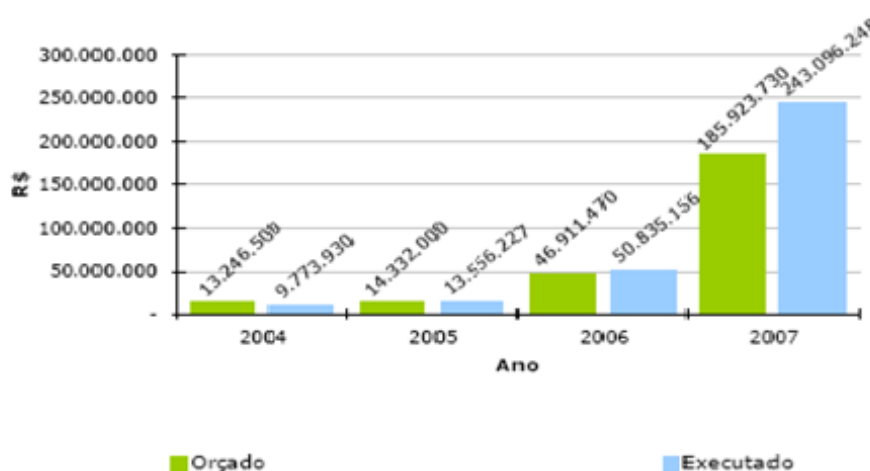
De modo geral, houve o consenso da relevância de uma gestão humana e participativa, no entanto, esta caracterização apareceu com uma constante contraposição, principalmente no discurso dos coordenadores – as condições materiais:

A gente tá falando muito aqui dos pontos positivos, a gente sabe que o **caráter humanístico realmente foi o ponto principal. Mas, em contrapartida, faltaram as coisas materiais** que a gente ta discutindo aqui, falta de condições de estrutura na unidade, ar condicionado e uma série de coisas. (GF Coordenadores.

Vários problemas foram relatados quanto à estrutura, retaguarda de manutenção, suprimento de fundos, dentre outras condições para o trabalho e oferta de serviços de saúde à população. Antes de prosseguir na interpretação, faço breve contextualização sobre o investimento financeiro da gestão referida.

Em comparativo por fonte orçamentária, há uma ascendência na variação percentual de investimento no setor saúde do ano de 2004 em relação ao de 2007. Neste período, houve um incremento de 64,71% dos recursos do tesouro municipal, 58,71% de transferências – SUS, e 230,78% de recursos de convênios com o Ministério da Saúde para obras, reformas, aquisições de equipamentos e capacitações (FORTALEZA, 2008). A ilustração a seguir demonstra este aumento no orçamento e na execução financeira de Fortaleza com relação à rede de atenção básica à saúde.

Gráfico 1 – Comparativo da Execução Orçamentária do Programa de Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família nos anos de 2004, 2005, 2006 e 2007.



Fonte: Balanço Geral da Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2004, 2005, 2006 e 2007.

Apresenta-se um investimento significativo na atenção primária explicado pela ampliação das equipes de Saúde da Família, reformas em unidades de saúde, compras de equipamentos e insumos. Pergunto, então, se houve aumento expoente no investimento físico-financeiro em ações e serviços públicos de saúde, o que mantém a queixa dos coordenadores de saúde e, por certo, dos profissionais de saúde e usuários sobre questões infraestruturais? Corroboro alguns pontos: 1) como sabido, o financiamento do SUS na atualidade é um dos principais desafios do SUS, portanto há dificuldades, principalmente para as capitais, em gerenciar os recursos diante das necessidades (SANTOS, 2007; CAMPOS, 2007) 2) Fortaleza possui um déficit muito alto quanto à oferta de serviços de saúde, então ainda são necessários muitos investimentos para aumentar a capacidade instalada das redes de saúde e; 3) suponho que em Fortaleza houve grandes impactos em termos de investimento em grande escala, mas houve dificuldades quanto à gerência do cotidiano.

Sobre esta última hipótese, informo que a causa referida pelos coordenadores sobre a inexistência de algumas condições de trabalho (coisas materiais) foi a ‘falta de planejamento’. Considero que a cultura de planejamento ainda não está erguida nos CSF de Fortaleza, seja pela assunção da Estratégia de Saúde da Família ser recente e ter muitas dificuldades⁴² (muitas delas citadas anteriormente), além da baixa autonomia dos

⁴² “Segundo os profissionais, apesar da não utilização sistemática para análise e planejamento, algumas condições sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas da clientela

CSF em gerenciar recursos e definir necessidades, como surgiu de diferentes formas no grupo focal dos coordenadores.

O foco da crítica ao planejamento, no entanto, não foi sobre a ausência de uma racionalidade estratégica (TESTA, 1995), nem comunicativa (RIVERA, 1999). O que esteve em discussão foi a operacionalidade da gestão em ofertar suporte às atividades diárias das unidades de saúde.

Há no plano de fundo uma estrutura administrativa com sérias dificuldades de garantir a agilidade dos processos da gestão. Por exemplo, em algumas situações, mesmo quando se priorizavam objetivos e definiam-se responsáveis para as ações (atitudes básicas do ato de planejar), mantinham-se dificuldades em efetivar a decisão. Como possível solução de análise e qualificação do sistema gerencial, criou-se um setor de inteligência da gestão que deveria articular as assessorias e setores de planejamento, jurídico, comunicação, financeiro e administrativo (FORTALEZA, 2006). Originaram-se iniciativas na direção de estudar os fluxos de processos licitatórios, reuniões para definição das responsabilidades da secretaria temática e das regionais, consórcio entre regionais para apressar a compra de materiais e reduzir custos. A velocidade destas iniciativas de mudanças estruturais, contudo, parece ter sido mais lenta e menos resolutiva do que outras ações interpretadas como humanas pelos informantes desta pesquisa.

Assim, as necessidades imediatas dos serviços foram vivenciadas com sofrimento que, também perpassa a própria desumanização no trabalho, se se entender que ela inclui a ambiência e as condições de trabalho como critérios de qualidade (BRASIL, 2008). Que reflexões posso realizar sobre a formação de sujeitos nesta polaridade humana-estrutura? De imediato, penso que há uma análise eminentemente empírica e simplificadora dos fatos, como ocorre na consciência transitiva ingênua (FREIRE, 1980; GÓIS, 2005).

Parece haver uma aderência dos coordenadores à realidade. Eles possuem dificuldades para abstrair a necessidade imediata e criar outras explicações para a situação que traz ‘incômodos’ ao trabalho. A ‘falta de planejamento’ foi diretamente a única explicação sobre o fenômeno e expressa como algo externo aos próprios

são conhecidas e levadas em conta para a discussão e elaboração de estratégias locais” (FROTA, 2009, p.37)

coordenadores, que delegaram a responsabilidade às outras instancias da gestão (regionais e/ou SMS). Esta minha crítica advém do entendimento de que, mesmo com a autonomia reduzida, os coordenadores são agentes que fazem parte do cenário da gestão.

Além disso, interpreto como uma contradição no discurso esta polarização entre a gestão humana e a gestão que não oferta as ‘coisas materiais’. Como uma gestão é humana, se não oferece as condições instrumentais para o trabalho? Os informantes da pesquisa entendem a dimensão humana por questões subjetivas, relacionais, aprendizagens, participação. Condições de infraestrutura no trabalho foram excluídas quando se pensa numa gestão que privilegia as pessoas.

(...) devemos lembrar a existência de um primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, a saber, que os homens devem estar em condições de poder viver a fim de fazer história. (...) O primeiro fato histórico é, pois a produção dos meios que permitem satisfazer as necessidades, a produção da própria vida material; trata-se de um fato histórico, de uma condição fundamental de toda a história, que é necessário, tanto hoje como há milhares de anos, executar dia a dia, hora a hora, a fim de manter os homens vivos. (MARX E ENGELS, 1977, p.14)

Com amparo neste referencial, há inseparabilidade entre o sujeito e objeto. Para Vygotsky, segundo Kohl de Oliveira (1995), a relação do homem com o mundo não é direta, e sim mediada por instrumentos e signos. A mediação por instrumentos é o fato de que as pessoas se relacionam com as coisas do mundo usando ferramentas, ou instrumentos intermediários, para realizar a mediação entre a ação concreta sobre o mundo. Os signos são formas posteriores de mediação, que fazem uma mediação de natureza semiótica ou simbólica; ou seja, tanto os instrumentos, como os símbolos são mediadores da relação homem-mundo.

Portanto, as condições instrumentais são também indispensáveis para o fortalecimento das pessoas como sujeitos do trabalho. De acordo com Góis (2008)

É impossível falar de interações instrumentais sem falar de interações comunicativas, posto que, necessariamente, uma não ocorre nem se desenvolve sem a outra. Por mais que a interação comunicativa se dê sem precisar dos objetos da realidade, mediante o uso de imagens e de símbolos, esta requer, de algum modo, imediata ou imediatamente, o enlace com a própria interação instrumental (...). O mesmo se aplica à ação instrumental, quer dizer, quando se realiza sem cooperação e diálogo, os laços existente entre o instrumento, quem o

almeja e a realidade concreta, ficam enfraquecidos, assim como a visão crítica do morador com relação a si mesmo e ao mundo, ao processo social e produtivo da comunidade e ao conjunto da sociedade. (P.92)

Ambas as condições não se encontram isoladas uma da outra. O hiato trazido pelos informantes demonstra uma incoerência na avaliação da gestão, contudo, traz o quanto a adoção de políticas estratégicas estruturantes, como a de humanização, educação permanente e cogestão, teve maior impacto positivo na avaliação da gestão do que as mudanças ocorridas quanto na estruturação física e material do sistema de saúde, a qual se apresentou como o que ‘faltou’ na gestão.

O que também estaria motivando, contudo, os coordenadores a imprimir esta ênfase nas condições de trabalho como limite da gestão? Para compreender um pouco mais, afirmo que o lugar do discurso, o cotidiano das unidades, tem forte influência sobre esta avaliação da gestão. Os coordenadores de CSF lidam com as necessidades mais imediatas, tanto dos usuários, como dos profissionais. Segundo um gestor de uma regional, *Não é fácil ser coordenador de unidade, (...) enfrentando as faltas ali concretamente, porque a gente sabe que falta, mas eles lá sentem a falta do material.*

Apresenta-se uma diferença crucial: saber e sentir. Quem trabalha na regional traz as próprias dificuldades, mas compreende uma diferença singular entre o *saber* que falta no serviço e o *sentir* esta ausência. São aspectos que referenciam os lugares que cada personagem assume na gestão. Quem está na regional não sente, apenas sabe? Lógico que não, como eles dizem: *também estamos no meio*, entre SMS e Unidades de Saúde. Questões imperativas para compreender a autonomia na Gestão de Fortaleza.

2.2. As relações entre as diferentes instâncias da gestão

A atual estrutura administrativa de Fortaleza advém de duas reformas administrativas. A primeira foi em 1997 e a segunda em 2001, com a intenção de aprimoramento. Ambas as reformas ocorreram na gestão do Prefeito Juraci Magalhães, com a justificativa do alto crescimento da Cidade nos últimos anos e a necessidade de descentralização mediante regionalização, aproximando a Administração Pública municipal da população (ANDRADE, 2006).

Hoje o desenho administrativo do Município é composto por estruturas de apoio, como Procuradoria Geral do Município, Gabinete da Prefeita e secretarias temáticas e

regionais. As secretarias temáticas são: Turismo; Esporte e Lazer; de Defesa do Consumidor, Assistência Social, Planejamento e Orçamento; Saúde; Educação; Meio Ambiente e Serviços Urbanos; Desenvolvimento Urbano e Infraestrutura; Finanças; Desenvolvimento Econômico; Administração.

As seis secretarias executivas regionais (SER), instâncias executoras, possuem um secretário executivo ('prefeito regional') que administra seis distritos (saúde, educação, assistência social, infraestrutura, meio ambiente e finanças). Cada distrito possui um 'chefe de distrito' que atua como secretário setorial da regional.

A relação entre secretarias temáticas (saúde), regionais (distritos de saúde) e serviços de saúde foi vista pela necessidade de maior aproximação da dinâmica/cotidiano do trabalho entre diferentes níveis de gestão; ou seja, solicitam que as pessoas que trabalham na SMS conheçam a realidade das regionais e das unidades de saúde ("*O que faltou mais a nível central é descer pro nível local*"), tanto pela necessidade de apoio, como também para a maior contextualização evitando as '*coisas de cima pra baixo*'.

Houve coordenadores e gestores regionais que referiram também a importância dos profissionais e gestores da regional "*estar mais presente no cotidiano da unidade, não só em dia de campanhas*". Um exemplo vem da queixa dos coordenadores sobre a "retroalimentação das informações". Dizem que o nível central tem a "*grande cobrança de passar as informações*" (indicadores e produtividade), mas não há retorno para os centros de Saúde da Família quanto ao processamento destas. Posso dizer, nesse caso, que há ênfase na tarefa e não no produto, que é gerar ferramentas para o trabalho planejado das equipes.

Enfim, me refiro a Andrade (2006), quando ressalta que o desenho administrativo de Fortaleza, mesmo com as intenções nobres, traz consigo dilemas:

O conflito de poder em Fortaleza ocorre em três esferas: das secretarias centrais, intersetoriais, com os seus coordenadores setoriais; das secretarias centrais com os secretários regionais e das coordenações setoriais com os secretários regionais. As secretarias centrais sentiram dificuldade de articular as coordenações regionais, que têm sua base setorial construída historicamente, e diálogo direto entre outros níveis de governo, como é bastante visível no caso da saúde. E tanto as secretarias centrais com as coordenações setoriais tiveram dificuldade em aceitar o grau de autonomia, até mesmo de planejamento, das secretarias regionais, sendo visível o dilema entre o planejamento regional e o planejamento central, quem planeja e quem executa. (P.278).

Os conflitos de poder, além de indefinição dos papéis (quem planeja, quem executa) é posto como dilema, que é apresentado pelos entrevistados desta pesquisa através das distâncias e, ao mesmo tempo, pela interdependência entre as três instâncias da gestão.

Apesar das críticas ao processo de trabalho, paradoxalmente indicaram que há também uma aproximação entre os agentes da gestão:

(...) a gente tem essa facilidade de chegar pras pessoas e as pessoas também tem facilidade de chegar pra nós e perguntar o que ta acontecendo e até de criticar e a gente às vezes até dizer é, de fato existe um problema, mas a gente ta trabalhando pra que não aconteça mais, então existe proximidade e é por isso que talvez as coisas sejam melhores. GF Regional.

Esta '*facilidade de chegar*' melhora as tensões do trabalho por compartilhar as dificuldades. A categoria que mais expressa esta aproximação entre as pessoas foi definida por "acesso":

O coordenador tinha acesso ao chefe da atenção básica (responsável pela atenção básica na regional) que tinha acesso ao chefe de distrito, não existia aquela coisa do profissional chegar e ter o acesso direto ao chefe de distrito, tinha que ser uma coisa hierárquica, então assim, hoje não.

O acesso ficou mais fácil, a nível central, a gente pra ter um acesso alguém daqui era super complicado e hoje em dia não, você tem acesso até os secretários, se você quiser né. GF Coordenadores CSF.

