

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

BELA FEIMAN SAPIERTEIN SILVA

**INTEGRALIDADE NA GESTÃO EM SAÚDE?
A VOZ DOS GESTORES**

VITÓRIA
2012

BELA FEIMAN SAPIERTEIN SILVA

**INTEGRALIDADE NA GESTÃO EM SAÚDE?
A VOZ DOS GESTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gladys Amelia Vélez Benito.

VITÓRIA
2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S586i Silva, Bela Feiman Sapiertein, 1961-
Integralidade na gestão em saúde? : a voz dos gestores /
Bela Feiman Sapiertein Silva. – 2012.
254 f. : il.

Orientador: Gladys Amelia Vélez Benito.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde. 3. Pesquisa
qualitativa. 4. Assistência integral à saúde. 5. Representações
sociais. I. Benito, Gladys Amelia Vélez. II. Universidade Federal
do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

BELA FEIMAN SAPIERTEIN SILVA

INTEGRALIDADE NA GESTÃO EM SAÚDE: A VOZ DOS GESTORES

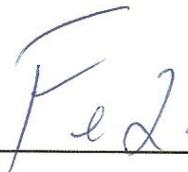
Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 30 de março de 2012.

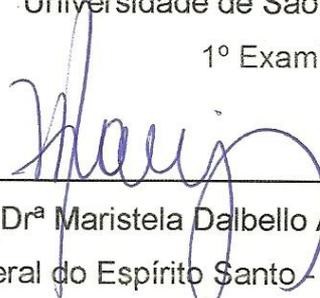
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Gladys Amelia Vélez Benito
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Orientadora



Prof. Dr. Fernando Lefevre
Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo
1º Examinador



Profª Drª Maristela Dalbello Araújo
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
2ª Examinadora

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, que me ensinou a ser quem sou. Porque você é a minha referência, minha fonte de inspiração. Para que, esteja onde estiver, se orgulhe de mim!

Aos meus filhos que me estimulam a ser o que sou. Porque vocês são a realização do meu maior sonho. Para que no nosso dia a dia eu possa transmitir que vale a pena sonhar, vale a pena lutar pelo que acreditamos!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que me mostrou o momento certo, me deu paciência para esperar, me mostrou o caminho e me deu sabedoria para seguir. Tenho certeza que sempre está ao meu lado me guia e me ilumina.

Construir uma dissertação é um caminho impossível de ser percorrido sem o apoio de uma rede de pessoas que ao longo dos dois anos nos acompanham, nos apoiam, nos sustentam e nos fortalecem.

Jorge, meu marido querido, meu eterno namorado, meu obrigada especial pela cumplicidade, pelo companheirismo, pela paciência, pelo seu apoio incondicional. Se cheguei até aqui, foi principalmente porque você acreditou em mim!

Ju e Rafa, meus filhos amados, como agradecer os momentos em que cuidaram de mim, me acolheram, me pegaram no colo, me apoiaram e principalmente compreenderam a minha ausência e meu mau humor. Nada teria sentido se eu não tivesse vocês!

Minha mãe, que sem entender bem o que todo esse processo representa, me respeitou e me acompanhou silenciosamente, sempre solidária.

Jume, Rifka, Hana e Esther, minhas irmãs, que mesmo longe, estão sempre perto de mim. Vocês são a minha luz, a minha força, cada uma do seu jeito, sei que torcem por mim.

Tia Penha e Magui, minhas companheiras, sempre a disposição, me deram a tranquilidade que precisava para caminhar.

Gladys, minha orientadora e amiga, obrigada pela oportunidade de realizar um sonho, pelo respeito, por confiar em mim e me ajudar a superar os meus medos.

A vocês Fernando e Ana que me apontaram uma luz, quando parecia que tudo estava escuro.

A minha amiga Katinha que participou do meu sonho, me estimulou e me acompanhou.

A tantos amigos e professores do mestrado que entraram em minha vida, me ensinaram, me proporcionaram momentos de crescimento e de troca e que com certeza, permanecerão em meu coração.

A você Kallen, minha gratidão eterna pela força, pela amizade, pelo incentivo e por todos os momentos de estudo, de desabafos e de descontração.

A minha equipe de trabalho e principalmente a você Luiz Claudio que tão generosamente compreenderam o meu momento e as minhas presenças ausentes.

Aos gestores que participaram dessa pesquisa, meu muito obrigada pela disponibilidade porque sem dúvida somos co autores dessa história.

Finalmente, agradeço a tantos outros que de maneira direta ou indireta contribuíram para a realização dessa conquista. A todos vocês meu muito obrigada!

***“NÃO É O DESAFIO COM QUE NOS
DEPARAMOS QUE DETERMINA QUEM SOMOS E O
QUE ESTAMOS NOS TORNANDO, MAS A MANEIRA
QUE RESPONDEMOS O DESAFIO”***

HENFIL

RESUMO

SILVA, B. F. S. **Integralidade na gestão em saúde? A voz dos gestores.** 2012. 254 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2012.

A integralidade constitui-se em um princípio e uma diretriz para a organização do SUS, sua efetivação perpassa por uma série de tensões e conflitos que envolvem a compreensão da saúde enquanto direito e a lógica do mercado vigente que afeta o campo da gestão em saúde. A gestão municipal de saúde por um lado é desafiada a mediar interesses e por outro, confere a potência de produzir iniciativas singulares que contribuam para efetivação da integralidade. O estudo pretende conhecer as representações sociais dos gestores que atuam na microrregião São Mateus sobre a integralidade, a partir de suas práticas de gestão. Entrevistou-se 16 gestores municipais a partir de um questionário semiestruturado, com apresentação de temas sobre seu cotidiano de trabalho. Utiliza a abordagem metodológica da pesquisa quali-quantitativa. A análise dos dados foi por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), baseado na teoria das representações sociais e teve como recurso de apoio, o programa *Qualiquantisoft*. Os discursos-sínteses descrevem as ideias centrais e as ancoragens identificadas nas entrevistas; estes apresentaram-se em três com sentidos interligados e indissociáveis: a) integralidade relacionada às práticas e à organização dos serviços; b) integralidade relacionada à forma de perceber os indivíduos e, c) integralidade relacionada ao envolvimento do trabalhador e usuário. Verifica-se que há um entendimento da necessidade de integração entre setores, profissionais, diversas secretarias e entes federados. Existe o reconhecimento de que os problemas da saúde extrapolam o conceito biomédico e, as práticas de escuta, acolhimento e vínculo e, o envolvimento dos usuários e trabalhadores contribui para efetivação da integralidade. Porém, mesmo diante de iniciativas pontuais, se observam contradições que indicam a manutenção do modelo médico assistencial. Aponta as dificuldades e limitações, relacionadas com fatores macro-organizacionais e questões no âmbito municipal. Estes gestores por meio de certo conformismo e sentimento de impotência reproduzem em suas práticas as tensões e contradições do contexto atual mostrando fragilidade na implementação da integralidade nas práticas de gestão.