Há, pois, entraves no processo de trabalho entre instâncias da gestão, mas ampliou-se a comunicação entre vários agentes do sistema de saúde – fator importante que indica uma diminuição da hierarquização, pois, apesar das amarras burocráticas e da existência de relações de poder, houve maior flexibilidade entre os diversos gestores de serem procurados diante das dificuldades, independentemente do local de trabalho e dos meios de comunicação, desde secretário ao coordenador do centro de Saúde da Família.

Neste sentido há um avanço na mudança de modelo da gestão. O desenho administrativo ainda dificulta a integração, operacionalização das políticas e a distribuição do poder, contudo indicaram maior horizontalidade tensionada pela

formação de vínculos (“*essa parte de relacionamento eu acho que ficou muito boa*”), provavelmente também fomentado pelos espaços criados de compartilhamento do trabalho (abordado na Parte III desta análise).

O acesso, neste caso, permite a interação de agentes e sugere maior democratização da gestão e, por conseguinte, de existência de terreno para a participação. Aliás, como já expressei, o adjetivo ‘participativa’ também foi usado para caracterizar a gestão de Fortaleza: “*a gente se sente bem porque ta numa gestão participativa que ouve, que deixa ouvir e que estimula as pessoas*”. Porém:

(...) mas a gente sabe **ainda que existem algumas coordenações locais de unidade de saúde que tem essa dificuldade de permitir que as pessoas opinem e que ela seja gestora**, mas que possa abrir mão de decisões por coletivo da unidade, existem essas dificuldades. E tem também profissionais que querem esse direito de voz, de falar, de opinar, de dizer sim e dizer não, mas que não usam isso bem, porque na hora que se coloca então, vamos lá, qual a sua sugestão? Qual a sua proposta? Faça! E as pessoas recuam, por que é melhor colocar responsabilidade na dificuldade do coordenador e não na sua autonomia e liberdade pra fazer ou dizer o que pensa.- GF Regional.

Alguns se apropriaram, exercitam e proporcionam o direito à cidadania, à voz e à escuta, mas existem pessoas que concentram as decisões e outras que apenas usam da participação como discurso, pois não assumem a corresponsabilidade, consequência inerente à participação.

Observo que o discurso democrático está incorporado pelos gestores e profissionais. A participação é experimentada com o desafio de reconfigurar valores e distribuir poderes, mas ainda existem muitos desafios para efetivar a democratização da gestão.

Ainda sobre a dimensão do acesso entre as pessoas do sistema de saúde, foi dito que não quer dizer garantia de resolubilidade.

(...) acho que existe a diferença entre o acesso e a resolutividade, eu posso ter muito bom acesso ao secretário de saúde, mas o problema é que nem sempre ele vai poder resolver o meu problema e vai continuar acontecendo aquele mesmo problema, aquele entrave, aquela trava na gestão. GF Coordenadores CSF.

Existe a intenção de resolver os problemas, mas “*às vezes fica de mão amarrada mesmo né por conta de burocracia ou qualquer outra coisa assim*”. Neste caso,

disseram que as pessoas possuem ‘boa vontade’, no entanto há a necessidade de um modelo da gestão mais ágil, flexível e resolutivo, contudo, esta boa vontade em que o problema é na ‘*burocracia*’ não foi unânime no discurso. Alguns dizem que existem pessoas com ‘má vontade’.

Sobre isto, considero que muitas vezes a percepção de que outra pessoa possui ou não vontade pode refletir uma superficialidade na análise nos processos da gestão, principalmente quando for desconectada do contexto, política e estrutura da gestão. Como venho abordando, entretanto, também esse querer e não querer podem vir a indicar os graus de sujeitos implicados com o trabalho, com o SUS.

Esta percepção do outro está também atrelada aos cargos, funções e lugares que, pelo dito na pesquisa, concluo que condicionam posicionamentos e sentimentos sobre o trabalho, e isto influencia na formação de autonomia. Em seguida, trarei um pouco deste aspecto que colabora para compreender a interconexão das instâncias da gestão.

2.3. Os limites de autonomia nos serviços de saúde

Penso ser indiscutível o fato de que as unidades de saúde são espaços privilegiados do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, do lugar onde acontece o exato momento da atividade produtiva do trabalho em saúde, onde predominam as tecnologias leves (relacionais), e a liberdade do profissional criar, experimentar e intervir (MERHY; 1997, 2002). Lugar onde há alto grau de autonomia do trabalhador em sua relação com o usuário, mas também onde se vivenciam as dificuldades concretas do sistema público e dos determinantes e condicionantes de saúde. Portanto, há elevado grau de autonomia em alguns aspectos, mas noutros exige-se suporte organizacional, interação de profissionais, retaguarda técnica, instrumental e pedagógica, dependente de outros serviços e do trabalho de instâncias administrativas.

Em síntese, a autonomia nos serviços de saúde mantém dependência de outras estruturas e agentes, os quais também dependem das unidades de saúde. Em situações de interdependências, há limites que precisam ser percebidos como forma de cuidar de si:

Ta aberto a mudança né, que tanto a gente coordenador tem que ta aberto a mudança né. Quando eu fui coordenadora dessa unidade, eu **saí um pouco angustiada e tudo e depois eu fui até procurar me reencontrar e tudo**. Eu fui perceber que, o que tava extrapolando a minha pessoa, era o meu limite, porque eu era coordenadora eu tinha

que ir até aqui, **daqui pra frente tinha outra instância que não tava me dando condições de ir até lá.** Coordenadora de CSF.

A coordenadora demonstrou seu compromisso com trabalho, porém seu interesse em solucionar problemas do serviço extrapolou seus limites. Tudo indica ter vivenciado um estresse continuado⁴³ que ela identificou e buscou avaliar sua vida pessoal e profissional para mudar. Este caso ilustra o fato de que uma gestão em saúde também precisa questionar as condições de saúde do trabalhador, principalmente aquelas relacionadas às iatrogenias do processo de trabalho. Dentre os fatores que proporcionam ‘*sofrimento*’ e que precisam ser analisados por uma gestão está vinculado aos graus de autonomia nela existentes. As dependências não são excluídas na autonomia, mas também não são criadas quando um coletivo pode ter governabilidade, por exemplo:

... Aí eu cheguei pros meus profissionais e disse: ó gente a folga tão dizendo na regional que é até o final do ano (...). Fui pra regional e levei pra regional de novo, aí até na última reunião um outro coordenador puxou e eu reforcei, eu disse: gente não dá, "**ah então vamos levar pra chefe maior pra decidir**" porque tinha sido ela que tinha dito que tinha que ter folga. GF Coordenadores.

Neste caso, é apresentada uma situação simples em que a unidade de saúde poderia tomar decisão⁴⁴. Isto demonstra a existência de decisões unidirecionais, mesmo havendo as Rodas da Gestão. Campos (2007) ressalta que

As relações de gestão muitas vezes também escamoteiam a produção de autonomia e escondem certo autoritarismo heteronímico. Decisões políticas e técnicas são dadas como verdades, e impostas, abaixadas sobre equipes e gestores de serviço como se fossem regras divinas e não resolução de certa administração. (P.682).

⁴³ “Tudo indica que o estresse continuado ou crônico, em qualquer classe social, leva também ao enfraquecimento das relações sociais e familiares positivas, e no indivíduo leva ao enfraquecimento celular e dos órgãos, além da desorganização da atividade cerebral e psíquica” (GÓIS, 2008, p.128).

⁴⁴ Em novembro de 2008, profissionais da especialização em Saúde da Família de Fortaleza trouxeram esta mesma queixa: não queriam antecipar folgas, mas o fariam pela decisão da regional e pelo medo de perdê-las. (Lembranças minhas).

Nota-se, pois, que o baixo uso dos espaços coletivos em sua efetividade para a decisão compartilhada mantém a lógica administrativa do controle, cisão entre execução e decisão. A alternativa para diminuir os equívocos, atritos e brigas é a explicitação ou contratação sobre o que caberia decidir a cada nível hierárquico da Administração (CAMPOS, 2006). Uma gestora regional diz: “*bom, existe cenários diferentes, uma coisa é nós enquanto gestão regional*”, mas isto precisaria de uma transparência no sentido de garantia da complementaridade entre esses diferentes cenários e funções.

2.4. A competição entre distritos de saúde

Os informantes da pesquisa expressaram que “*o território que a gente entende é o vínculo (...) mas, a gestão do nível central, muitas vezes, dá essa idéia de território pra gente de alcançar meta do território*”. Definem o território como dinâmico e vivo (SANTOS, 1996, 2005), conceito que também faz parte do escopo do discurso oficial da gestão. Trazem, no entanto, a contradição de algumas práticas que atuam no território apenas com a ideia de limites geográficos e populacionais ou risco epidemiológico. Acrescentam ainda que essa ‘*busca de meta*’ enseja competição e atritos entre as regionais.

Então, trouxeram exemplos, principalmente relacionados à recente campanha nacional da rubéola (2008.2). Relataram situações de equipes ou regionais terem de informar os dados de algumas vacinas realizadas ‘*para computar no computador do outro*’, pois haviam vacinado pessoas de territórios de outras regionais.

Nesses questionamentos, surgiu a pergunta: *a gente tá querendo é a meta de Fortaleza ou a meta de regional fulana ou sicrana?* Para ela, era Fortaleza, mas “*parece um limite, uma fronteira, sabe?*”. Ou seja, as regionais refletem cidades diferentes. Seis cidades numa só. E, mesmo se assim fosse, teria que haver complementaridade e contratos da gestão (SILVA, 2008; SANTOS & ANDRADE), pois a responsabilidade pelos territórios não é sinônimo de limites estáticos; é um sistema único e universal.

Neste mesmo sentido, a equidade, outro princípio do SUS, entra em questão:

(...) eu acho que existe assim uma certa dificuldade em alguns setores de compreender a complexidade das regionais e os tamanhos, muitas vezes **padroniza-se e divide-se por seis** e quando as realidades são muito diferentes. - GF Regional..

Também recorreram à uniformização de algumas orientações, seja pela ausência de algumas diretrizes (*'mesma linguagem'*), seja porque esse princípio não é cumprido pela regional e/ou unidades de saúde.

Passam por outras chegam pra você e diz "**por que lá naquele unidade tem e aqui não pode ter?**" isso eu acho que tá errado, não foi a orientação do secretário e por que todo mundo não cumpre? Por que todo mundo não faz da mesma forma? (...) acho isso importante é todo ter a mesma linguagem.- GF Coordenadores CSF.

Os coordenadores disseram que há um fluxo de informações entre profissionais que proporciona comparações entre serviços e regionais. Ainda sobre essa relação entre regionais, comentaram:

“Então você tem que fazer, tem que fazer e quando você não faz você não presta, só a regional tal que não fez, todas as regionais fizeram e **só você que não fez ou então, há fulano sempre faz e no dia que não faz é crucificado, morto e sepultado, porque existe isso aqui sabia?** Existe a rivalidade entre as regionais, rivalidade porque as pessoas nos colocam nisso”- GF Regional.

Nesta passagem, está ainda viva a lógica do controle, da produtividade e da competição das clássicas abordagens administrativas e modelos da gestão pública. De acordo com Campos (1998),

Algumas escolas apostaram mais em controles disciplinares para realizar este intento, bastar-lhes-ia a domesticação do comportamento dos trabalhadores; outras, entretanto, mais modernas e com pensamento mais estratégico, inventaram modos para modificar a subjetividade dos sujeitos, ganhar-lhes a alma. Porém, nenhuma destas correntes investe na produção de sujeitos dotados, ao mesmo tempo, de autonomia e de capacidade para contratar compromissos com outros (P. 865)

No caso citado, além da manutenção da cultura do controle na organização há uma desqualificação (crucificados, mortos e sepultados) das pessoas que não cumprem as tarefas em algum momento, no entanto, reflito sobre o modo de situar o assunto externo a si mesmo, será que as mesmas pessoas que reclamam da competição entre regionais não repetem iguais posições advindas do controle e do julgamento/moral?

(...) eu acho que às vezes **a gente também empurra o pau pros coordenadores** né, pras unidades porque a gente também fica sem

poder fazer esse processo como a gente gostaria de trazer as demandas – GF Regional.

Isso é o que outros informantes chamaram de ‘efeito-dominó’. Mesmo que haja o reconhecimento de que as demandas locais junto com os direcionamentos gerais são a equação adequada, há um enfraquecimento do que se ‘gostaria’ e a predominância da mesma lógica de cobrança, tão desconsiderada do ‘nível central’.

Há um fluxo de controles que emergem de inúmeras causas, desde o desenho administrativo a dificuldades em efetivação das Rodas da Gestão, mas também da predominância de subjetividades que reproduzem a relação oprimido-opressor. Para Freire:

Os oprimidos, que introjetam a ‘sombra’ dos opressores e seguem suas pautas, temem a liberdade, a medida em que esta, implicando na expulsão desta sombra, exigiria deles que ‘preenchessem’ o ‘vazio’ deixado pela expulsão de outro ‘conteúdo’ – o de sua autonomia. O de sua responsabilidade, sem o que não seriam livres. A liberdade, que é uma conquista, e não uma doação exige uma permanente busca. Busca permanente que só existe no ato responsável de quem a faz. Ninguém tem liberdade para ser livre: pelo contrário, lutam por ela precisamente por que não a tem. (...) é condição indispensável ao movimento de busca em que estão inscritos os homens como seres inconclusos. (OP CIT, p.18).

A imagem ideal é a do opressor, e, por assim ser, mesmo que oprimidos em algumas situações há a reprodução do padrão de comportamento que não liberta, não enseja autonomias. Portanto, além do desafio de modificar modelos da gestão, no contexto de uma sociedade contemporânea em que o tensionamento é pela homogeneidade, intolerância, isolamentos (Touraine, 2003, Santos 2006), torna-se desafio liberta-se de si mesmo com base em novos modos de relação.

2.5. Fragmentação na organização da atenção básica

Quanto à organização do processo de trabalho em saúde do Município, principalmente da rede de Atenção Básica, é expresso que há uma fragmentação.

Essa fragmentação existe em todos os segmentos, existe na regional, existe também na atenção básica (SMS) e que na hora de juntar pra somar a gente sente dificuldade de negociar. - GF Regional.

Houve crítica às clássicas ‘caixinhas’, remanescentes de modelos de saúde focalizados na doença e ações programáticas. Franco (2006) acentua que a organização da rede básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é excessivamente normatizada, reflete uma diretriz que opera na lógica das ações programáticas e impõe fortes amarras aos trabalhadores. E isso não difere muito da realidade do Município de Fortaleza, mesmo com as várias iniciativas na contramão para imprimir um novo modelo da gestão e atenção, como sugere a seguinte consideração.

A gente vê dentro da atenção básica da SMS e, não é de hoje, mas de algum tempo. **Existem muitas pessoas lá, mas elas são muito compartimentalizada mesmo, é uma equipe fragmentada,** a mulher da vacina, a menina da tuberculose, que essas pessoas nós sentimos que elas não estão contextualizadas. - GF Regional.

Penso que uma equipe não contextualizada está na direção da alienação em coletivos (CAMPOS, 2007). A alienação real é a “separação, concreta e cotidiana, dos produtores da gestão dos meios de produção e do resultado de seu próprio trabalho”. (CAMPOS, 2007, p.27). Como essas pessoas do ‘nível central’ percebem seu trabalho? Mais uma vez, meu limite em analisar em razão da ausência de informações do campo da pesquisa, contudo, o olhar dos gestores regionais e locais traz elementos importantes de análise.

Há uma malha de dependências entre esses níveis da gestão e, certamente, a fragmentação também é dada quando acontece essa ruptura na fluidez dos processos entre níveis diferentes da gestão, como comentado em páginas anteriores. Esta interdependência é vista quando asseveram que o trabalho focalizado em programas do nível central é reproduzido no desenho organizativo da regional: “*acho que ainda temos muita fragmentação dentro do próprio nível central e que isso reflete nas regionais*”. Dizem que o modo de trabalho da Secretaria de Saúde prejudica na organização do trabalho, em razão de inúmeras demandas não planejadas e dificuldades de conciliar agenda: “*a gente é bombardeado muitas vezes, isso é consequência da fragmentação de cada um ver o seu pedaço*”.

Dizem, contudo, que buscam outra lógica sob a qual todos os integrantes da equipe da regional compreendam e atuem no todo.

Tem a pessoa da tuberculose? Tem, mas elas não pensam só tuberculose, elas pensam tudo. Elas entendem do todo da gestão, elas

entendem de roda, elas entendem de tudo, elas estão em tudo, Elas representam o chefe de distrito muitas vezes quando precisa ir. - GF Regional.

Será que elas entendem de tudo? Entendem de roda? Estar em tudo, não é, necessariamente, ‘saber conhecer’ e ‘saber fazer’ tudo. Talvez, pelo fato de a equipe ser reduzida (como foi referido no grupo focal), como também porque as equipes regionais atuam no “espaço operacional”⁴⁵, há maior integração entre membros da equipe e melhor compreensão do contexto do trabalho e das necessidades de saúde, sem se esquecer, contudo, de que isto não significa maiores graus de autonomia.

O “*elas representam o chefe de distrito*”, no entanto, também pode ser a demonstração de um movimento para descentralizar o poder, pelo menos no aspecto de representatividade em espaços coletivos da gestão. Além disso, algumas regionais usam da inovação, criatividade. São propositivas:

Nós temos lá na Regional II **criamos os núcleos da atenção básica:** núcleo saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto que se espelham nos núcleos locais e nas unidades. Cada unidade tem um representante que de quinze em quinze dias essas pessoas se reúnem com os técnicos e regionais e que são rodas deliberativas (...) em que as pessoas colocam as suas dificuldades e também dizem sim, dizem não, consenso há litígio, há briga, planeja, avalia e isso acontece na nossa visão regional. – GF Regional.

Essa é uma tentativa de superar a fragmentação do trabalho e de pensar “*numa coisa maior de se ta interligado*”, mediante a criação de espaços coletivos⁴⁶, onde se diz sim e diz não. Propõem, portanto, mudanças no processo de trabalho no sentido da cogestão e do fortalecimento de sujeitos.

Além desta, outra possibilidade de reduzir as distâncias entre os diferentes níveis da gestão é instituir o apoiador institucional que transitou nos discursos dos informantes da pesquisa.

⁴⁵ O espaço operativo é o espaço do distrito sanitário. “O espaço operativo, é, portanto, aquele em que um sistema de saúde adquire concretude mediante o estabelecimento, num território determinado, de uma relação direta e recíproca entre suas unidades produtoras de serviço, geridas por uma autoridade sanitária e uma população com suas necessidades e representações”. (MENDES, 1993, p.139)

⁴⁶ Espaços coletivos: um conceito, ou melhor, um arranjo organizacional montado para estimular a produção/formação de sujeitos e de coletivos organizados. Refere-se, portanto, a espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). (CAMPOS, 2007, p 147).

2.6. O apoiador institucional

Reavendo a ideia do apoiador já referida no referencial teórico,

Os apoiadores institucionais, ao contrário da tradição “das assessorias”, trabalham nas equipes ou unidades de produção, ajudando-as na construção dos espaços coletivos. Espaços onde o grupo analisa, define tarefas e elabora projetos de intervenção. (Campos, 2007, p.187)

O apoiador institucional foi considerado por muitos gestores como importante para qualificar a gestão⁴⁷. Por isso, tentaram criar esta lógica, referenciando os técnicos do distrito de saúde para apoiar os centros de Saúde da Família, no entanto, “*muitas vezes pela demanda a gente não consegue ser*”, pois:

Faltou tempo também da gente melhorar a atuação dos técnicos da atenção básica né, que eles não sejam os meros transmissores das políticas, dos programas, mas que eles trabalhem numa outra ótica, numa ótica de apoio, de ser um apoio institucional como a gente tem chamado né, mas isso é uma coisa que meio que me frustrou, porque eu não consegui.

O que faltou para “efetivar essa ideia”? Por que causou tanta frustração? Tenho algumas hipóteses: 1) essa não se efetivou como diretriz da gestão municipal na formação das Rodas da Gestão. Não foi definida como prioridade; 2) ser apoiador ou ser apoiado requer nova concepção posicionamentos ante processos de gestão. A concepção transitou entre alguns alunos do curso e outras pessoas que ou já conheciam a proposta ou foram mobilizados. Para mim, necessitaria de uma ‘pedagogia’ problematizadora. Sendo assim, é necessário aprender a ser apoiador, além de possuir acúmulos técnicos para contribuir com os serviços; 3) para alguns, o apoiador é o ‘supervisor’, e para uma coordenadora a supervisão permitia:

A supervisão quinzenalmente ou mensalmente de técnicos principalmente da central isso surtia mais efeito porque a gente tinha

⁴⁷ É importante lembrar que o conceito de apoiador institucional advém do próprio do método Paidéia, optado como referencial teórico do curso da UNICAMP. Muitas nomenclaturas, concepções e estratégias do curso eram novas e foram sendo incorporadas como possibilidades de superar alguns problemas. Antes deste curso, em 2007, a figura do apoiador institucional não era uma necessidade percebida para a gestão de Fortaleza.

mais posses do que a gente tava trabalhando né, eu tava trabalhando com tantos diabéticos, tantos hansenianos e me preocupava de construir a minha sala de situação porque eu teria que repassar e os profissionais também estavam todo mundo sendo supervisionado.

Essa coordenadora diz que essa proposta não era de fiscalização, contudo é nítido que a supervisão permitia que ela soubesse das informações para ‘repassar’ – lógica de controle e subjetivada como motivação para o trabalho. Essa é a subjetividade histórica que critico neste trabalho.

Estar na direção de uma atuação que busca a construção coletiva, pedagógica e reflexiva, onde os vários saberes são valorizados e reconhecidos, onde não há ‘Receitas’ e sim ofertas (CAMPOS, 2007), é uma transformação de valores e cultura. Então, é um desafio.

Como visto, ainda são muitos os desafios para a mudança no modelo da gestão de Fortaleza, mas, também, existiram movimentos singulares para potencializar a participação, compromisso e autonomia. Nas próximas páginas, dedicar-me-ei à análise do desenvolvimento de três políticas em Fortaleza, que mereceu atenção para a formação de sujeitos numa gestão em saúde.

PARTE III – ESPAÇOS POTENCIAIS DE FORMAÇÃO DE SUJEITOS

3.1. A possibilidade de transformações por meio do sistema municipal de saúde escola

Discuto a contribuição de uma gestão em saúde para a formação de sujeitos, sem me esquecer de que estes se constituem por uma multiplicidade de processos. Acredito ser a formação dos profissionais da área da saúde ainda concentrada na excessiva especialização e na Biomedicina, um dos processos essenciais para compreender a relação das pessoas com seu trabalho e com a oferta do cuidado a população.

Existem muitas críticas quanto à formação dos profissionais em razão do descompasso entre formação e necessidades da população. A determinação da oferta de cursos de especialização ocorre segundo lógica interna das instituições de ensino – pressão de grupos de poder, influências das corporações – e não pelas necessidades epidemiológicas e sociais (BRASIL, 2007). Portanto, a formação dos trabalhadores de saúde tem permanecido alheia à organização de um sistema de saúde universal e orientado pela atenção primária em saúde. De acordo com Ceccim & Feuerwerker (2004), há uma perpetuação de modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Para reverter essa lógica de formação e assumir a premissa constitucional definidora de que ao Sistema Único de Saúde compete ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, adotou-se nacionalmente uma Política de Educação Permanente em Saúde, aprovada em setembro de 2003 pelo Conselho Nacional de Saúde. Desse modo, a educação permanente foi identificada como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, gestão, formulação de políticas e participação da sociedade no SUS. (BRASIL, 2005)

Uma Política de Educação Permanente ganhou contornos próprios em Fortaleza com a criação, em 2006, de um Sistema Municipal de Saúde-Escola, que é uma política estratégica de reorientação do modelo assistencial, buscando propiciar mudanças qualitativas no trabalho em saúde por meio de processos formativos contextualizados e

significativos. Para tanto, possui a ideia-força de transformar toda a rede de serviços de saúde existente no Município em espaços de educação e de desenvolvimento profissional (BARRETO, et al).

No SMSE são identificadas três diretrizes: 1) conceito de saúde como qualidade de vida; 2) um sistema cujo eixo central de desenvolvimento é o espaço do serviço e o seu território de abrangência; e 3) formação de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população. São definidos como protagonistas os gestores e os trabalhadores da saúde, as instituições formadoras e as diferentes representações dos movimentos sociais e populares (BARRETO, et al).

A definição desses agentes aponta que é preciso integrar instituições de ensino, serviços de saúde e as comunidades⁴⁸. A partir do Sistema Municipal de Saúde-Escola, são concretas as inúmeras iniciativas que avançaram na integração ensino – serviço – comunidade para repensar a formação e práticas no SUS em Fortaleza. Há desde renegociação de campo de estágios, distribuindo geograficamente as instituições de ensino por territórios, incentivando a corresponsabilidade sanitária, como também a parceria em processos formativos para os trabalhadores da rede (FORTALEZA, 2006, 2007, 2008). Penso que isto é um dos grandes avanços do sistema de saúde de Fortaleza, pois se criaram espaços de problematização sobre a formação e a responsabilidade de cada agente. Além disso, considero que, mesmo com muitas dificuldades e conflitos, a gestão municipal junto com as regionais iniciou um tensionamento para reorientar a formação, reorganizar o campo de práticas e aumentar o compromisso com a saúde da população.

⁴⁸ Alguns desses desafios foram abordados no “I Fórum de Formação em Atenção Primária em Saúde e Medicina de Família e Comunidade”, com foco na Integração Ensino-Serviço-Comunidade, durante o IX Congresso Brasileiro de MFC, em Fortaleza-CE, 01 maio de 2008. O tema “Integração Ensino - Serviço-Comunidade” (IESC) buscou tratar da articulação entre os centros formadores de graduação e pós-graduação com os serviços de saúde nos diversos níveis e esferas, como também da participação social nesse processo, que se configuram fundamentais para a formação de excelência em APS e MFC, voltada às necessidades das pessoas e comunidades, na lógica do SUS.

Em oficina do SMSE realizada em dezembro de 2007, os participantes apontaram o fortalecimento das pactuações entre as instituições de ensino e Secretaria de Saúde como forma de aumentar a corresponsabilidade, o ordenamento e matriciamento das políticas de estágio/práticas de saúde com envolvimento do corpo de professores como profissionais de saúde (FORTALEZA, 2007).

Cabe aqui a pergunta: como esses propósitos e iniciativas foram vistos pelo grupo dos gestores convidados para falar sobre a gestão? No âmbito local, este movimento de aproximação foi apresentado da seguinte forma:

Ta acontecendo agora uma coisa inclusive, que a gente é uma unidade onde a gente recebe alunos das universidades, as portas lá são abertas, os facilitadores, os professores chegam lá e gostam da nossa receptividade e da receptividade dos profissionais também, porque desde que eu cheguei lá eu sempre coloquei para os profissionais que ali é uma unidade escola - GF Coordenadores CSF.

Ela informa que o CSF agora é uma unidade que recebe professores e alunos da universidade. Comenta acerca da receptividade de todos e do esclarecimento que fez junto aos profissionais sobre a unidade ser escola; no entanto, ser uma unidade escola não deve limitar-se aos alunos da graduação, pois o cotidiano do trabalho também é espaço de aprendizagem mediante reflexão e avaliação das práticas para sua atualização permanente. Daí, talvez, uma das mais importantes questões a ser desvelada, o que está no imaginário daqueles que não tomaram para si a ideia de que a formação permanente está atrelada a esse tipo de processo, mas também que existe substrato para se estabelecerem diálogos (CECCIM, 2005). Isto foi trazido como um diferencial da gestão que permitiu oportunidades e mudanças de prática.

Segundo uma coordenadora,

A questão da educação continuada né, a gente vê os profissionais novos que entraram no Programa de Saúde da Família que participam das especializações, eles sentem, eles colocam isso como ponto positivo aqui em Fortaleza né como sendo **um estímulo de ta se trabalhando.**

Educação continuada⁴⁹ foi a expressão utilizada por muitos coordenadores. Segundo Ceccim (2004), a educação continuada é uma das expressões de EP quando esta pertence à elaboração objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. No caso dos coordenadores, a dicção é indiscriminada. Usam-na em diversos sentidos, às vezes apenas como oferta de cursos,

⁴⁹ Para Ceccim (2005) educação continuada, educação formal, educação em serviço, educação popular, educação institucional podem corresponder à educação permanente em saúde.

mas também há expressões na direção de reflexão das práticas e elaboração de iniciativas:

Quando eu falei também cuidar da gente é porque o processo de educação permanente ele abre esse espaço pra gente discutir, porque **quando a gente nem tem conhecimento a gente nem discute** né, então ele abre o espaço pra gente discutir esse processo de trabalho e por muitas vezes né nós até elaboramos uma oficina. - GF Regional.

Neste caso, a educação permanente constitui-se como espaço de cuidar de si, reflexão e ação; *locus* de escuta privilegiada, que é capaz de produzir a necessidade de sua permanência no trabalho com base no coletivo que se revela singular para quem está no momento de experimentação. A informante expressou que o conhecimento é base da reflexão e da ação. Esta práxis é o humo para sujeitos:

É preciso que a educação esteja – em seu conteúdo, em seus programas e em seus métodos – adaptada ao fim que se persegue: permitir ao homem chegar a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer com os outros homens relações de reciprocidade, fazer a cultura e a história... Conscientização. - GF Regional.

Sendo assim, não bastará apenas criar processos formativos para estudantes, trabalhadores, gestores e população, sendo necessário se perguntar: que educação permite um sujeito reflexivo e operativo? Freire (1980) critica o que chamou de educação bancária, ou seja, aquela que entende o ato de ensinar como transmissão de conhecimento em ‘depósitos’ ignorantes e vazios. Para ele, o ato de ensinar exige o respeito ao saber do educando, reflexão crítica sobre a prática, o reconhecimento de que a educação é uma forma de intervenção no mundo, dentre outras ações que sem perder o rigor metódico, permite uma pedagogia da autonomia (FREIRE, 1996). Portanto, a educação em si não promove conscientização e mudança, pelo contrário, pode apenas manter as ideologias dominantes. Assim, uma educação problematizadora que considere a experiência acumulada das pessoas é imprescindível para a transformação das pessoas e da realidade.