Descritores: Assistência Integral à Saúde, Gestão em Saúde, SUS.

ABSTRACT

SILVA, B. F. S. **Integrality in health management? The voice of the managers.** 2012. 254 f. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Postgraduate Program in Public Health, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil. 2012.

The Integrality is a principle and a guideline for the organization of the Brazil's Unified Health System (SUS). Its effectiveness goes through a lot of tensions and conflicts involving the understanding of health as a right and the economic logic that affects the health management issue. The municipal health management is challenged to mediate these interests and to produce singular initiatives which contribute to the effective Integrality. This study aims to analyze the Integrality's social representations of Health Managers who work in São Mateus's microregion, focusing in the management practices. We interviewed 16 city health managers using a semi-structured questionnaire, presenting topics on their daily work. The methodological approach is the qualitative and quantitative research. The data analysis was realized by Collective Subject Discourse technique, which is based on the social representations theory, and we used Qualiquantisoft software as support. The results are presented from the synthesis-speeches which describe the central ideas and anchors identified in the interviews; these speeches were presented in three interrelated and inseparable directions: a) integrality related to the practices and the work organization; b) integrality related to how the individual is perceived, and c) integrality related to the involvement between worker and user. There is an understanding of the need of integration between health sectors, professionals, State departments and federal instances. There is recognition that health problems go beyond the biomedical concept and that the listening and acceptance practices, and also the involvement between workers and users contribute to Integrality's success. However, even with specific initiatives, we have observed many contradictions which indicate the persistence of assistential medical model. We point out the difficulties and limitations related to macro-organizational factors and municipal issues. The health managers work with a certain resignation and powerlessness, so their practices reproduce the current context tensions and contradictions, showing weakness in the implementation of integrality on management practices.

Descriptors: Comprehensive Health Care, Health Management, Unified Health System.

LISTA DE TABELAS

Tabela 2 – Ideias Centrais da primeira questão.....	82
Quadro 1 - Organização das ideias centrais e DSCs da primeira questão.....	83
Tabela 3 – Ideias Centrais da segunda questão.....	152
Tabela 4 – Ideias Centrais da terceira questão.....	165
Tabela 5 – Ideias Centrais da quarta questão.....	176
Quadro 2 - Organização das ideias centrais e DSCs da quarta questão.....	178
Tabela 6 – Ancoragem.....	215
Tabela 1 – Caracterização dos gestores.....	253

LISTA DE SIGLAS

AC - Ancoragem

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMA - Agência Municipal de Agendamento

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEO – Centro de Especialidade odontológica

CEUNES - Centro Universitário Norte do Espírito Santo

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CIB micro - Colegiado Intergestor Bipartite - Microrregião

CIM NORTES - Consórcio Intermunicipal do Norte do Espírito Santo

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

CGR - Colegiado de Gestão Regional

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COSEMS/ES - Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/ES)

CRE – Centro Regional de Especialidade

CTT – Centro de Tratamento de Toxicômanos

DesprecarizaSUS – Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

DS - Distritos Sanitários

ECH - Expressões-chaves

FMS - Fundo Municipal de Saúde

HEMOES – Hemocentro

HRAS - Hospital Roberto Arnizaut Silvares

IC - Ideias Centrais

IFES - Instituto Federal do Espírito Santo

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MAC - Média e Alta Complexidade

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOAS - Normas Operacionais de Assistência

NOBs- Normas Operacionais Básicas

NRE - Núcleo Regional de Especialidades

OMS- Organização Mundial de Saúde

OMS/Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ONGs - Organizações Não Governamentais

PA - Pronto Atendimento

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Saneamento Programa de Agentes Comunitários

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PAISC - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PDI - Plano Diretor de Investimento

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPA - Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada e Integrada da Assistência

PSA - Antígeno Prostático Específico

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF - Programa de Saúde da Família

PT - Partido dos Trabalhadores -

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SESA - Secretaria de Estado da Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SIM - Sistema de Informações de Mortalidade

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

UMI - Unidade Mista de Internação

USP - Universidade São Paulo

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Infantil

Tb – Tuberculose

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO AO TEMA.....	17
2 TEMÁTICAS RELEVANTES PARA O ESTUDO.....	22
2.1 O CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	22
2.1.1 Uma vertente da política do Sistema Único de Saúde	22
2.1.2 Descentralização das ações de saúde	27
2.1.3 O processo de regionalização.....	33
2.1.4 Gestão municipal.....	34
2.2 O CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	43
2.2.1 Modelos de atenção à saúde.....	43
2.2.2 Atenção primária à saúde como proposta de reorganização de sistemas de saúde.....	52
3 A INTEGRALIDADE	57
4 OPÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO	68
4.1 CONHECENDO O CAMPO DA PESQUISA	69
4.2 PERCURSO METODOLÓGICO	74
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	80
5 DE FRENTE COM OS DISCURSOS.....	81
5.1 IDEIAS CENTRAIS	81
5.2 ANCORAGEM.....	215
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	222
7 REFERÊNCIAS.....	228

APENDICES E ANEXOS.....	249
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PESQUISADOS.....	250
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	251
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	252
APÊNDICE D – TABELA DE CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES	253
ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO.....	254

1 INTRODUÇÃO AO TEMA

A partir de um prisma social, a realidade apresenta uma série de características que a diferenciam de períodos anteriores. Para Bauman (2008) a sociedade moderna foi gradativamente alterando sua organização e as relações humanas, na medida em que esta se transformou de uma sociedade de produtores para uma sociedade de consumidores.

A sociedade de produtores que se caracterizava pela produção em série para fortalecer o mercado de massa dá espaço a uma sociedade de consumidores que, além de garantir uma produção em grande escala aponta para um mercado cada vez mais individualizado, com vistas a atender desejos específicos de cada cliente. Esta nova sociedade tem como uma de suas características a produção inesgotável de desejos e conseqüentemente de mercadorias para satisfazê-los. Porém, ambos se tornam obsoletos com muita rapidez, tornando-se descartáveis e dando espaço para a introdução de novos desejos e novas respostas do mercado, produzindo o movimento do consumismo.

Ocupa destaque os avanços tecnológicos que possibilitam inovações em todos os aspectos da vida humana, favorecendo a criação e o consumo incessante de novos produtos e ainda, ocupa um papel central no que se refere tanto às novas formas que caracterizam as relações humanas quanto ao acesso e a velocidade de transmissão das informações.