Trago esta reflexão para esclarecer que o espaço da educação para a constituição de sujeitos não é dada, mas sim conquistada, e cabe aos que lideram processos formativos um aprofundamento em referenciais pedagógicos que estejam na perspectiva

da libertação, não da reprodução. Avaliar os processos pedagógicos do SMSE não é objeto deste estudo, mas assinalo que o caminho proposto pela teorização tem bases freireanas. Continuarei, portanto, restringindo-me ao dito pelos gestores⁵⁰.

A abrangência de formações por categoria profissional foi outro tema abordado. Disseram que antigamente os cursos eram apenas para médicos e enfermeiros, principalmente médicos, e *“hoje a gente vê todo mundo se capacitando, sabe assim o usuário se capacitando”* (coordenador). Também disseram, que apesar de ter sido *“muito estimulado que as pessoas estudem, que as pessoas se aprofundem nas questões do SUS, (...) ficou bastante restrito a umas determinadas categorias”*. Portanto, houve certa divergência na avaliação sobre o acesso as ofertas de formações do SMSE. Para mim ambas estão corretas, ou seja, ampliaram-se às categorias, mas outras profissões precisariam de maior investimento, principalmente, segundo eles, os profissionais de ensino médio (*‘poderíamos ter dado mais atenção a essas pessoas’*).

Outro aspecto foi o reconhecimento de que a implicação dos profissionais com o SUS/ ESF perpassa a educação permanente em saúde:

(...) vejo que o PSF **pra os nossos profissionais se implicarem na questão do PSF a gente precisa lançar mão de outras ferramentas que a gente tem e que só residência ta tendo acesso** a isso e que assim, o acolhimento deu essa abertura da gente falar sobre isso, mas não de ta fomentando isso lá nas unidades, que é a visão da clínica ampliada, o projeto terapêutico singular né. - GF coordenadores CSF.

Apesar de ser uma crítica ao não-acesso à ‘ferramentas’ da clínica e da gestão em saúde, isto indica que a Residência em Medicina de Família e Comunidade⁵¹ e a implantação do acolhimento nas unidades de saúde fomentaram teorias e tecnologias para a mudança de práticas e para a implicação das pessoas. Neste sentido, entendo que

⁵⁰ Apesar do roteiro da entrevista ser não diretivo, é esperado que minha presença no grupo tenha influenciado o discurso na direção da educação permanente, haja vista ser conhecida pelos participantes da pesquisa como preceptora do Município de Fortaleza, participando da coordenação de alguns processos formativos.

⁵¹ A Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde de Fortaleza, iniciada em 2006, tem como objetivo geral formar médicos com conhecimentos, habilidades e competências necessários para a atuação na estratégia de saúde da família. É a maior residência em número de vagas do Brasil. Em larga-escala possui 20 unidades de saúde que recebem atualmente um total de 55 residentes, entre R1, R2 e especializando em Medicina de Família e Comunidade. Formaram-se 29 médicos na primeira turma e 32 na segunda turma dado significativo, quando se sabe da desvalorização da categoria a essa especialidade e à atenção primária em saúde

a coordenadora demonstrou a necessidade de ampliar o número de envolvidos em processos de educação permanente por acreditar que isto aumenta o compromisso e a corresponsabilidade com a ESF.

Como resultado desse investimento no trabalhador desde a educação permanente, outra coordenadora expressou “*a gente vê a diferença do profissional que faz a especialização ou até o profissional residente é diferente do outro profissional que não busca essa educação permanente*”. Na comparação, ela identifica a formação de um perfil do trabalhador para a Saúde da Família, e, quando perguntada, o significado de perfil novamente foi o compromisso. Essa fala ratifica ainda a necessidade de cada vez mais se buscar mecanismos para se aproximar os processos formativos da realidade do trabalho nos territórios.

Além dos processos formativos formais, também disseram que as mostras do Sistema Municipal de Saúde Escola⁵² são espaços de valorização do trabalho e de fortalecimento das equipes em que as pessoas querem participar:

o próprio processo de formação de educação permanente também, hoje você vê todo mundo interessado em fazer especialização, em fazer mestrado, em fazer doutorado, os próprios agentes de saúde como foi a mostra agora e a gente viu que as pessoas querem participar, todo mundo quer se mostrar, todo mundo quer ser visto a sua produção, então você sente, embora com as dificuldades e um processo de trabalho que eu acho que isso vai existir sempre - GF Regional.

Participar de espaços de educação permanente é um interesse coletivo, por diversos motivos: formação pessoal, mudança do sistema de saúde, como também de reconhecimento dos esforços cotidianos. Parece que a premissa de que a edificação do conhecimento está além dos bancos acadêmicos vem se dando, aos poucos, em Fortaleza:

A minha vida mesmo particularmente depois que eu entrei nessa gestão eu me mexi mais do que em qualquer tempo da minha faculdade né,(...) porque levou, proporcionou né, assim, os cursos que a gestão colocava **a gente tinha que ta inserido porque a gente tinha que ser facilitadora** né, a gente tava dentro do processo...

⁵² As Mostras do Sistema Municipal de Saúde Escola são eventos itinerantes (a cada ano uma universidade é sede) e tem como objetivo principal a socialização de experiências significativas desenvolvidas no Sistema de Saúde do Município de Fortaleza. Em 2008, na II Mostra foram apresentados 36 trabalhos orais e 425 pôsteres comentados. Além disso, as regionais e suas unidades de saúde tiveram a iniciativa de realizar as mostras locais de saúde onde a população participavam junto com os trabalhadores de saúde e as mostras regionais que agregavam os trabalhos locais.

Então essa abertura foi muito bom pra gente, **que a gente acabou assumindo isso aqui e indo pra frente**, mas a gente viu que outras pessoas podiam ter tido também essa oportunidade, foi dado a oportunidade, mas assim, não foi cuidado né – GF Regional.

A gestora disse estar inserida no trabalho, ter papel ativo como facilitadora que retroalimenta aprendizagens, mais do que no ‘tempo da faculdade’. Existem, no entanto, pessoas que não usufruem da ‘oportunidade’ de mexer na sua vida e na de seu trabalho. Mesmo quando integram os mesmos processos que para alguns são significados como imprescindíveis para sua vida, não participam (não assumem; indo pra frente). Dizem, porém, que não é apenas por uma questão individual, é preciso que as formações cuidem mais do acompanhamento desses trabalhadores-alunos. Outro ponto, nesta direção, foi a carência de apoio para efetivar as ações/projetos desencadeados pelos processos formativos:

Eu mesmo fiz um curso (...) grande número de profissionais fizeram e hoje ainda ta encaixotado numa gaveta e já solicitei várias vezes e o que fazer, não posso iniciar um projeto porque eu dependo de todo um esquema. Então é triste você ver lá um projeto que você passou um ano estudando e você gostou, sabe que ta capacitada, tem um usuário necessitando e você não pode por conta própria vou iniciar,

Há intenção, mas a coordenadora não se percebe com autonomia. Desse modo, revela-se a inseparabilidade dos processos de educação permanente com os da gestão. Indica-se a inevitabilidade de maior acompanhamento e avaliação dos resultados das formações e sugere-se que, para a aplicabilidade do que foi refletido e formulado como proposta da formação, depende também de outros agentes.

Uma gestora regional também estabeleceu este limite, dizendo que *“era importante que essa educação permanente fosse realmente permanente, terminou uma capacitação ter acompanhamento do processo, ter avaliação do processo, ter o retorno do processo”*. Deste modo, como venho abordando neste trabalho, a educação permanente em saúde é uma via de constituição de sujeitos e reorientação da formação e dos modelos hegemônicos de saúde, contudo não é solitária nesta missão. Mantêm-se outros fios que precisam se cruzar para formar o tecido do SUS.

nem tudo se resolve com curso e educação permanente, porque algumas coisas são relacionadas com a gestão do trabalho, a gestão do trabalho dos serviços gerais, a gestão do trabalho do auxiliar de

enfermagem (exemplos) que isso nós deixamos a desejar enquanto gestão municipal e gestão regional. – GF Regional.

O Sistema de Saúde Escola favorece, então, a mudança de concepções, reflete sobre práticas e produz ações (*“mudou o todo”*), contudo, as reviravoltas no sistema de saúde precisam ocorrer com base nas variadas frentes que, de forma simultânea, buscam o fortalecimento do SUS. A educação permanente é o alicerce para uma mudança consciente, integradora, de vários saberes e olhares e redirecionamento da formação na perspectiva das necessidades da população. Portanto, também é relevante um direcionamento da mudança na gestão e atenção congruente com o que é produzido nos processos formativos, e desses com o que produzidos na gestão e na atenção.

Apesar de algumas dificuldades e fragilidades, sobressaiu-se a educação permanente intrínseca às mudanças no sujeito e no Sistema de Saúde: *“penso eu que não se muda praticas e idéias se a gente não estuda e não forma essas pessoas pra isso”*. Assim, ser sujeito é posto como conhecer a realidade, “desvelá-la”, para recriá-la.

E isto faz supor que transformar modelos requer não apenas olhar para o que está sedimentado no Sistema de Saúde e nas ideologias e práticas das outras pessoas. É uma construção mútua, como venho defendendo, onde o sujeito se dá na sua tentativa de gerar mudanças na realidade e na interação com outras pessoas:

(...) uma das coisas que me fez crescer muito foi realmente eu me despir, que eu não sei tudo, que eu tou ali pra aprender né, tenho que respeitar que o outro também tem muita potencialidade, tenho que me despir do medo de perder aquele espaço né, (...) e eu comecei a ir por aí e ta tando resultado, ta melhorando pelo menos a minha angustia comigo mesmo sabe - GF coordenadores - CSF

A coordenadora assevera que esta sua abertura adveio do momento em que começou a ‘escutar’, buscou compreender o lugar do outro e começou a sentir segurança em si, ou seja, tomou ciência de inconclusão com arrimo na alteridade:

Alteridade que se presentifica nas várias formas imediatas da presença do outro. Do outro que se configura com a presença de ‘outra pessoa’, na pluralidade de modos de ser e estar de sua atualidade existencial (...); que se presentifica na constituição, presença e desdobramentos, em cada sujeito individual, do coletivo grupal, sob forma de consciência e de comportamentos coletivos particulares do grupo que se constitui com o encontro.
(FONSECA, 1988, p.68)

É na presença do diferente e na possibilidade de criação dos diálogos que o individual e o coletivo, reciprocamente, se constituem. Para tanto, ‘despir-se’, perceber-se incompleta na interação com membros da equipe é singular para o encontro entre essas diferenças (alteridade). Para Freire (1996), a inconclusão é própria da experiência vital: “*Onde há vida, há inacabamentos*”; e é a capacidade de compreender que “não sei tudo”, é a possibilidade de lançar-se para o futuro que não é inexorável, através da abertura para as relações, o que enseja aprendizagem e crescimento.

Deste modo, para criar o lugar ativo da educação permanente em saúde, é preciso o desprendimento do que somos (assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) e coproduzir subjetividade (CECCIM, 2005). Finalizo, recordando as palavras de Ricardo Teixeira (2001), quando diz que a ideia de *transformação* contém a ideia de *formação*. Assim, para uma gestão promover transformações, necessariamente, precisa ativar a crítica e o investimento na formação dos agentes do SUS na perspectiva de uma pedagogia da autonomia.

3.2. A política de humanização como um “reacreditar”

Outra possibilidade singular de fortalecimento do sujeito, diminuição das desigualdades no acesso à saúde, respeito às diversidades e cidadania, promovida por uma gestão em saúde, pode ser gerada por uma política de humanização do SUS. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – Humaniza – SUS entende por humanização a valorização de usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a edificação de redes de cooperação e a participação coletiva no processo da gestão (BRASIL, 2004)

A Política de Humanização no Município de Fortaleza, desde 2005, está entrelaçada à Política de Educação Permanente em Sistemas de Saúde e a Gestão Participativa na Produção de Saúde. Guarda dimensões objetivas e subjetivas na produção da saúde no contexto local, sendo questões objetivas aquelas relativas à

garantia dos princípios de acessibilidade e resolubilidade da atenção⁵³. Quanto à dimensão subjetiva, destacou-se o grande movimento desenvolvido junto aos gestores e trabalhadores do Sistema Municipal de Saúde, desencadeando um processo de educação permanente em humanização na saúde (ANDRADE et al, 2006). Sobre este último, tive a responsabilidade de coordenar um processo de formação em larga-escala..

Tínhamos definido a meta de mobilizar por adesão cerca de 5000 trabalhadores no Ginásio Paulo Sarasate em quatro sábados para um curso de extensão universitária, em parceria com a Universidade Federal do Ceará. Naqueles dias de muita correria, perguntava-me: o que estou fazendo aqui? Com péssimas condições de trabalho, articulando um curso em larga-escala, se eu acredito é no diálogo como ação transformadora? Hoje afirmo ter sido um espaço de afirmação de um projeto para a saúde embasado no SUS. Demarcaram-se, nas aulas, teatro e músicas, uma opção técnico-política pela humanização, a qual, como política pública na área da saúde, abarca concepções como clínica ampliada, cogestão, matriciamento, vínculo, ambiência, dentre outros. Isto talvez tenha contribuído bastante para a cointencionalidade de mudança descrita na primeira parte da análise.

Os momentos de reflexão sobre o processo de trabalho vieram depois. O mesmo curso referido teve um desdobramento de 20 horas/aula em turmas menores, que agregavam pessoas de um mesmo serviço de saúde⁵⁴; mas, a pergunta de sempre: o que, após quatro anos da gestão, foi dito pelos informantes da pesquisa sobre a humanização em Fortaleza e o que isto tem de relação com o sujeito?

Este tema não foi aprofundado no grupo, mas alguns indícios foram elaborados. Um deles foi a retirada das grades dos centros de Saúde da Família⁵⁵.

⁵³ Exemplos de ações da dimensão objetiva apenas no ano de 2005: fim do Cartão-Saúde como barreira ao atendimento em qualquer unidade da rede; universalização do acesso ao medicamento básico, com a garantia de sua disponibilidade e acesso em todas as unidades de saúde, independente do local da consulta (este investimento na rede, em 2005, foi em torno de R\$ 11.000.000,00); gestão das filas noturnas nas unidades básicas de saúde, reduzindo-as em quase maioria das unidades; o processo de territorialização da cidade na perspectiva de organização dos serviços; a implantação de equipes de Saúde da Família em 21 áreas de risco do Município e a reforma e equipamento nas 88 unidades básicas de saúde, com investimentos da ordem de R\$ 3.200.000,00 (três milhões e duzentos mil reais). (ANDRADE et al, 2006).

⁵⁴ Este segundo momento ocorreu em janeiro e fevereiro de 2006. Para tanto, houve formação de facilitadores – Fortaleza Humaniza – SUS, com o objetivo de capacitar 150 profissionais, distribuídos em três turmas de 50 pessoas, para serem facilitadores do processo de implementação da PMH e das 20h do curso no próprio local de trabalho dos participantes, com uma metodologia participativa.

⁵⁵ Antes das reformas de 2005, as unidades de saúde eram cheias de grades para proteção dos profissionais. O principal argumento era a violência na periferia da Cidade.

hoje com a característica dessa gestão tirou a grade de dentro dos postos de saúde e isso já mostra uma humanização tremenda né, porque eu tava vendo a foto da unidade onde eu estou hoje, é uma foto que é uma grade né, posto branco com aquela grade azul e a pessoa lá embaixo com o computador na frente assim separando o usuário, além da grade ainda tem o computador e ele mais distante ali. - GF Coordenadores CSF.