Assim, tanto a valorização do consumo quanto os avanços tecnológicos estão diretamente vinculados ao caráter globalizante da nossa realidade, que cria uma totalidade social na qual os fatos e as relações humanas ecoam e trazem conseqüências que rompem as limitações produzidas pelas distâncias e pelo tempo. Essas características são acompanhadas por mudanças no contexto político econômico do país que apontam a transferência do papel regulatório do Estado para o mercado; a privatização, ainda que parcial, dos serviços de bem estar social; o fortalecimento das relações hierárquicas; o aumento das desigualdades sociais seja entre países ou entre estados, municípios e grupos, entre outras (SANTOS, 2005).

Da mesma forma, esse contexto interfere nas relações sociais, na visão de mundo, nos padrões de conduta e na organização das instituições sociais, bem como, nas

formas com que os representantes públicos direcionam suas práticas com vistas a dar respostas às questões emergentes.

Diante dessas mudanças, os diversos aspectos que envolvem a questão da saúde também sofrem transformações e fomentam a revisão do conceito de saúde, o redirecionamento das políticas públicas e a adequação da sua institucionalidade de forma a responder às novas exigências desta sociedade.

Nesse contexto emerge de forma contra hegemônica o Movimento da Reforma Sanitária que propõe não apenas mudanças no modelo de atenção à saúde biologicista, excludente e fragmentado, mas amplia a sua luta pela redemocratização do país. Como fruto dessa luta, garante-se a inclusão da saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição Federal de 1988. Esta afirmativa se materializa com a institucionalização do SUS, caracterizado pela universalização dos serviços, equidade e integralidade da atenção à saúde, descentralização político-administrativa e participação social (BRASIL, 1988).

O SUS, enquanto um aparato jurídico-legal apresenta uma proposta inclusiva e de grande eficácia e efetividade, porém podemos afirmar que, apesar de diretrizes formalmente estabelecidas, a sua efetivação ainda é um processo em construção (BRASIL, 2006a, 2007, 2007b; SANTOS, 2006, 2010; SILVA; GULJOR, 2009).

Essa construção se dá num processo de constante tensão entre os princípios idealizados na construção do SUS e o contexto contemporâneo, que se apresenta como a proposta hegemônica vigente. Nesse sentido, torna-se um desafio a garantia da saúde como direito de todos numa sociedade que transforma o cidadão em um agente consumidor e a saúde em mercadoria. Para Bauman (2008) o sujeito consumidor precede o sujeito cidadão e apresenta a distinção entre o 'consumidor eficiente' e o 'consumidor falho'. Nesta diferenciação, valoriza-se aquele que é capaz de ter acesso aos produtos disponíveis no mercado para atender não só as suas necessidades e desejos, mas também para garantir o fluxo ininterrupto de produção e descarte que impulsiona a sociedade de consumidores. A saúde assume uma característica de produto disponível no mercado acessível para o 'consumidor eficiente', opondo-se ao seu caráter de direito e aponta obstáculos para a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e igualdade.

Este estudo apresenta uma discussão sobre a integralidade e parte do entendimento, assim como vários autores, que se trata de um termo polissêmico (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003, 2004; BONALDI et al, 2007; ASENSI, 2007; PAIM, 2008; ALMEIDA; PINHEIROS, 2010; GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010). Este poderá ter diversos sentidos e significados os quais transitam as práticas de saúde e trazem em seu bojo reflexos das tensões acima apontadas.

Entendemos que os diversos sentidos e significados atribuídos à integralidade envolvem aspectos objetivos e subjetivos, no entanto, a produção dos sentidos não são ações individuais e se apresentam como construções sociais na medida em que transitam os diferentes grupos num processo cíclico de construção, compartilhamento e reconstrução dos sentidos.

A Lei Orgânica da Saúde contempla integralidade de assistência como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a). No entanto, Mattos (2001, p. 41) amplia a sua importância ao afirmar que integralidade:

[...] não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo" [...]. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

O referido autor define ‘imagem objetivo’ como uma situação considerada desejável e possível de se tornar realidade e complementa afirmando que “parte de um pensamento crítico, um pensamento que se recusa a reduzir a realidade ao que ‘existe’, que se indigna com algumas características do que existe, e almeja superá-las” (MATTOS, 2001, p. 41).

Construir e implantar modelos de atenção à saúde pautados no princípio da integralidade torna-se um desafio para a gestão municipal, estadual e federal e conforme Camargo (2007, p. 42) afirma:

[...] a construção da integralidade não é um ato simples como se apresenta na Constituição Federal, ela se dá num complexo processo de negociações, que vai da formulação de políticas, no nível macro, a partir do Estado, à produção de ações de cuidado de saúde [...].

Essas negociações envolvem os usuários do serviço, gestores e demais trabalhadores entre outros, que a partir da produção e/ou reprodução das práticas sociais num contexto específico, poderão direcionar mudanças (ou não) na realidade da saúde local e nacional. No entanto, não podemos pensar no encaminhamento dado às práticas dos serviços de forma autônoma, visto que “o trabalho em saúde reflete valores da sociedade que influenciam os profissionais e a população atendida, não sendo, portanto, completamente controlável” (O'DWYER; MATTOS, 2010, p. 610).

O estudo aponta os gestores municipais de saúde como agentes sociais que possuem representações sociais específicas e que, a partir da reflexividade da vida social, das suas ações e a dos outros, poderão reproduzir ou propor mudanças nas próprias práticas (GIDDENS, 2009) com vistas a alcançar uma ‘imagem objetivo’ (MATTOS, 2001).

Este estudo parte do entendimento de que os gestores agem e direcionam suas ações a partir do contexto em que estão inseridos, dos locais que ocupam nesta realidade e conseqüentemente, das representações sociais que constroem em relação aos vários aspectos que envolvem o encaminhamento das ações de saúde.

Assim propomos analisar as representações sociais sobre o princípio da integralidade presentes na narrativa das práticas dos gestores municipais da microrregião São Mateus-ES. É identificada e discutida a caracterização dos gestores de saúde que atuam nos municípios da microrregião São Mateus e identificam-se as representações sociais dos gestores sobre o princípio da integralidade e os limites e possibilidades para a sua efetivação.

Para alcance dos objetivos propostos, percorremos inicialmente por uma revisão da literatura de temas considerados pertinentes para este estudo. Dentre os assuntos apontamos o contexto da organização do sistema de saúde, que envolve uma vertente do SUS, o processo de descentralização, regionalização e a gestão municipal associada ao papel do gestor.

Posteriormente apresentamos o contexto da organização da atenção à saúde, resgatando os modelos de atenção à saúde e a atenção primária à saúde como proposta de reorganização da saúde.

O capítulo seguinte refere-se a uma revisão dos diversos sentidos e significados apresentados na literatura sobre o princípio da integralidade.

Dando continuidade, apresentamos o campo da pesquisa e a trajetória metodológica percorrida neste estudo e a seguir, apresentamos os resultados e as reflexões a partir dos discursos dos sujeitos pesquisados e ainda, levantamos algumas considerações finais.