As grades apresentaram-se como símbolo da separação entre usuários e trabalhadores. Retiraram-se as grades concretas. Pergunta-se: e as grades subjetivas foram retiradas? Com certeza, não se eliminam as distancias entre trabalhador e usuário na mesma velocidade que as grades de ferro, mas o ato de uma gestão admitir em sua ambiência esta barreira de acesso facilita novos modos de relação, além do respeito aos usuários, como foi expresso:

A questão das grades nas nossas instituições, nas nossas unidades de saúde elas tão saindo com naturalidade, **ela sai e de repente e a gente sente aquele impacto, (...) depois a gente vai assimilando e as pessoas também não tão agressivas** como antes, existe né a violência e a coisa, mas a gente sente que as pessoas estão se acomodando. Eles estão também se apropriando os seus direitos e ao mesmo tempo os seus deveres de respeito mútuo né, as chefias elas tão ouvindo mais, os nossos gestores acho que por conta dessa mudança de postura. – GF Coordenadores CSF.

Uma ação concreta, pois, origina a transformação das pessoas. Não elimina, mas diminuem medos, barreiras. A população ainda possui muitas reclamações sobre como é recebida nas unidades, como os profissionais reclamam dos usuários, no entanto, comentaram que vão assimilando, aos poucos, uma nova proposta de atenção e mudam comportamentos. Neste momento, lembro-me de Campos (2007) que poeticamente diz: *um sujeito não pode constituir-se apenas com riscos na água; alguma ponte, algum modo de navegar, algum caminho, alguma terra nova (...), algumas destas coisas são necessárias para que o sujeito se construa* (p.55). A retirada das grades, assim como a implantação do acolhimento na atenção básica, parece ter sido base para fortalecer algumas feitura. O que é, porém, o acolhimento?

O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. (BRASIL, 2006, p.18).

A implantação do acolhimento, tanto como nova posição de receber os usuários, como tecnologia da gestão, foi vista pelos gestores como significativa para a organização dos serviços. A fala de uma coordenadora mobilizou bastante o grupo focal:

A humanização foi muito bom porque eu consegui engravidar depois que eu chegou o acolhimento, eu era tão tensa na unidade resolvendo problemas com filas e mais filas de madrugada e quando chegou acolhimento e que a gente conseguiu implantar em toda unidade eu relaxei que eu engravidei.

Esta coordenadora revela o cruzamento entre trabalho e vida pessoal – o desejo de engravidar alcançado quando conseguiu relaxar por um processo que reflete sobre a cidadania na gestão. O arquétipo da mãe surgiu em sua possibilidade de acolher, gerar vida, ensinar trabalho, diminuir ansiedades.

Sei que o acolhimento ainda é um desafio em Fortaleza. Existe uma incompatibilidade entre demanda e a oferta de serviços. Muitos serviços reduzem o acolhimento à ‘triagem de pacientes’ e vira uma das principais queixas dos profissionais. Noutras unidade, todavia, percebo um valor de uso agregado ao trabalho. Alias foi um dos temas mais abordados nas mostras do Sistema Municipal Saúde Escola e outros encontros de produções científicas e técnicas.

Outro fator positivo sobre o acolhimento na atenção básica foi ele ter repercussão com os usuários. O termo acolhimento foi incorporado à linguagem não apenas por gestores e trabalhadores:

Quarta-feira eu escutei no curso um usuário dizer assim: "**eu não estou me sentindo acolhido, eu não fui acolhido**" usar esse termo de acolhimento, de acolher, eu achei impressionante em plena emergência notada de gente e ele se reconhecer como direito dele, tava levando a criança desidratada pra casa porque chamou alguém e alguém não atendeu a ele e eu fui pedir desculpa a ele e mostrei o momento que a gente tava passando, aí ele usou esse termo. – GF Regional.

Cria-se uma cultura de indignação, entendam-se alguns direitos e são possíveis outros modos de relação. Por fim, a humanização foi vista como um “*reacreditar*” nas pessoas e no sistema público de saúde.

quando a gente chegou querendo organizar muita gente, que até **politicamente, tentou dá rasteira**. (...) antigamente quando os

remédios chegavam, principalmente **omeprazol metade era dos funcionários** e a outra metade quem chegasse na primeira semana, omeprazol é ouro né e a mesma coisa vaga de dentista, não sei na área de vocês, mas na nossa tinha até uma tabela, **trinta reais a cabeça, então aquele usuário que vem de madrugada e guarda aquela vaga, ele vendia**, então havia muito esse domínio, prevenções e por aí, então foi muito bom porque houve realmente o resgate a da humanização, foi muito apostado isso no acolhimento (...) **as pessoas começaram a reacreditar.**

Deste modo, a política de humanização foi apresentada como forma de reacreditar nos processos da gestão, na ética humana. Portanto, é relevante como iniciativa de gestão para coprodução de sujeitos.

3.3. As rodas da gestão de Fortaleza: olhares e sentidos

3.3.1. As compreensões sobre as rodas da gestão

Como sabido, o Método da Roda é definido como um arranjo da gestão que busca produzir novas relações entre os protagonistas da saúde, baseadas na horizontalidade, descentralização do poder, autonomia, responsabilização e grupalidade das equipes (CAMPOS, 2007). É “ato contínuo de tomada de decisão a partir de um coletivo, de forma a envolver o conjunto dos implicados no redesenho dos processos de trabalho e na responsabilização sanitária”. (FORTALEZA, 2005, p.222).

Para Andrade et al (2006, p.121), a cogestão em Fortaleza, incorporando aspectos da gestão compartilhada de Campos (2007), constitui-se como

Espaços coletivos valiosos de mobilização e atuação de diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde, num exercício de construção de novas práticas e saberes entre sujeitos autônomos, com capacidade inventiva, que se envolvem na responsabilização do planejar, executar e avaliar da Política de Saúde no território-Cidade; nos Territórios-Distritos de Saúde e nos Territórios-Unidades de Produção de Saúde.

A cogestão ocorre mediante incentivos à implantação de rodas em diferentes espaços do sistema de saúde, dentre elas o Colegiado Gestor – roda que deveria pautar as principais problemáticas e a definição de políticas do sistema de saúde com base nas representações do sistema de saúde.

Realmente estas rodas se sucederam em diversos espaços. Deram-se tanto na sede da Secretaria Municipal de Saúde, nos distritos de saúde e nas unidades de saúde, como também em colegiados específicos, como os das cinco redes assistenciais, políticas, programas e setores⁵⁶.

De um modo geral, para os informantes da pesquisa, essas rodas significaram

(...) um momento de partilha onde todos podem gerenciar e podem dá opiniões e podem ajudar pra que aquele local, aquela situação seja uma situação vivenciada por todos e não só por uma pessoa que esteja gerindo, que esteja no local de comando, mas todos possam contribuir pra que aquele ali resolva, cresça, amplie, então é um momento onde todos passam a ser gerentes”.

Dentista – GF CSF.

O propósito da roda de cogestão surgiu na afirmativa de que todos podem opinar e crescer. As diversas visões dos trabalhadores podem vir a serem agregadas, ‘ampliadas’; todos ‘passam a ser gerentes’. Nota-se, portanto, uma aproximação conceitual entre o referencial teórico, o propósito da gestão e as impressões dos que vivenciam as rodas da gestão. Na mesma perspectiva:

A roda eu acho que é um grande instrumento não só de gestão, de gerenciamento administrativo, (...) mas é um instrumento também terapêutico, assim das angústias, das ansiedades, como também é um instrumento democrático, participativo e é através desses instrumentos que todos participam que saem as decisões coletivas. – Diretor de Hospital Municipal.

O significado das rodas, portanto, no discurso dos entrevistados apareceu como espaços de/para uma gestão democrática e participativa; palavras-chaves para a formação do sujeito, pois, como já referido, a participação e a democracia são associadas neste trabalho diretamente com a possibilidade de maior aprofundamento da

⁵⁶ Em levantamento realizado pela assessoria de planejamento em 2007, havia: 1) cinco colegiados de Redes Assistenciais; 2) Rodas nos seis distritos de saúde: roda de coordenadores, de equipes, de núcleos; 3) rodas nos serviços: CSF, hospitais, CAPS, dentre outros. 4) Rodas da Vigilância à Saúde: Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Zoonoses; 5) Rodas da Educação Permanente: Residência Médica, Cirandas da Vida, Preceptorial de Território. 6) Tecnologia da Informação, Suporte de Informática, Célula da Assistência Farmacêutica, dentre outros setores.

consciência e a capacidade de comprometimento, no entanto, qual a distancia entre o discurso e a prática? Todos faziam rodas, mas como?

Sobre o método, dizem: “desde o início a gente sempre tem escutado que a roda ela tem três dimensões: a roda terapêutica, a administrativa e a pedagógica”⁵⁷.

Percebi, no cotidiano do meu trabalho, principalmente antes do curso da gestão, que havia ênfase nesses aspectos quando alguém fazia referencia às rodas. Diziam-se as três dimensões como se fossem momentos separados, ou mesmo, quando entendiam que eram funções do método, demonstravam pouca clareza de como ativar como ‘função Paidéia’. Posso afirmar que era um discurso bastante presente entre os gestores, mas com pouca leitura, sem reflexão sobre como alcançar os efeitos administrativos, analíticos, pedagógicos e políticos; ou seja, era necessário maior aprofundamento teórico e metodológico, indispensável para a implantação das rodas, pois a dificuldade no ‘Como Fazer’ foi nítida:

Sinto que nem a gente, nem os funcionários entendem o método da roda... e eu acabo passando que a roda é uma reunião das mais tradicionais, das mais antigas.
Coordenadora – CSF.

É evidente que ‘reunião das mais tradicionais’ não condiz com os objetivos do Método da Roda. Em resumo, os propósitos estavam definidos, havia entendimento que era uma inovação de gestão e houve todo um movimento de criação das rodas, mas a principal dificuldade estava no ‘fazer’.

3.3.2. Espaços para a participação

Outrora nenhuma cultura participativa ou democrática foi fomentada em nosso País, apesar de alguns ensaios. A maioria dos processos sociais na América Latina, historicamente, não é construída coletivamente, no sentido de agregar diversos saberes e interesses. Além disso, estamos num sistema mundial que privilegia o interesse privado em detrimento do coletivo. Nossa democracia é representativa, nem sempre

⁵⁷ Campos (2007) indica que o processo ampliado de cogestão se refere ao cumprimento de quatro funções: política, analítica, pedagógica e administrativa. O autor coloca a função terapêutica entre aspas; pareceu-me que é uma função atrelada à função pedagógica, pois está dirigida às aprendizagens formadas na produção da subjetividade. Não é dispositivo de cura ou reabilitação em sentido estrito, como ele afirma.

emancipatória. Convivemos com a lógica do controle e da competição. Portanto, não basta criar apenas espaços democráticos. Defendo a ideia de que é preciso radicalizar e perguntar o que entendemos por democracia, gestão, participação, autonomia.

Não é possível ser ingênuo e achar que numa roda haverá apenas a comunhão em favor do interesse comum. Diversos autores confluem na opinião de que os espaços democráticos não se isentam de conflitos e interesses individuais, mas também consideram ser possível proporcionar novos modos de relações, fundamentados na solidariedade e na responsabilidade social, viabilizados pela produção de compromissos. Nesta pesquisa, a necessidade de criar uma cultura participativa é expressa da seguinte forma:

O foco é só o coordenador... só o coordenador que resolve... eles não possuem atitude nenhuma de buscar solução.. sou eu quem resolvo. **Tá centrado só no coordenador.** Eles não propõem. Eles não estão preparados para isso.. Acho que tem que ter preparação”. Coordenadora CSF.

E será que o coordenador está preparado? Outras falas permitem concluir que a necessidade de solidificação da participação, como competência pessoal e social (conhecimento, habilidades e atitudes), não é limitada à categoria dos profissionais de saúde. A experiência das Rodas da Gestão em Fortaleza demonstra o exercício de um arranjo democrático da gestão que visa à participação de todos os agentes, portanto com todos os desafios que o acompanham.

É válido dizer que a participação muitas vezes é entendida apenas no sentido de frequentar as rodas:

eu acho que nós não podemos de maneira nenhuma enfraquecer a roda, e muito **me preocupou quando eu comecei a ver que os diretores não estavam vindo**, que a gente tava aqui meio que titubeante... Rapaz isso aqui é importante!
Diretor de Hospital.

Alerta-se: a roda é importante! Lógico que a participação não se reduz à presença num encontro, mas penso que a presença é uma das condições que potencializa uma participação plena de sentido advindo da consciência em favor de si e do coletivo (GÓIS), haja vista o sentimento de pertença a um projeto coletivo e o fortalecimento do valor pessoal ser traduzido na capacidade de compartilhamento do trabalho, como acentua uma profissional do distrito de saúde: *“Eu senti que eles se sentiram*

importantes nisso, de estarem tomando esta decisão, e aí eles acreditam mais". Quando isto ocorre é sinal de democracia, de acordo com Campos (2007). Para ele, ter acesso às informações, tomar parte em decisões e na tomada de decisões é a possibilidade do exercício compartilhado do poder; trabalha o sujeito e as instituições, pois um interfere no outro.

Ainda sobre a presença nos encontros, não de forma generalizada, foi identificada uma situação que posso definir como exclusão:

(...) às vezes até eu chego a perguntar pra um enfermeiro, **“seria possível você colocar aí em papel pra levar em pauta pra roda de vocês?”**. Porque se eu pudesse participar eu falaria isso ou dava a idéia A ou B, porque eu acho que é muito importante, teria mais multiplicadores, (...), ficaria mais rico e ficaria bem melhor desenvolvido”

É uma exclusão advinda da institucionalização do poder. A técnica de enfermagem sabe de seu valor pessoal e que poderia contribuir com a organização do trabalho, mas uma barreira que ela como sujeito tenta remover, encontrando estratégias de ter voz: busca um mediador que leve sua pauta.

Apesar de situações em que há uma redução das possibilidades de participação, existe outro ângulo da mesma questão.

Nós tivemos fortalecimento mesmo dos momentos de roda né, que a gente na verdade criou né esses momentos, então nós ampliamos o acesso dos profissionais na gestão, isso é nítido e ampliamos também o acesso da população né, eu acho que com esse novo modelo também de fortalecimento da participação das pessoas, do cidadão, do usuário, nós também proporcionamos – Gestor regional

Quando a gente faz até mesmo roda ele diz assim: "eu nunca fui ouvido" então isso pra gente é muito importante, aquela pessoa lá do SAME, aquela pessoa lá dos serviços gerais ta sendo ouvido. – Gestor Regional

As rodas ampliaram o acesso para os profissionais e para a participação. Criaram-se zonas de possibilidades da existência efetiva da participação. Portanto, em Fortaleza, as rodas ampliaram a integração de vários agentes, mas mantiveram-se desafios para a qualificação desses espaços. Dentre estes, uma considero um equívoco de garantia de participação.