2 TEMÁTICAS RELEVANTES PARA O ESTUDO

2.1 O CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Com o intuito de contextualizar e compreender melhor as dimensões que envolvem o tema em estudo sob a perspectiva da gestão na microrregião, torna-se pertinente apresentar alguns aspectos relacionados consolidação do SUS e à organização dos serviços de saúde, com ênfase na descentralização, regionalização e gestão municipal das ações de saúde.

2.1.1 Uma vertente da política do Sistema Único de Saúde

Compreender o sistema de saúde vigente no Brasil reporta-nos à compreensão da construção de políticas públicas. Não existe uma única definição sobre o que seja política pública, porém entendemos que se trata de um conceito amplo e abrangente e que segundo Souza (2006, p. 26), nos países democráticos, constitui-se na tradução dos propósitos e plataformas eleitorais dos governos em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Para Sampaio e Araújo Junior (2006) as políticas públicas são ações do poder público com o propósito de dar respostas aos problemas que surgem no bojo da sociedade e apresentam relevância social.

Como os problemas devem ter magnitude e relevância social para serem inseridos na agenda de prioridades dos órgãos fomentadores de políticas e, como existem diversos grupos com problemas e interesses específicos, as políticas públicas tornam-se fruto de conflito entre estes distintos atores da vida social, trazendo assim, a necessidade de um constante processo de negociação.

As políticas públicas são “objeto de disputa entre diversos grupos, disputa que se estende à própria decisão do que deve ser considerado em certo momento como um problema público e, portanto, que deve ser alvo da ação regulatória do Estado” (MATTOS, 1999, p. 49).

A formulação e implementação de determinada política pública envolve “questões tanto de ordem objetiva, relacionadas com equipamentos públicos, serviços, disputas políticas, locação de recursos, entre outros, quanto questões de ordem

teórica, como concepções de sujeitos sociais, cidadania e inclusão social” (SAMPAIO; ARAÚJO Jr, 2006, p. 336). Acreditamos que estas questões se apresentam na vida humana de forma indissociável.

A partir da década de 80 observamos mudanças significativas na formulação e monitoramento das políticas públicas do país. Se por um lado, o Estado se apresenta subordinado ao papel do mercado, seguindo as regras e os interesses estabelecidos e valorizados por este (BAUMAN, 2008), por outro lado, aponta-se a ampliação da participação social nesse processo.

É nesse contexto pautado por uma lógica de mercado atrelado a redemocratização do país que se deve compreender a atual conformação do sistema público de saúde que tem seu berço no movimento da Reforma Sanitária. Este movimento que envolveu diversos atores sociais como intelectuais, profissionais de saúde, estudantes entre outros, se consolidou na VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986.

A Conferência, precedida por conferências prévias estaduais e municipais, caracterizou-se pela ampla participação popular e apresentou como pontos de discussão a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento da saúde. O seu relatório final ofereceu os subsídios necessários para a formulação do SUS (BRASIL, 1986).

Este processo não ocorreu de forma linear, envolvendo conflitos tanto no que se refere a fatores internos ao movimento pela reforma sanitária quanto ao contexto. Estes fatores estão vinculados ao fato do movimento aglutinar diversos grupos sociais com pontos de vista e interesses diversos (MATTOS, 2009). Vivencia-se uma disputa entre diferentes modos de pensar que fortalecem a compreensão da integralidade como um termo polissêmico e de múltiplos entendimentos assim como também o dissenso entre as diversas possibilidades em relação ao modelo de atenção a ser adotado.

As questões externas estão relacionadas ao contexto no qual o movimento da Reforma Sanitário constrói sua institucionalidade. As propostas apresentadas, sob bases democráticas, foram construídas num contexto neoliberal no qual se afirma a participação mínima do Estado nas atividades direcionadas ao setor social.

Este processo, segundo Bauman (2008), trouxe maior impacto no que se refere ao trabalho visto que, em relação ao capital, o Estado mantém o estímulo crescente a novos empreendimentos, além de valorizar mecanismos que visem desmobilizar estratégias de reivindicação coletivas e/ou individuais com vistas à manutenção do baixo custo da mão de obra. Já no que se refere ao trabalho, observa-se uma desresponsabilização dos órgãos governamentais em relação à prestação de serviços considerados historicamente como funções públicas essenciais para a vida humana e conseqüentemente para o trabalhador. Esta responsabilidade passa a ser transferida para os indivíduos, para o setor privado e está atrelada à cultura consumista que defende a liberdade de escolha individual em detrimento de uma perspectiva coletiva e de direito.

A garantia, com frequência repetida, de que “este é um país livre” significa: é sua responsabilidade o tipo de vida que deseja levar, como resolve vivê-la e os tipos de escolha que você faz para que seu projeto se concretize; culpe a si mesmo, e a ninguém mais, se tudo isso não resultar na felicidade que você esperava (BAUMAN, 2008, p. 113).

Desta forma, a responsabilidade e a liberdade individual com vistas à autorrealização e ao alcance dos próprios desejos e interesses se sobrepõem à perspectiva coletiva cabendo ao indivíduo definir o limite da sua responsabilidade para com o outro.

Ainda que esse contexto seja contrário ao propósito da Reforma Sanitária, a articulação e os conflitos entre os diferentes interesses dos diversos segmentos sociais culminaram em uma transformação radical no arcabouço jurídico normativo do sistema de saúde brasileiro, confirmado a partir da inclusão da saúde na Constituição Federal de 1988, no capítulo VIII da Ordem social e na seção II referente à Saúde que determina no artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080/90 afirma que a “saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...]” (BRASIL, 1990). No entanto, esta compreensão da saúde extrapola os direitos que o SUS se propõe a garantir e ainda, os fatores

atrelados à saúde na Lei não são integralmente garantidos constitucionalmente, dificultando assim, a garantia da saúde como um direito conforme afirmada pela Constituição Federal.

Diante deste cenário, surgem algumas iniciativas de indivíduos e/ou grupos em busca de garantir os seus direitos. Dentre estas, Mattos (2010a) apresenta as ações realizadas por organizações não governamentais (ONGs) e a judicialização da saúde, as quais têm ocupado espaço no cotidiano das secretarias de saúde.

Em um primeiro momento a judicialização se apresenta como uma luta por um interesse individual e distancia-se de um propósito coletivo, na medida em que o indivíduo não tendo acesso a seus direitos, busca garanti-los por via judicial. Ainda que esta iniciativa seja individual, favorecendo aquele que tem o conhecimento para acessar as vias legais em detrimento de tantos outros que se mantêm a margem do sistema, esta pode se tornar um dispositivo para gerar uma reflexão dos gestores sobre os serviços de saúde e colaborar para uma reorganização dos mesmos de forma a beneficiar o coletivo, o que, segundo Mattos (2010a), a torna um processo social e não uma demanda individual.

Por outro lado, em uma sociedade consumista, a judicialização pode ser compreendida como uma estratégia para que o indivíduo tenha acesso ao seu produto de desejo o qual ele não conseguiu adquirir a partir do fluxo proposto pelos serviços de saúde. O indivíduo que até então era um 'consumidor falho' se transforma em um 'consumidor eficiente'. A saúde deixa de ter uma conotação de direito para se tornar uma mercadoria. Entendemos que a judicialização é uma possibilidade que tanto pode limitar a efetivação dos princípios do SUS como também contribuir para transformação das práticas com vistas a esta efetivação.

Em relação à atuação das Organizações Não Governamentais (ONGs), também é possível observar duas possibilidades. Se por um lado, refere-se a causas específicas e não ao efetivo acesso universal, por outro Mattos (2010a) afirma que é possível que, a partir dos interesses específicos, os grupos se solidarizem com outras lutas e contribuam para a construção de redes, fundamentais para a luta por direitos.

Apesar das limitações, não se pode negar os avanços alcançados a partir da instituição do SUS no que se refere à ampliação do acesso à saúde, pois como Noronha e Soares (2001) afirmam o SUS ainda é a única alternativa para grande parte da população brasileira. No entanto, percebe-se que a sociedade, ainda não se apropriou do SUS como um direito coletivo, o que segundo Jelin (2006) e Santos (2010) exige a incorporação do sentimento de pertencimento.

Não há um sentimento de pertencimento da população em relação ao SUS. Todos os segmentos sociais buscam garantir, de algum modo, um plano de saúde: trabalhadores pelos seus dissídios coletivos; servidores com serviços próprios; ministério público, judiciário, parlamentares, autoridades públicas sanitárias, todos pretendem (ou já tem garantido) um plano de saúde institucional; e os secretários de saúde muitas vezes dirigem um sistema que não usam (SANTOS, 2010).

Percebe-se que o SUS ainda é visto como um conjunto de serviços de saúde para as camadas populacionais economicamente menos favorecidas, ainda que quando se trata de serviços de alta complexidade, os mesmos são utilizados por todos, independente da classe sócio econômica.

Ao mesmo tempo em que se garantiu o princípio da universalidade, houve uma procura maior por parte das camadas médias da população à saúde suplementar (privada), em decorrência da baixa qualidade e resolutividade dos serviços prestados pelo SUS (Mattos, 2009). Esta realidade contribuiu para a promoção de uma universalização excludente e na redução do apoio político ao sistema público.

Ademais, de um ponto de vista político, essa universalização excludente, ao expulsar grupos sociais portadores de maior capacidade de vocalização, contribui para erodir as bases sociais da Reforma Sanitária ao anular a capacidade de formação de opinião pública das camadas médias e a força de mobilização dos sindicatos ligados aos setores industriais modernos (MENDES, 1994, p. 56).

A reversão deste processo e a sustentabilidade do sistema público estão vinculadas não apenas à garantia de acesso, mas à oferta de um tratamento digno, com qualidade e que vá ao encontro das necessidades dos usuários (MATTOS, 2009). Teixeira (2009), afirma não crer em uma mudança na premissa de que o setor privado é mais eficaz que o SUS. Porém, Mattos (2009, p.778) coloca o princípio da integralidade como a chave para gerar transformações nas práticas de saúde e criar possibilidades para uma “reversão radical da ‘imagem simbólica’ de qualidade superior da saúde suplementar”.

Acreditamos que o grande desafio, na sociedade em que vivemos, é romper a visão sobre o SUS de que este sistema de saúde é simplesmente a porta de entrada para que consumidores tenham acesso a mercadorias (medicamentos, exames, consultas entre outros) necessárias para o tratamento de doenças, utilizada por segmento da população que não são capazes de se tornar consumidores da saúde suplementar e fortalecer a idéia de que o SUS é uma conquista social do povo brasileiro, independente do lugar em que cada um ocupa na sociedade.

Assim, entendemos que a saúde não é um produto qualquer disponível no mercado, trata-se de um bem voltado para a vida. Nesse sentido, Barros e Barros (2007) colocam “que o que está em jogo não pode ser colocado no ampliado e diversificado mercado de bens de consumo capitalista”. Atrelado a esta mudança, acreditamos ser necessário também reverter a valoração dada ao indivíduo e garantir que o sujeito cidadão anteceda ao sujeito consumidor.

2.1.2 Descentralização das ações de saúde

A questão federativa não é recente na política de saúde brasileira e apresenta arranjos institucionais e graus de centralização e descentralização distintos ao longo do tempo, variando de acordo com os modelos de atenção hegemônicos vigentes. As formas de relacionamento entre as instâncias de governo na provisão de serviços de saúde são determinadas a partir de pactos específicos historicamente determinados (VIANA; MACHADO, 2009).

Apesar de o Brasil estar organizado a partir de um federalismo prioritariamente cooperativo, também apresenta algumas características competitivas principalmente no que se refere a ‘guerra’ fiscal entre os Estados (MENDES, 2006), a qual Levcovitz, Lima e Machado (2001) e Mendes (2006) definem como um federalismo predatório. O federalismo assume relevância nos anos 90, em decorrência da promulgação da Constituição de 1988, que apresenta uma lógica de descentralização com ênfase na municipalização (VIANA e MACHADO, 2009).

Entendemos que a descentralização da saúde apresentada na Constituição para o setor saúde não é uma proposta independente, mas acompanha a reforma política econômica que se apresenta em nível nacional. Cabe compreender que a descentralização é proposta em um momento político em que a prioridade é

direcionada para a estabilização da moeda e o pagamento da dívida externa em detrimento de investimentos públicos nas áreas sociais, onde se inclui o setor saúde. Neste sentido, o Estado busca reduzir seu papel e a sua responsabilidade em relação à oferta de serviços considerados essenciais à população e utiliza como estratégia a inversão na forma de organização vigente pautada na centralização político-administrativa.

Se esta estratégia, pensada no âmbito nacional, favorece o fortalecimento de um modelo político pautado nesta restrição da responsabilidade do Estado; no âmbito municipal, o seu impacto é contrário na medida em que ocorre uma transferência de responsabilidade para a referida esfera, ampliando o seu papel de executor. Observamos que neste contexto, há um favorecimento ao alcance de interesses do mercado, na medida em que descentraliza principalmente a execução das ações, o que implica em negociações e acordos entre os setores públicos e privados para garantir a oferta de serviços à população.

Existem várias divergências entre autores em relação ao tema da descentralização não apenas em relação às questões teóricas, mas também quanto a sua operacionalização e amplitude. No entanto, o ponto comum refere-se ao entendimento da descentralização enquanto uma estratégia para o fortalecimento das esferas locais (ELIAS, 1996).