Lembro-me de um dia da especialização da gestão, em 2007, quando facilitei as discussões de um subgrupo que debatia sobre as rodas. Havia um discurso de que todas as pessoas deveriam estar nas rodas dos CSF para garantir a participação. Além da necessidade de despertar interesse em alguns trabalhadores, havia também a preocupação com as unidades com um número muito grande de trabalhadores e em diferentes turnos de trabalho, o que ensejava dificuldades em agendar os encontros. Como solução, os coordenadores realizavam rodas em turnos diferentes para garantir a presença de todos. Ora, perguntei a uma das coordenadoras que exprimia a questão como a melhor solução: e quem toma as decisões? A resposta: eu (a coordenadora).

Por querer atuar de forma democrática e incluir todos os membros, tinha-se ainda uma forma centralizadora de organizar o trabalho. Neste modelo, as informações e opiniões podem ser potencializadas, mas a decisão não é compartilhada. E isto não enseja autonomia, nem transformação do modelo clássico da gestão.

Assim, fica evidente a necessidade de diversificar os desenhos das rodas com apoio na singularidade local. Em uma unidade de saúde com poucos trabalhadores, é possível encontrar um dia em que todos possam compartilhar as problemáticas do serviço e propor soluções conjuntamente, dentre outras coisas. Uma unidade com maior número de trabalhadores, no entanto, necessitaria criar outras possibilidades de garantia de espaços de participação, sem inviabilizar o propósito da gestão compartilhada.

Por exemplo, conheço uma unidade que optou em possuir rodas por unidade de produção e por equipes de Saúde da Família, e um colegiado gestor por representação, o qual pode ser ampliado, em algumas situações, para outros membros da unidade, dependendo do tema a ser discutido. Entendeu-se a necessidade de outros dispositivos de problematização e decisões coletivas.

Outra unidade ainda foi além: uma iniciativa singular que cria a ‘roda com a comunidade’, ou seja, pensar a democratização não apenas entre os trabalhadores, mas em diálogo com a população.

A roda que eu mais me identifique, que é com a comunidade, então somos todos do **PSF junto com a comunidade**, então talvez essa eu acho que é bom porque a comunidade ela participa gerindo também as coisas do posto, dizendo o que ela gostaria de ser tratada, como ela gostaria que o atendimento se realizasse, como ela gostaria de ser recebida pelo SAME, como ela gostaria de esperar até chegar dela, então essa eu acho a roda das mais construtiva que é uma vez por mês.

Assistente Social – CSF.

Trata-se de uma experiência importante que precisa ser incorporada em outros serviços/comunidades e que assume o desafio de fortalecer o vínculo com a comunidade, aproximação entre o saber técnico e popular e distribuição do poder, mas com uma exigência muito maior.

Recentemente estive em um desses encontros e saltou-me o conflito instituído entre população e trabalhadores, salutar, porém, para a formação de novos padrões de relações. A disputa e a negociação quando em espaços coletivos permite tanto a democratização da saúde como a formação de compromissos (CAMPOS, 2007). Esta experiência está sendo sistematizada pela coordenadora/aluna em sua monografia da Especialização em Saúde da Família e Comunidade. Por enquanto, nesta análise, ficarei com as rodas como espaços vividos por gestores e trabalhadores.

3.3.3. Tomada de decisão

(...) e a gente tem procurado deliberar, deliberar o terceiro turno, **e a gente não tem o poder total de decisão**, se tem uma boa parte dele, mas tem que ser validado e batido o martelo aqui na secretaria. - Chefe de Distrito.

Há uma dependência entre rodas, reflexo das relações entre diferentes instâncias da gestão como analisado na parte II. Uma metáfora das rodas como a engrenagem de uma bicicleta foi trazida por um colega de trabalho: um arco está interligado a outro e o movimento só é possível nesta relação.

Há decisões que podem ser realizadas em um coletivo e estão no campo de autonomia de um grupo, mas outras decisões dependem da decisão de outros colegiados, ou mesmo de outra pessoa. É importante essa compreensão de dependência. Esta é a autonomia relativa dos coletivos de um sistema de saúde com diversas complexidades, como também a expressão de diferentes poderes em relação. É indispensável lembrar, porém, que:

Para que um sistema de co-gestão funcione é fundamental que no espaço de governabilidade de cada um sejam tomadas decisões, e que apenas o contraditório, ou o novo, ou o desconhecido sejam levados para outras instancias coletivas. A omissão ou paralisia dos agentes desmoraliza a gestão participativa: se ninguém resolve nada sem o aval dos conselhos ou dos colegiados, o sistema se paralisa. Ao contrário, é fundamental decidir e fazer, arcando-se com a

responsabilidade sobre o realizado diante das autoridades superiores: conselhos, colegiados ou chefias. (CAMPOS, 2007, p.149).

Esta é uma premissa essencial: tantos os indivíduos como os coletivos precisam garantir sua governabilidade. Complicado se torna quando uma decisão coletiva de uma pessoa ou grupo que deveria arcar com uma decisão não o pode fazer pela existência de outras linhas de comando. Neste caso, haverá uma interferência na função das rodas e em seu significado. Em Fortaleza, ainda não há consensos sobre a governabilidade de cada coletivo:

Deveria ir pra roda como discussão não o que ta indo hoje. Mas assim: se eu tenho problema de CAB e de não sei o quê que é próprio da CAB, esse assunto tem que ser discutido na CAB, se eu tenho problema da epidemiologia, isso tem que ser na roda da epidemiologia, e **ir pra roda geral apenas aquilo que não conseguiu avançar nessas rodas menores**, nessas rodas particulares. – Chefe de Distrito.

Qual a equação possível entre autonomia e diretriz? Campos (2007), no Encontro de Ressignificação das Rodas de Fortaleza, incitou os participantes a partir do conceito de oferta⁵⁸:

Uma boa parte de nós somos democrata. Achamos que tem que ser deliberado, que não pode impor uma coisa aos outros, né? Agora a gente tem que ver o seguinte: eu trabalho com o conceito de oferta e, principalmente, quem é gestor tem obrigação de propor projeto. Eu não acredito em gestor omissos que é só um coordenador de grupo.

É preciso diretrizes, o gestor precisa ser proativo, definir diretrizes e rumos da gestão, mas, também, há de fomentar a participação, negociar interesses, incorporar as demandas e sugestões dos coletivos.

Isto deve acontecer não por uma atitude maniqueísta de uma falsa participação, mas de assunção de seu papel como gestor de um sistema de saúde, portanto, de quem precisa liderar um coletivo com grande variação de interesses e para isto deve desenvolver ‘capacidade de direção’; ou seja, da habilidade e potência para compor

⁵⁸ No Método da Roda, a demanda das pessoas e dos grupos não é moldada apenas por ofertas dirigidas, mas por um processo dialético composto tanto por ofertas dirigidas às pessoas quanto por interesses e desejos das mesmas; mas, é preciso garantir ofertas que ampliem a capacidade de análise e intervenção dos grupos (CAMPOS, 2007).

consensos, alianças e implementar projetos⁵⁹. Por exemplo, se não houvesse a ‘oferta’ da gestão municipal de se instituir as Rodas na Gestão em Fortaleza, estaria eu aqui avaliando outros espaços de democratização da gestão?

Além da deliberação e da definição de competências dos coletivos (rodas), os informantes da pesquisa questionaram a efetividade das decisões: *“aqui a gente discute tanto, mas não é colocado em prática, tudo fica no papel”* (ACS). Como já abordado, muitos comentários reforçaram uma ampliação da ‘escuta’, do ‘acesso’, da comunicação entre os integrantes da gestão, mas contraposta à necessidade de mudanças reais no processo de trabalho e de qualificarem as rodas como espaços de decisões compartilhadas:

Os profissionais gostam das rodas, sentem como um espaço de integração (lembram das discussões sobre acolhimento), mas percebem as pautas sempre trazidas pela coordenação, e **o que parece é que as decisões já estão tomadas, quando não sabem como fazer... aí escutam os profissionais.**

Anotações de uma Preceptora de Território.

A quebra da concentração do poder não é garantida pelas rodas, não se dá por decreto. Tenho de convir, porém, que com a criação deste tempo e lugar de cogestão, poderão surgir tensionamentos de um outro modo da gestão. Para tanto, conhecer e exercitar o método da roda e/ou outros métodos participativos é um dos passos para a superação dos modos tradicionais da gestão e de relação entre as pessoas. Digo isto não apenas por convicção pessoal, pois dificuldades na organização das rodas foram um dos alvos de críticas às rodas em Fortaleza.

3.3.4. Organização das rodas

Questões que demonstraram uma inabilidade na condução de atividades coletivas foram reveladas quanto às dificuldades de organização das rodas. Uma das queixas foi sobre as demandas e encaminhamentos:

Encaminhamentos na reunião seguinte eles não são concluídos e já passa pra uma nova demanda, então a gente nunca vê a

⁵⁹ A capacidade de direção também deve ser construída socialmente. Não é propriedade do gestor, já que governar é tarefa de todos os membros de uma equipe de trabalho (CAMPOS, 2007).

agenda passada, o que foi concluída, o que foi encaminhado e o que foi concluído, **as demandas são atropeladas realmente.**
Chefe de Distrito.

Foram referidas uma descontinuidade entre os encontros e a dificuldade de avaliação dos encaminhamentos e ações. Outra questão significativa foi sobre a definição de pautas. “*Muitas vezes a gente recebe a **pauta muita extensa**, e também **não é colocado as nossas demandas das regionais na pauta como tinha ficado acordado**” (Chefe de Distrito, sobre o colegiado gestor da secretaria).*

E *não tem pauta... **você vai avulsa***. (Coordenadora – CSF), ou seja, não interfere na definição de pautas. Neste caso, não há participação efetiva. Parece-me que os membros são apenas expectadores. As rodas tornam-se mais uma tarefa, mas sem a implicação real dos diversos integrantes em sua constituição.

Outra unanimidade das queixas foi sobre a impontualidade e a definição de prioridades:

Foi uma roda que foi marcada para 2 horas e foi começar quase 3 h30, quase 4 horas da tarde.. Que já é **tradicional não começar na hora** (...) Aí começa todo mundo a sair... vai saindo um, vai saindo outro...
Coordenador CSF;

Outro problema que eu percebo tudo é prioridade. Se **tudo é prioridade, meu Deus!**
Chefe de Distrito.

São várias as expressões sobre a quantidade de ‘demandas’, tarefas todas definidas como indispensáveis. Entendo que no setor saúde há sempre grandes necessidades, há um déficit histórico na garantia de serviços essenciais para a saúde da população. Por isso mesmo, é necessário aumentar a capacidade de priorização.

Outro aspecto trazido foi o da participação em muitas rodas, que, somada às outras reuniões setoriais, cursos e outros eventos, dificulta a organização do processo de trabalho. Indicaram a necessidade de racionalizar as rodas, pois muito tempo de trabalho é dispensado nelas.

Enfim, todas estas dificuldades de definir e cumprir pautas, agendas, horários, e priorizações são reconhecidas como ‘*falta de respeito*’ aos integrantes das rodas, o que promove baixa credibilidade, esvaziamento dos encontros (*começa todo mundo a sair...*

vai saindo um, vai saindo outro...) e não potencializa as rodas como espaços de produção de sujeitos. É importante, porém, não generalizar isto para todas as experiências. Os entrevistados possuem opiniões diversificadas sobre diferentes rodas. Algumas demonstram maiores graus de organização e decisão coletivas.

Como solução e qualificação das rodas, o apoiador institucional, previsto no Método da Roda, como já dito, foi lembrado como indispensável:

Eu acho que falta muito essa **figura do terceiro** na roda, que é o **apoiador institucional**, alguém externo no sentido de ser apenas aquele que observa e que é capaz de fazer leituras crítica sobre os processos.
Chefe de Distrito.

3.3.5. Efeito Cascata e “Pé no Freio”

Em 2007, uma das conclusões foi o ‘efeito cascata’, ou seja, uma reprodução de um modelo de roda embasado em informes e em tarefas a serem cumpridas.

Querendo ou não a gente acaba reproduzindo de uma forma ou de outra aquilo que não está correto e que a gente tem consciência que não ta correto e repercute lá na ponta, e há uma reclamação, inclusive o coordenador dizendo: “eu reproduzo aquilo que eu vejo... Então, quer dizer, vai no **efeito cascata**”.

Em analogia à educação bancária de Paulo Freire (a educação como transmissão do conhecimento), é uma ‘roda bancária’, com a transmissão de informações, demandas e levantamento de necessidades, mas com pouca problematização e decisões coletivas.

Acaba sendo uma reunião só de problemas ou, então, **de jogar mais responsabilidades, mais eventos, mais campanhas... Só recados...** Não escuta nossas angústias.. também assim.. não tem nenhum momento de poder abrir... E na unidade, é da mesma forma.. Já tentei fazer de outra forma, dizendo: pessoal, vamos tentar procurar soluções.. vamos tentar não visualizar só os problemas (...) Ninguém sabe.. Ninguém .. Ninguém sabe se expressar.. é só problemas.. e discussão banal. Coordenadora – CSF.

Observam-se, portanto, imensos desafios de fortalecer as rodas como espaços de participação e autonomia, responsabilidades e criatividade, mas, também, se vê a capacidade de reflexão e de qualificação desses espaços.

(...) com o advento do curso nós resolvemos **botar o pé no freio** e forçar a barra **pra que a gente tivesse pelo menos quarenta minutos de roda de verdade**, o que eu chamo roda de verdade? Roda pra compartilhar, o que você tá fazendo que esse aqui não consegue, diz aí como é que tu resolveu o teu problema, e aí ele: “valha dá pra fazer”, (...) a gente institui isso, nós vamos começar a discutir processo de trabalho dentro da nossa própria roda...
Chefe de Distrito.

Penso que o ‘pé no freio’ apenas é possível por um entendimento compartilhado da importância das rodas e de haver resultados positivos na existência das rodas:

As rodas eu acho que foi assim uma coisa maravilhosa que aconteceu, porque você tem espaço de conversa, eu lembro que quando eu fui pra dentro do Anastácio Magalhães eu me sentei com o pessoal do Same né, da recepção. Tava levando pra eles uma outra proposta e quando eles começaram a dizer como era a realidade deles foi **que a gente começou a se conscientizar** e também não é tão assim, então às vezes. A gente vai com uma proposta, e quando chega lá e escuta a realidade deles **a gente também se modifica** e tenta caminhar na medida do possível, então **as rodas elas facilitam muito pra que a gente converse, pra que a gente cresça**. Regional.

Esse “estar junto” com outros agentes é um momento rico para ampliar percepções e encontrar estímulo e cuidado; lugar para crescer também como gente. As rodas proporcionam mudança nas pessoas em contato com a diferença, com a diversidade de opiniões e contexto. Portanto, apesar de terem sido apresentados vários desafios para a qualificação das rodas, sua relevância foi destacada. Em nenhum momento, tanto na pesquisa no início de 2007, como nos grupos focais de dezembro de 2008, foi defendida a extinção da cogestão na gestão de Fortaleza. O sugerido foi que algumas das rodas por ineficiência ou excesso de colegiados poderiam ser avaliadas e mesmo extintas.

Rodeava em todas as discussões sobre mudanças metodológicas, concentração de poder, racionalização e qualificação dos encontros uma grande vontade de melhorar as condições de trabalho, aprender novas tecnologias e edificar novas relações, projetos e ações coletivas, atendendo também a interesses individuais e coletivos.