A política de descentralização das ações se apresenta como uma estratégia para atender a necessidade de redução de despesas (ELIAS, 1996). No cenário internacional, a descentralização é apresentada diante dos primeiros sintomas de crise do modelo vigente - Estado de bem-estar social (MENDES, 1998). No âmbito nacional, vincula-se à crise fiscal do Estado vivida no final da década de 1970 e a crítica ao centralismo das decisões no regime militar (MENDES, 2006).

Para superação da crise, propõe-se a transferência de algumas responsabilidades às esferas locais. No entanto, “foram construídos sistemas municipais com distintos potenciais resolutivos, atomizados e desarticulados, independente da capacidade de governo dos municípios para assumir esse papel” (SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009). Apesar da ampliação do acesso possibilitada pelo processo de descentralização,

este não contribuiu para a redução das desigualdades na produção de serviços entre os municípios (ARRETCHE, 2003).

A descentralização foi apresentada como uma alternativa para melhorar a racionalidade do Estado e minimizar as denúncias de fraudes e de desperdícios financeiros que se faziam presentes, na medida em que possibilitava maior proximidade dos gestores aos serviços facilitando assim, a fiscalização e a redução da burocracia (ELIAS, 1996). O processo de descentralização envolve tanto a transferência de serviços, quanto de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Não é possível analisar descentralização dissociada da centralização visto que uma instância descentralizará alguns pontos em detrimento de outros, dificultando o alcance de uma descentralização total (ELIAS, 1996; SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009).

No setor saúde, a descentralização assume expressão, ainda que de forma incipiente, a partir da década de 1980, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) na qual a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados pelos governos municipais e estaduais. Posteriormente a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) propõe a descentralização das atividades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde (ELIAS, 1996). A descentralização ganha ênfase com a promulgação da Constituição de 1988 que, no seu artigo 198 determina que as ações e serviços públicos de saúde são organizados de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1988). O artigo 30 inciso VII afirma que é da competência municipal a prestação de serviços de saúde mediante cooperação técnica e financeira da União e do Estado.

A transferência de responsabilidades e atribuições para os Estados e municípios foi acompanhada por um crescimento das transferências fundo a fundo e consequente substituição da lógica de pagamento por produção (BRASIL, 2007). No entanto, observa-se uma redução na participação da União nos gastos totais do SUS associada a um aumento da participação relativa dos Estados e municípios (BRASIL, 2006a).

Apesar do avanço e dos espaços formais de negociação, como a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB), o governo federal ainda mantém a centralização do poder normativo e econômico do SUS, mantendo o caráter marginal das esferas subnacionais (MENDES, 2006). Esta realidade associada ao fato do Ministério da Saúde utilizar mecanismos de 'indução' para alcance dos fins desejados, acaba por restringir significativamente a autonomia dos municípios (ARRETICHE, 2003; FEUERWERKER, 2005).

O processo de adesão dos Estados e municípios às Normas Operacionais Básicas (NOBs) revela o poder de indução do MS e tanto Arretche (2003) quanto Feuerwerker (2005) trazem a reflexão sobre a liberação de financiamentos para a ESF enquanto um mecanismo de 'indução' do MS.

Feuerwerker (2005) ainda coloca que, em decorrência desta situação, a referida estratégia apresenta-se enquanto o modo predominante de organização da atenção básica, ainda que limite a autonomia do gestor municipal para organizar o seu sistema de saúde local e negue as diversidades regionais. Na análise do referido autor, esta realidade apresenta uma contradição, "pois, pela força da indução financeira, todos 'obedecem', mas, ao mesmo tempo, desobedecem, pois há tantas 'saúdes da família' quantas equipes de saúde da família existem no país" (FEUERWERKER, 2005, p. 499).

A descentralização é a única diretriz do SUS que vai ao encontro tanto das propostas do Movimento Sanitário quanto do pensamento neoliberal, apesar das bases ideológicas de cada um serem distintas (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004; SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009).

O Movimento Sanitário defende a descentralização como uma possibilidade para a redemocratização do país na medida em que aproxima os serviços às necessidades do cidadão e possibilita a ampliação da participação social. Já o projeto político econômico vigente defende a descentralização na medida em que contribui para a redução do papel do Estado em nível nacional e compartilha as responsabilidades com a sociedade e o mercado (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009).

Esse interesse duplo facilitou o avanço do processo de descentralização. Porém, afirma que este processo não é suficiente para garantir o caráter democrático do processo decisório e ainda, que para a sua efetivação é necessário o fortalecimento da capacidade gestora das três esferas governamentais, a adequada condução dos investimentos financeiros, a absorção dos valores democráticos nas instituições do setor saúde e a construção de mecanismos de regulação eficazes e efetivos (LECOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

As NOBs e as Normas Operacionais de Assistência (NOAS) representam instrumentos importantes para a concretização da diretriz de descentralização e, apesar das suas especificidades, apresentam como ponto incomum a orientação do processo de descentralização com vistas à definição de estratégias para operacionalização do SUS. Em 2006 é formalizado pela portaria nº 399/GM e regulamentado pela portaria nº 699/GM do mesmo ano, o Pacto pela Saúde com a finalidade de qualificar a gestão pública do SUS, para alcançar “maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas” (BRASIL, 2007, p. 117). Trata-se de um acordo interfederativo que redefine os compromissos sanitários das três esferas de governo no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde (BRASIL, 2007b).

A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão -, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006b, p.7).

O Pacto pela Saúde propõe produzir inovações na organização e na gestão com vistas à superação dos entraves presentes no processo de descentralização (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Para garantir que o Pacto ultrapasse os documentos formais em direção a mudanças efetivas para a consolidação do SUS é necessário o fortalecimento das instâncias de pactuação com vistas a uma relação cooperativa e a eliminação da competitividade predatória (MENDES, 2006).

Por outro lado, dois pontos devem ser analisados em relação à efetivação do princípio da integralidade. Em primeiro lugar questionamos a formulação do Pacto que, apesar de ter sido discutido em espaços formais de representação das três esferas governamentais, na prática não foi fruto de uma discussão mais ampla que

garantisse a participação de todos os envolvidos no processo. Este ponto reporta a uma reflexão sobre a efetividade de uma democracia representativa.

Segundo Feuerwerker (2005), existem dificuldades no processo de comunicação e articulação que limitam a participação efetiva dos gestores municipais nos espaços formais de pactuação tripartite. Ainda os espaços estaduais de negociação apresentam deficiências de infra-estrutura e um grau significativo de dependência das Secretarias Estaduais de Saúde, fragilizando a atuação municipal. Assim, “justamente a voz e os interesses dos municípios, os mais próximos da realidade e dos atores locais, é que ficam em relativa desvantagem” (FEUERWERKER, 2005, p. 498).

A descentralização pode ocorrer a partir da iniciativa exclusiva da instância detentora, ou se dar de forma negociada entre as partes, sendo necessário para tanto que as esferas governamentais tenham autonomia decisória. Segundo Elias (1996), “deve-se esperar muito poucos resultados de um processo de descentralização imposto unilateralmente por uma das partes”.

O segundo ponto refere-se ao processo de acompanhamento na medida em que apresenta uma mudança de avaliação que deixa de ser por processo e passa a assumir a gestão por resultados (BRASIL, 2006b). Porém, acreditamos que o Pacto pela Vida ainda mantém indicadores que fortalecem a perspectiva de produtividade (quantitativa) em detrimento da qualidade do cuidado.

O Pacto amplia as responsabilidades da gestão municipal na medida em que assume garantir a atenção integral à saúde de sua população de forma solidária com o Estado e a União (BRASIL, 2006b), porém o grande dilema se mantém: a transferência dos recursos financeiros e do poder decisório não acompanha a transferência de responsabilidades para o âmbito municipal.

Havia a suposição de que o processo de descentralização aumentaria a eficiência e a transparência das políticas públicas, no entanto apesar dos avanços, como a ampliação da oferta local de serviços e da autonomia dos Estados e municípios, Arretche (2003) e Mendes (2006) entendem que não há evidências de que a descentralização para os governos locais tenha garantido maior eficiência.

Se para a esfera federal a descentralização de responsabilidades é uma posição confortável, pois se ‘livra’ do ônus político, social e econômico que representa a saúde e a previdência (LUZ, 2001), para os municípios torna-se um ‘peso difícil de ser carregado’. “As demandas sociais são levadas, mais proximamente, pelos cidadãos, aos estados e municípios, que, contudo, têm menores capacidades fiscais para atendê-las” (MENDES, 2006, p. 16).

Em relação ao Estado em nível regional, Keinert, Rosa e Meneguzzo (2006) consideram que o mesmo apresenta-se apenas como um repassador de recursos e afirmam que a descentralização centrada na relação da esfera federal e municipal e que denomina de ‘federalismo dual’, demonstra ser ineficaz e inequitativa.

2.1.3 O processo de regionalização

A Lei orgânica nº 8.080/90 em seu artigo 8º afirma que as ações e serviços de saúde executados diretamente ou com a participação complementar da iniciativa privada, deverão ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990a). A regionalização é apresentada como macroestratégia para avançar no processo de descentralização em saúde, visando garantir o acesso aos usuários e a oferta de serviços resolutivos e de boa qualidade em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2001).

A regionalização resultou da discussão entre os representantes das três instâncias federadas e teve como objetivo “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001, p. 14).

As NOAS apresentam o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e determinam que seja da responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde a sua elaboração com o objetivo de garantir acesso aos serviços e ações de saúde para o cidadão o mais próximo de sua residência. Enquanto uma estratégia para a efetivação da regionalização prevê um planejamento integrado para a organização de sistemas funcionais de saúde a partir de redes articuladas e cooperativas em territórios delimitados. A construção de fluxos deve garantir o acesso dos usuários às ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade com vistas à resolução dos problemas de saúde e a otimização dos recursos (BRASIL, 2001).

A elaboração do PDR consiste em um processo de delimitação e identificação das regiões de saúde, com enfoque territorial-populacional, objetivando a garantia do acesso, a garantia ao direito à saúde a partir da promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos (BRASIL, 2006c).

O Plano Diretor de Investimento (PDI) deve ser desenvolvido de forma articulada com o PDR com o objetivo de identificar prioridades e possibilitar investimentos para garantir a oferta de serviços nos diferentes níveis de complexidade e assim proporcionar maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população aos serviços de saúde a partir da (re) organização da rede assistencial (BRASIL, 2007).

A dificuldade para a efetivação do PDR e do PDI, cria um impasse para a gestão municipal que por não conseguir assegurar o acesso da população aos serviços especializados acaba por buscar uma autossuficiência (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Esta ação contribui para a oferta de uma atenção básica não resolutive e de baixa qualidade e uma alocação dos recursos financeiros ineficientes e conseqüentemente gera uma limitação para a construção de uma política pautada nos princípios da integralidade.

O Pacto de Gestão define a regionalização como seu eixo estruturante. O mesmo orienta a descentralização das ações e serviços e potencializa os processos de pactuação e negociação entre gestores e prevê uma flexibilidade para atender às necessidades singulares de regiões de baixa densidade demográfica e/ou grandes extensões territoriais e a estruturação dos Colegiados de Gestão Regional - CGRs (BRASIL, 2006c).

2.1.4 Gestão municipal

A partir da consolidação do SUS, os municípios assumem cada vez mais a responsabilidade dos sistemas de saúde municipais sob a alegação de que os processos de descentralização e municipalização possibilitam uma maior aproximação do Sistema de Saúde às diversas realidades sociais, políticas e administrativas que o país apresenta.

O processo de municipalização da saúde se consolida a partir da NOB/SUS de 1996, que define o município como o responsável pelo atendimento das necessidades de sua população. A NOAS/SUS/01 amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica e o Pacto de Gestão reafirma esta proposta na medida em que "define que todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população de forma solidária com o Estado e a União" (BRASIL, 2006b, p. 41).

Para Noronha, Lima e Machado (2004, p. 65) há quatro grandes macro-funções gestoras: "(1) formulação de políticas e planejamento; (2) financiamento; (3) coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde e (4) prestação direta de ações e serviços de saúde".

As três instâncias de gestão desenvolvem atividades referentes as quatro macro-funções, seguindo as leis federais da saúde e os atos normativos do Executivo Federal. No âmbito municipal esses autores afirmam que, em relação a primeira macro-função, cabe aos municípios a formulação de políticas e o planejamento das ações de saúde local, sendo que o conteúdo desses planos e a abrangência das ações planejadas varia nos diversos municípios do país (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004).

Quanto ao financiamento da saúde, os autores afirmam que há um aumento da participação dos municípios, porém mesmo com recursos provenientes das três instâncias de poder, os investimentos ainda são insuficientes para reduzir as desigualdades sociais. Houve uma ampliação da responsabilidade municipal sobre o pagamento dos prestadores, ainda que seja com recursos federais.

Em relação à terceira função, cabe à gestão municipal a organização das portas de entrada do sistema, o estabelecimento de fluxos e a articulação intermunicipal para garantir integração da rede de serviços e os encaminhamentos (referências) e a regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004).