Neste sentido, acreditar nas rodas como espaços com potencial de solidificação de vínculos, práticas do diálogo, criações de projetos coletivos, definições de prioridades, exercícios do poder democrático, reflexões sobre as práticas em saúde, revisões sobre o modelo de saúde e construções de políticas para a cidade não é uma utopia. Ela é a raiz do processo de trabalho para a seguinte coordenadora:

(...) se não fosse a roda, o processo de diálogo que foi estabelecido (...) no início é lavagem de roupa suja, um processo do grupo de conhecimento um do outro e de não saber nem direito o que é aquilo ali, de construção mesmo no **primeiro momento é difícil pra eles, é difícil pra todo mundo**, mas depois eles vão sentindo a necessidade daquele momento, porque não sendo a gente não consegue construir o processo de trabalho dentro da unidade, então **a roda foi assim um passo, foi a raiz.**

É um lugar que, no mínimo, cria condições temporais e espaciais de encontro entre os agentes da gestão. Em Fortaleza, ainda é um desafio efetivá-las como espaço de democratização da gestão. As questões aqui trazidas demonstraram um processo de gestão pretensioso: democratizar a gestão e fortalecer sujeitos. Avançou-se em alguns pontos, estagnou-se em outros. O tradicional, a concentração de poder e baixa participação, permaneceram em alguns momentos, mas em outros aproximaram, criaram projetos, mudando realidades. A cogestão é um processo inacabado em Fortaleza, como tudo o que é vivo, diria Paulo Freire.

Meu medo está em não saber até que ponto o vivido ensejou autonomias que defendam um projeto de cogestão em Fortaleza.

A co-constituição da autonomia depende, portanto, de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. Por esse motivo nos referimos sempre a co-produção da autonomia, co-constituição de capacidades ou co-produção do processo de saúde/doença. O sujeito é sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca. No entanto, a autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado destas circunstâncias. (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2007, p.670)

A hegemonia da democracia representativa, em oposição à democracia participativa/emancipatória, nos traz a descontinuidade de importantes processos sociais de transformação. Às vezes num mesmo governo se pode reverter prioridades diante das

novas conjunturas políticas. Mesmo nos considerando com maiores graus de autonomia e defensores do SUS, qual a governança que podemos garantir diante de algumas perversões do sistema político, econômico e social em que estamos inseridos? Até que ponto as consciências críticas e o cocompromisso de alguns com novas realidades sociais poderá transgredir o império da ganância por poder? Será possível ainda qualificar as rodas da gestão? Elas existirão?

Esta será a primeira vez que apresento ao leitor a desesperança? Acho que não, por ainda existir esperança em mim. É apenas expressão de minha indignação e de minha dialética. Hei de admitir que os graus de tensionamentos e mudanças também mudam, portanto, amplia-se e diminui-se o fomento de sujeitos históricos; contudo, contribuir com um novo mundo é um devir dos ‘homens e mulheres que lutam sempre’; assim, é também necessário aprender que as transformações também ocorrem nas sutilezas cotidianas.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é inconcluso pela própria natureza de uma dissertação de mestrado, que impõe a ampulheta do tempo e não exige uma tese com delimitações de autoria para incrementar alguma área científica. E, mesmo se tempo houvesse e aqui apresentasse uma tese de doutoramento, finalizada não estaria, pois é sabido que mesmo os trabalhos acadêmicos mais sofisticados, não garantem a captação completa nem a explicação do fenômeno estudado.

Também reforço o fato de este estudo ser ‘inacabado’ por considerar que há um limite transparente em não abordar outras perspectivas sobre a gestão de Fortaleza. Óbvio fica, com um tanto de curiosidade, que é preciso avançar nos significados de uma gestão para trabalhadores e usuários, movimentos sociais e populares, conselhos de saúde, instituições de ensino, dentre outros agentes do Sistema Único de Saúde, para identificar como se torna possível coproduzir sujeitos capazes de engajamento num projeto democrático de saúde; ou mesmo estudar como esses outros agentes e espaços institucionais e sociais favorecem a formação de sujeitos para o SUS. Em suma, minha primeira conclusão: este trabalho é um devir, como o próprio sujeito aqui abordado.

Assim afirmado, abordo o segundo aspecto da conclusão, ancorado no principal objetivo do trabalho: compreender como uma gestão em saúde pode favorecer a formação de sujeitos no SUS com suporte na experiência de Fortaleza. O movimento hermenêutico para atingir este objetivo ocorreu em todo o processo da análise. Aqui, autorizo-me a trazer alguns pontos objetivos que uma gestão em saúde pode criar, refletindo e atuando para efetivar o objetivo de democratização da gestão, fortalecimento do SUS e de seus agentes, ou seja, deixar emergir o sujeito.

1. Construir uma cointencionalidade de mudança – é preciso fazer permanentes reflexões sobre a predominância de modelos da gestão e de atenção hegemônicos que reforçam a iniquidade e a injustiça social, a simplificação do processo saúde-doença e a manutenção do controle e da alienação no modo de organização do trabalho. Quanto mais se aumenta a capacidade de ‘sonhar junto’, idealizar compreendendo a realidade, aumenta-se a potência de edificar compromissos em favor de um projeto coletivo.

2. Fomentar uma consciência histórica – compreender os processos da gestão com base numa consciência que analisa as conjunturas históricas e culturais, ‘inserir-se criticamente na história’, favorece um descolamento da realidade imediata imbuída de problemas estruturais e cotidianos. Portanto, permite avaliações mais críticas sobre o presente por meio de um olhar para o passado e da possibilidade de recriar o futuro.
3. Construção ampliada de ‘capacidade de direção’ (CAMPOS, 2007) – o direcionamento político e conceitual é necessário para tensionar o projeto de mudança dos modelos da gestão e de atenção, como também de implicação dos sujeitos. Articulados com outros entes federativos e com os princípios do SUS, os gestores municipais precisam ser propositivos e definir diretrizes para o sistema de saúde por meio de consensos com diversos agentes e de acordo com as necessidades do âmbito local.
4. Incentivar a participação – criar espaços e metodologias que permitam a participação dos agentes do SUS além dos espaços instituídos dos conselhos de saúde e conferências de saúde. Fomentar uma participação dialógica e problematizadora no cotidiano dos serviços, nas comunidades, dentre outros. Para tanto, importante é utilizar e criar métodos, estratégias e técnicas participativas.
5. Potencializar o vínculo – uma forma de fortalecer a corresponsabilidade e cocompromisso é criar mecanismos e ferramentas que permitam a formação de vínculos. Não apenas de trabalhador-usuário na lógica de referência da população, mas também de trabalhador com trabalhador, entre equipes, gestores, comunidade, dentre outros.
6. Fortalecer o território na organização do sistema de saúde – as potencialidades e necessidades do território possibilitam o ‘acontecer solidário’ (SANTOS, 2005). Assim, uma gestão em saúde democrática precisa avançar na perspectiva de integrar o sistema de saúde no âmbito local, criando arranjos da gestão que fortaleça a integralidade da atenção, como também a autonomia das equipes em definir prioridades e projetos que atendam suas necessidades e da saúde da população;
7. Constituição de redes de saúde – garantir a integralidade da atenção mediante a interconexão e complementaridade de serviços amplia a compreensão do sistema como um todo complexo, aumenta os espaços de comunicação e de

- pactualização de responsabilidades, portanto aumenta graus de autonomia no exercício do trabalho e no cuidado de si e da população.
8. Priorizar a Estratégia de Saúde da Família – A Atenção Primária em Saúde precisa ser assumida pelo Estado e pela Sociedade como imprescindível na reorientação do sistema de saúde. Isto ainda é um grande desafio nas grandes capitais que expressam as grandes contradições sociais e suas consequências, como miséria intensa, altos índices de violência e tráfico/uso de drogas. Assim, é preciso singularizar e flexibilizar a ESF; garantir a autonomia das equipes e condições de trabalho. Além disso, é necessário oferecer suporte e formação aos trabalhadores e gestores que atuam próximos das condições de vida da população excluída, tanto para qualificar a atenção à saúde como para ampliar o escopo da atuação.
 9. Desprecarização do trabalho em saúde – apesar de não garantir a implicação com o trabalho no SUS e ESF, o concurso público proporciona direitos trabalhistas ao servidor, maior segurança na continuidade do trabalho e diminui o grau de interferências políticas na contratação dos profissionais; contudo, é preciso garantir mecanismos de avaliação que acompanhem a qualidade do trabalho do servidor no contexto onde ele atua.
 10. Asseverar a estruturação dos serviços de saúde – não basta fortalecer uma racionalidade comunicativa sem garantir as condições instrumentais do trabalho. A materialidade do mundo é necessária para a formação de sujeitos, portanto, é preciso assegurar as condições materiais para o exercício do trabalho em saúde.
 11. Possuir uma estrutura administrativa descentralizada – desenhos administrativos supostamente descentralizados podem criar conflitos e disputas pelo poder, em decorrência da manutenção da unidirecionalidade no comando das ações em saúde (‘topo para a base’). É preciso desconcentrar poder e não apenas tarefas; permitir liberdade com base nas necessidades locais de saúde.
 12. Desenvolver e fazer uso de tecnologias de gestão – é preciso garantir agilidade e qualidade nos processos da gestão pública, desde fluxos de compras e manutenção, contratação e regulação. Para tanto, é preciso desenvolver tecnologias e incorporar as já elaboradas e experimentadas, como o apoio matricial, apoio institucional e ferramentas da gestão da clínica.
 13. Fortalecer a Política de Educação Permanente para o SUS – buscar reorientar a formação para o SUS e integrar ensino-serviço-comunidade é um dos caminhos

para o aprofundamento da consciência e construção de profissionais envolvidos com o SUS e APS. Gerar uma práxis de libertação (GÓIS, 2008) por meio de uma pedagogia da autonomia capaz de se comprometer é imprescindível para incitar mudanças.

14. Garantir a transversalidade da Política de Humanização no SUS. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e a protagonização, a corresponsabilidade, participação e vínculos. Coloca no cerne de suas reflexões e ações o fortalecimento dos sujeitos e o uso de arranjos e dispositivos que potencializam o SUS.
15. Instituir uma proposta de cogestão – Buscar a democratização da gestão numa lógica participativa e de distribuição do poder é condição indispensável para radicalizar na transformação dos sistemas de saúde. Para tanto, não basta criar espaços de cogestão (rodas). É preciso instituir um método e fortalecer uma cultura de participação, acompanhar o processo de implementação destes espaços e garantir a autonomia de cada coletivo.

Estas são apenas algumas orientações para a formação de sujeitos no SUS por meio de uma gestão em saúde, as quais coincidem com o próprio fortalecimento de um sistema de saúde democrático. Reforça a ideia de sujeito dialético, em devir, em construção mútua com a realidade.

Não é possível mensurar se há mais ou menos sujeitos corresponsáveis e comprometidos com a saúde do Município de Fortaleza, aliás, este nunca foi meu objetivo; mas é possível delinear algumas considerações sobre esta experiência, como também sobre como uma gestão pode implicar, diante de seus avanços e desafios, incoerências e confluências, no desenvolvimento de sujeitos.

Na minha avaliação, os principais avanços da gestão estudada foram a formação de uma co-intencionalidade de mudança, definição de políticas estruturantes e direcionalidade política e conceitual. Apesar de não haver uniformização nem clareza do escopo da proposta de mudança entre os gestores, e, por dedução, entre trabalhadores e usuários, houve o entendimento que havia um projeto que buscava fortalecer o SUS na Capital do Ceará. A coconstrução de um projeto coletivo e com intencionalidade agregou muitos agentes que puderam se identificar e se apropriar da gestão: *“a gente se sente da cidade, a cidade é nossa, a gente constrói com as pessoas isso, (...) hoje a gente se sente parte”*.

O projeto ganhou formas e produziu resultados. São inegáveis as inovações iniciadas e experimentadas na gestão em saúde de Fortaleza, contudo, com vários desafios. Cito alguns, que considero indispensáveis: 1) garantir as condições materiais de trabalho ('falta de planejamento') sem perder a dimensão comunicativa e participativa ('humana') considerada um diferencial; 2) ampliar os graus de autonomia dos vários agentes do sistema de saúde, pois houve maior integração entre os agentes ('acesso'), ou seja, menor hierarquia, mas ainda há concentração de poder o que diz ser preciso aumentar a resolubilidade e o poder de decisão do âmbito local; 3) é urgente definir responsabilidades e competência, pois há muitas disputas e uma desintegração entre as instâncias da gestão; 4) diminuir a fragmentação na organização da atenção básica e continuar investindo (em qualidade e quantidade) na Estratégia de Saúde da Família; 5) problematizar a proposta da gestão compartilhada com diferentes agentes (radicalizar numa gestão democrática). Para tanto, é necessário propor método, definir diretrizes e avaliar as Rodas da Gestão para fortalecê-las como espaço de cogestão; e 6) continuar investindo na ideia do Sistema Municipal de Saúde-Escola; criando e incorporando tecnologias de acompanhamento e ferramentas pedagógicas problematizadoras para os processos de educação permanente em saúde e integração ensino-serviço-comunidade.

Enfim, identifiquei, entre todas as dificuldades, dilemas e incoerências da gestão 2005-2008, produção de um rumo para o SUS em Fortaleza, e, por conseguinte, o aumento da capacidade de atenuar as desigualdades na atenção à saúde da Cidade. Neste rumo, criaram-se espaços para as pessoas se perceberem responsáveis pela Cidade e pela saúde pública; sentir-se fazendo história, sujeitos:

(...) fiquei assim imaginando, porque os questionamentos agora são: e aí, o próximo ano? E não sei o que, e aí assim, tem um elenco de outras possibilidades também que a gente pode tá pensando de estar junto que não necessariamente na gestão, mas que é uma causa única, que é a consolidação, a concretização dos princípios que norteiam o SUS né, mas assim, eu também, eu me considero privilegiada em fazer parte de um grupo que muda a história de Fortaleza com relação a saúde pública, viu gente. GF Regional.

Sinais de insegurança em relação a uma gestão que mudará em poucos meses. Para entendimento do leitor explico: a Prefeita, Luiziane Lins, foi reeleita, mas o secretário atual talvez não seja o mesmo nos próximos anos, sendo que o mesmo foi

uma liderança importante na idealização/ação do projeto. O que se ouve nos corredores é a curiosidade: quem é o novo secretário? Como garantir algumas políticas num novo governo? O cenário de insegurança é nítido. O mesmo projeto continua? *‘E não sei o quê’*, que de certo modo se sabe.

É uma fala que traz a questão latente, não aprofundada pelo grupo: *‘e aí, o próximo ano?’* Lembrei-me da passagem de Campos (1997), fazendo uma reflexão sobre a mudança de gestão em Campinas – SP: *“Infelizmente, apenas parte destas alterações transformou-se em lei ou foi incorporada à cultura do movimento sanitário local. Em consequência, o governo seguinte reintroduziu uma série de contra-reformas de cunho autoritário e centralizadoras. Mas até hoje, três anos passados, persistem algumas reformas apesar da má vontade dos atuais dirigentes”*. (p.41).

Pois bem, em Fortaleza apesar do contexto e da instabilidade, alguém se coloca como sujeito da história e afirma que *‘a gente pode tá pensando de estar junto que não necessariamente na gestão’*, porque considera ser *‘uma causa única, que é a consolidação, a concretização dos princípios que norteiam o SUS’*.

Essa pessoa está implicada no projeto SUS em Fortaleza, independentemente do mesmo coletivo dos gestores permanecer na direção do sistema de saúde. Surge a possibilidade de *‘estar junto’* em outros espaços. O cidadão, a cidadã implicada nesse projeto, permite-se pensar em possibilidades de defender o SUS junto com outras pessoas comprometidas. Apesar das perdas e do sofrimento de uma possível cisão de um processo, ela finaliza, com emoção: *“eu me considero privilegiada em fazer parte de um grupo que muda a história de Fortaleza com relação à saúde pública, viu gente”*.

Compartilho, dizendo que esse pensamento não é solitário. Outra colega de trabalho disse algo na mesma direção e foi compartilhada como relevante por pessoas que também consideraram o projeto iniciado na gestão ser garantido, mesmo com algumas reconfigurações.

Talvez outros movimentos e caminhos mudem os sonhos/compromissos dessas pessoas hoje implicadas com a qualidade da saúde da população e mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde. No aqui-agora, porém, sinto-me arrebatada com o depoimento da coordenadora, pois estes questionamentos estiveram latentes em mim durante estes quatro meses de análise e conclusão, exatamente o tempo de transição de gestão. Na hora de interpretar e escrever, tinha a concentração e o rigor necessários, enquanto noutras horas, estava embaraçada pela “borrosidade” do projeto coletivo e pessoal.

Isto foi importante para compreender que mudanças precisam de tempo para amadurecimento e consistência. Também precisam de institucionalização, principalmente na conjuntura política brasileira de descontinuidades. Além disso, é preciso exercitar uma paciência-ativa histórica. Os sujeitos podem construir tensionamentos, mas seu movimento é contra a maré bravia. E isto exige muito mais de todos que assim queiram navegar.

Neste estudo, tive a grata satisfação de perceber pessoas que se fortalecem como sujeitos reflexivos e operativos; pessoas que buscam também colaborar com outras pessoas em seu envolvimento com as condições históricas da saúde de Fortaleza. Também ouvi, e convivi com pessoas fragilizadas e cansadas, mas com um desejo intenso por mudanças, outros envolvidos apenas com suas questões e interesses pessoais. Pessoas diferentes e, por assim serem, favorecem a diversidade e a criatividade. Um pouco destas pessoas está aqui, no escrito e não dito.

Olhar para os significados de pessoas sobre seu trabalho reforçou meu pensar e gostar de gente; pessoas que guardam em si o potencial de ‘ser mais e oferecer mais’, em indignar-se e agir coletivamente, apesar das diversidades de histórias pessoais e condicionamentos para sermos o que somos. Acredito que *“cada um de nós compõe a sua história, cada ser em si carrega o dom de ser capaz e ser feliz”*. Temos a potência de edificar cocompromissos com outras pessoas e consolidar um projeto democrático, dialógico e participativo. As condições históricas e culturais para o desenvolvimento social e subjetiva atravessam séculos; quatro anos são incipientes, mas podem tornar-se imprescindíveis. Portanto, continuo acreditando que uma gestão em saúde possui o poder de tensionar paradigmas e proporcionar o ‘florescer’ de sujeitos.

8- REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2006.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro e et al. Humanização e Cultura de Paz: um desafio para o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza. **Saúde para Debate**, v. 35, p. 115-127, 2006.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro e BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha (Org.). **SUS Passo a Passo: História, Regulamentação, Financiamento e Políticas Nacionais**. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

ANDRADE, L. O. M. et al. **A Estratégia Saúde da Família**. In: Bruce B. Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa R.J. Giugliani et al.. (Org.). *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, v. , p. 88-99.

ABRAHAO, Ana Lucia; MARTINS, Carla Macedo; GEISLER, Adriana. O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Feb. 2008 .

ARAGÃO, Cecília Vescovi. **Burocracia, eficiência e modelos de gestão pública**. In: *Revista do Serviço Público: ENAP*, Ano 48, Número 3, Set-Dez, 1997.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001 .

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha ; ANDRADE, L. O. M. ; LOIOLA, F. ; PAULA, J.B. ; SILVA, A. M. ; GOYA, N . A Educação Permanente e a Construção de Sistemas Municipais de Saúde-Escola: o caso de Fortaleza (CE). *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 34, p. 31-46, 2006.

BOFF, Leonardo. **Teologia do Cativo e da Libertação**. São Paulo: Circulo do Livro S.A/Vozes, 1980.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães & MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco J. (Organizadores). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 9-71, 2004.

BOTAZZO, Carlos. **Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada**. Bauru, SP: EDUSC, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde. **Documento Base: Redes regionalizadas de atenção à Saúde**. 2008. 54 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente: unidade de aprendizagem – análise do**

contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** (Série Pactos pela Saúde) 4º edição; v.4, 2007. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – **Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 86 p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Brasília: 2004

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **O modelo estrutural de gerência pública.** In: Revista Brasileira de Administração Pública, v. 42, p. 391-410, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos.** 3ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In CAMPOS [et al] (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo - Rio de Janeiro, 2007: Editora Hucitec/Fiocruz, 2007. P. 41-80.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Ed. HUCITEC, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 1998

CAMPOS, G. W. S. e DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 23, p. 399-408, 2007.

CAPRA, Fritjof. **A Teia da Vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos.** 10ª Edição. São Paulo: Cultrix, 2006.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, June, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2005 .

CHAUI, Marilena. **Convite à Filosofia**. 8º Edição. São Paulo: Editora Àtica. 1997

CHAUI, Marilena. Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização. In: Ana Claudia Chaves, (Org.) **Os sentidos da democracia e da participação**. São Paulo: Instituto Polis, 2004. p. 24-31.

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 7ª Ed. São Paulo: Editora Campus, 2003

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. 5º Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

CIAMPA, Antonio da Costa. **A História do Severino e a História da Severina - um ensaio de Psicologia Social**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

COELHO, Ivan Batista. **Formas de Pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde**. In: Campos e Guerreiro (Org). Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008. p. 96-131.

CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (2), p. 323-331, 2005.

CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira 2001.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2º edição. São Paulo: Hucitec, 2007.

D`ASCENZI, Luciano. Cultura e mudança em organizações: uma análise etnográfica e dialogica da reestruturação promovida pelo método da Roda nos centros de saúde de Campinas/SP. **Dissertação de Mestrado**. Campinas: UNICAMP, 2006.

DIAS, Emerson de Paulo. **Conceitos de Gestão e Administração: uma revisão crítica**. In: Revista Eletrônica de Administração. Edição 01 - Volume 01 - Número 01 - Julho/Dezembro 2002

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade Civil e Democracia: Um debate Necessário**. São Paulo: Cortez, 2007

FRACOLLI, L. A.; MAEDA, S. T. A Gerência nos serviços públicos de saúde: um relato de experiência. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 2, p. 213-7, jun. 2000.

FERREIRA, Sheila Regina Braga. Os Sujeitos na Construção dos Distritos de Saúde no Município de São Paulo, 1989 -1992. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)** - Universidade Estadual de Campinas: 2000.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa e FURLAN Paula Giovana. **O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia.** . In: Campos e Guerreiro (Org). Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008. p.154-178

FONSECA, Afonso H. Lisboa. **Grupo: Fugacidade, Ritmo e Forma: processo de grupo e facilitação na psicologia humanística.** São Paulo: Agora, 1988.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão, 2005.** Saúde, Qualidade de Vida e Ética do Cuidado. Mimeo. 339p. Fortaleza, 2006. Disponível em www.saudefortaleza.ce.gov.br

FORTALEZA, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão, 2006.** Saúde, Qualidade de Vida e Ética do Cuidado. Mimeo. 437p. Fortaleza, 2007

FORTALEZA, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão, 2007.** Mimeo. 339p. Disponível em www.saudefortaleza.ce.gov.br

FRANCO, T.B.; in Pinheiro, R. & Matos, R.A. **“Gestão em Redes”**, LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006.

FREIRE, Paulo. **Conscientização.** São Paulo: Editora Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou Comunicação?** 8º Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** 17º Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança.** 30º Edição. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia.** 36º Edição. São Paulo: Paz e terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança. Um reencontro com a pedagogia do Oprimido.** 4º Edição. São Paulo – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997

FROTA, Amanda Cavalcante. O processo de trabalho da estratégia saúde da família: o caso Fortaleza. **Dissertação de Mestrado.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

GÓIS, Cezar Wagner de Lima. **Biodança – Identidade e Vivência.** Fortaleza: Edições Instituto Paulo Freire do Ceará, 2002.

GÓIS, Cezar Wagner de Lima.. **Psicologia Comunitária** – atividade e consciência. Fortaleza: Edições Instituto Paulo Freire de estudos Psicossociais/ Expressão Gráfica e Editora, 2005.

GÓIS, Cezar Wagner de Lima. **Psicologia Comunitária no Ceará: uma caminhada**. Fortaleza-Ce: Publicações Instituto Paulo Freire de estudos Psicossociais/ Expressão Gráfica e Editora, 2003.

GÓIS, Cezar Wagner de Lima. **Saúde Comunitária: Pensar e Fazer**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. Tradução de Raquel Souza Lobo Guzzo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

IERVOLINO, SA.; PELICIONI, MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

JUNQUILHO, Gilson Silva. Gestão e Ação Gerencial nas Organizações Contemporâneas: para além do Folclore e o Fato. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 8, n. 3, p. 304-318, 2001.

JUNQUILHO, Gilson Silva. Cultura Nacional e o "gerente caboclo" frente aos desafios da reforma do Estado no Brasil. In: VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del estado y de la Administración Pública, 2002, Lisboa. **Anais do VII Congreso CLAD**. Venezuela : CLAD, 2002.

JUNQUILHO, Gilson Silva. Nem burocrata nem novo gerente: o cabloco e os desafios do Plano Diretor de Reforma do estado no Brasil do real. **Revista Brasileira de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 38, p. 137-156, 2004.

LANE, Silvia T. M; et al. **Psicologia Social: o homem em movimento**, 5º edição. São Paulo: editora brasiliense, 1987.

LIKERT, Rensis. **Novos Padrões de Administração**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1971.

LIMA, Ray. **Tudo é poesia: livro 1**. Mossoró: Queima Bucha, 2005.

MARTÍN-BARÓ, I. (1983) **Accion e ideología. Psicología social desde Centroamérica**. 8ª ed., San Salvador: UCA Ed., 1997.

MARTINS, Humberto Falcão. **Burocracia e Revolução Gerencial: a persistência da dicotomia entre política e administração**. Revista do Serviço Público, nº 1, Ano 48, jan/abr. 1997

MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Editorial Grijalbo, 1977

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: Merhy, E.E. & Onocko, R. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 4, n. 2, pp. 305-314, 1999.

MERHY, Emerson Elias . O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido.. In: Túlio Batista Franco; Marco Aurélio de Anselmo Peres. (Org.). **Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde.** s.l, HUCITEC, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a praxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 2º Edição. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1993

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde.** 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008. v. 2000.

OLIVEIRA, Marta Kohl. **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento, um processo sócio-histórico** (2a.ed.). São Paulo: Scipione, 1995.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa. **Gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas.** In: Gastão Wagner de Sousa Campos. (Org.). Saúde Paidéia. 1a ed. São Paulo: Hucitec, 2003, v., p. 122-149.

ONOCKO CAMPOS, Rosana T. e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Co-construção de Autonomia: O Sujeito em Questão. In CAMPOS [et al] (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo - Rio de Janeiro, 2007: Editora Hucitec/Fiocruz, 2007. P. 669-688.

OUTHWAITE, William & BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Social do Século XX.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

PAIM, Jairnilson da Silva & ALMEIDA FILHO, Naomar. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Coleção Saúde Coletiva. Salvador: Casa de Qualidade Editora, 2000.

Paim JS. **Reforma sanitária e os modelos assistenciais**. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2003. p. 455-66.

PAIM, J. S. **Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003a.

PASCHE, Dário Frederico. **Gestão e Subjetividade em Saúde: elementos para uma reforma da saúde**. In PASCHE, Dário F. e CRUZ, Ivana B. M. da (Orgs). **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Editora Ijuí, 2005. P. 93-110. (Coleção saúde coletiva).

REBELATO, Marcelo Giroto; OLIVEIRA, Iraci Sobral. Um estudo comparativo entre a gestão da qualidade total (TQM), o Seis Sigma e a ISO 9000. In: **Revista Gestão Industrial**. Paraná, v. 02, n. 01, p. 106-116, jan.-mar. 2006

REBELATO, Marcelo Giroto; OLIVEIRA, Iraci Sobral. **Um Estudo Comparativo Entre a Gestão da Qualidade Total (Tqm), o Seis Sigma e a Iso 9000**. In: *Revista Gestão Industrial*, Paraná, v. 02, n. 01, p. 106-116, jan.-mar. 2006

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RIVERA, J. U. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 209-219, 2001.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

RIVERA, F Javier Uribe (org); Testa, Mario; Matus, Carlos. **Planejamento e programação em saúde**. São Paulo: Cortez; 1989.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

SALES, Ivandro da Costa. **Os desafios da Gestão Democrática da Sociedade. (Em diálogo com Gramsci)**. 2º edição. Sobral, CE: Edições UVA; Recife, PE: Editora da UFPE, 2006.

SANTOS, Lenir e ANDRADE, L.O.M. **Rede Interfederativa de Saúde**. In: **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Gilson Carvalho (et al); organizador: Silvio Fernandes da Silva. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço - Técnica e tempo. Razão e emoção**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

SANTOS, Milton. **O retorno do território. Apresentação por Maria Adélia Aparecida de Souza.** En publicación: OSAL, Observatorio Social de América Latina, año VI, no. 16 . CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina: Argentina. 2005.

| -SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização. Do pensamento único à consciência universal.** 13ª Edição. Rio de Janeiro - São Paulo: Editora Record, 2006.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007 .

SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Produção de Subjetividade e Gestão em Saúde: Cartografias da Gerência. **Tese de Doutorado em Saúde Coletiva.** Universidade de Campinas, São Paulo, 2004

SILVA, Silvio Fernandes. Redes de Atenção à Saúde: modelos e diretrizes operacionais. In: **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Gilson Carvalho (et al); organizador: Silvio Fernandes da Silva. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008.

TEIXEIRA, R.R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.6, n.1, p.49-61, 2001.

TESTA, Mário. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação: O Caso da Saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC, 1995.

TESTA, Mário. **Saber em Salud: la construccion del conocimiento.** Buenos Aires: Editorial, 1997

TOURAINÉ, Alain. **Poderemos viver juntos? Iguais e diferentes.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atrás, 1987

Santos, Milton. **O retorno do territorio.** En: OSAL : Observatorio Social de América Latina. Año 6 no. 16 (jun. 2005-). Buenos Aires : CLACSO, 2005- . -- ISSN 1515-3282

VASCONCELOS, Eymard Mourão .A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v.23, n.53, set./dez. 1999.

VYGOTSKY, L.S. A Formação Social da Mente 4ª edição brasileira. São Paulo: Martins Fontes, 1991