Este último ponto favorece as negociações locais a partir da aproximação dos gestores e prestadores. Se por um lado, esta aproximação traz consequências que estão em consonância com a lógica da sociedade contemporânea, por outro lado

traz contribuições para a efetivação do SUS. Referimo-nos à realidade vivida principalmente em municípios de pequeno porte, porém não exclusivas, que por dispor de poucas opções de prestadores de serviços de saúde, ficam a mercê das determinações do mercado. Concomitantemente, a proximidade geográfica destes prestadores contribui para efetivar a regulação dos serviços de saúde, o acesso da população a estes serviços e o controle social.

A macro-função referente à prestação direta de ações e serviços tem sido cada vez mais assumida pelos municípios os quais são garantidos a partir de unidades transferidas de outras esferas e da rede de serviços próprios (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004, p. 65).

Entende-se que as quatro macro-funções apresentadas são inter-relacionadas e interdependentes e não podem ser compreendidas dissociadas do modelo de atenção à saúde local, o qual por sua vez está diretamente relacionado com o modelo político vigente. Este arranjo torna a gestão um desafio para a construção e encaminhamento das políticas e serviços de saúde.

O encaminhamento destas atribuições não é uma ação fácil, pois se trata de um processo que envolve não apenas vários atores com diversos interesses.

[...] parte de um encontro, de disputas e acordos, entre o conjunto de indivíduos e grupos portadores e produtores das necessidades de saúde, com o dos que dominam certos saberes e práticas, certos modos de saber fazer atos de saúde que operam sobre elas (as necessidades) mediadas por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar [...] (MERHY, 2002, p. 2).

A gestão envolve gestores, outros vários profissionais e a sociedade e se amplia com a participação dos entes não governamentais na gestão (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004). Esses diversos atores trazem consigo sua forma de ver e compreender o mundo o que envolve conceitos de saúde/doença, de ser humano, de cidadania, de democracia, entre tantos outros. Ainda estão relacionados ao contexto em que vivem e o papel que ocupam socialmente. Apresentam interesses específicos os quais, muitas vezes são antagônicos tornando o espaço de gestão um espaço de negociação e pactuação e de correlação de forças. O espaço da gestão é o lugar do poder instituído onde as necessidades de saúde dos usuários não são sempre priorizadas (MERHY, 1999). A gestão “tanto pode se prestar ao

exercício do controle dos sujeitos (processos de assujeitamento), como pode ser um importante espaço de reinvenção do trabalho” (BRASIL, 2009b, p. 29).

Esse espaço torna-se um espaço privilegiado na medida em que apresenta a possibilidade tanto de reproduzir um discurso e uma prática que contribui para a manutenção do modelo assistencial centrado no atendimento médico hospitalar e que vai ao encontro das expectativas de uma sociedade consumista, quanto de, a partir do compartilhamento de responsabilidades, transformar os interesses sociais em práticas instituídas e assim, contribuir para uma mudança com vistas à produção de um modelo pautado na integralidade da atenção.

Documentos do Ministério da Saúde afirmam que "Pensar em gestão é essencialmente pensar nos gestores, em seus comportamentos e ações, seus cálculos, suas práticas, suas relações de poder, suas interações, mediações, desacordos e acordos" (BRASIL, 2005, p. 13). Porém, entendemos que esta visão unilateral é reformulada por parte do referido Ministério, na medida em que na Política Nacional de Humanização (PNH), afirma a importância de inclusão dos diversos atores envolvidos na produção de saúde, no processo de gestão (BRASIL, 2009b).

Noronha, Lima e Machado (2004, p. 64) afirmam que cabe ao gestor assumir “a liderança da negociação política voltada para o processo decisório, característica das sociedades democráticas, em defesa da implementação dos princípios do SUS”.

Para este estudo, pensar em gestão de forma unilateral significa minimizar a potência da gestão e delegar a responsabilidade de direcionar a saúde de uma sociedade a um único indivíduo. Assim, os gestores não são compreendidos como os únicos atores ou mesmo os prioritários, mas entendemos que eles ocupam um papel específico que os diferencia dos outros atores que participam do processo de gestão, tanto nas responsabilidades, na forma de produzir e exercitar o poder e consequentemente partilham de representações sociais específicas.

Os gestores da saúde, entendidos neste estudo como os Secretários Municipais de Saúde, "ocupam lugares de poderes constituídos nas arenas institucionais de governo formal" e representam os interesses de grupos hegemônicos (MERHY, 2002, p. 11).

Entendemos que eles também devem representar os interesses da sociedade visto que assumem uma responsabilidade e uma responsabilização perante a mesma a partir do momento em que passam a ocupar um cargo público. A sociedade por sua vez, também se apresenta com expectativas e demandas e também possuem mecanismos de pressão para ter sua demanda atendida.

Estes atores, com interesses diversos se relacionam a partir de uma correlação de forças pelos quais o gestor da saúde perpassa e media. Concomitantemente, o gestor se relaciona com vários trabalhadores, que também se apresentam com determinados interesses e exige a construção de arranjos institucionais que viabilizem a produção de saúde e de sujeitos. O gestor constrói relações, que também são marcados por embates de interesses e disputas, com outros gestores municipais, estaduais e/ou federal em espaços informais e formais.

Esta situação traz à tona relações de poder e ao mesmo tempo exigem do gestor uma capacidade política e técnica que sustente suas ações, haja vista o grau de complexidade que o setor saúde apresenta. Paim apresenta a gestão em saúde 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 (PAIM, 2006, p. 154).

A atuação política do gestor se expressa nas relações que se dão de forma constante entre ele e os outros atores sociais, nos diversos espaços de negociação e decisão existentes (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004). O SUS prevê vários espaços de participação tanto dos diferentes gestores como de segmentos representativos da sociedade e dos trabalhadores. Entre eles destaca-se o CONASEMS, COSEMS, Conselhos Municipais de Saúde, CIT, CIBs e CGRs. A atuação técnica, que também é permeada por variáveis políticas, está baseada na articulação dos saberes e práticas de gestão para direcionar as políticas de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004).

Os papéis políticos e técnicos ocupados pelos gestores, não são necessariamente antagônicos e a sua relação se apresenta de forma peculiar em cada realidade

vivida. Entendemos que estes dois aspectos de um só processo, a gestão, devem caminhar juntos dando uma direcionalidade à saúde mais eficiente e efetiva.

Cada município apresenta realidades singulares, fruto de sua historicidade, concomitantemente, cada gestor apresenta intencionalidades específicas em relação à sua atuação. Assim, os gestores municipais irão apresentar formas diferentes e peculiares de percepção do discurso institucional e de superação dos desafios presentes.

Associado a todos estes fatores que envolvem a ‘tomada de decisão’ por parte do gestor, há ainda um fator que interfere em suas decisões, trata-se do grau de autonomia que ele possui dentro do aparato governamental. Este ponto é fundamental não apenas para medir a governabilidade que possui para criar e buscar iniciativas singulares para o encaminhamento das ações como também para analisar o grau de liberdade que possui para construir uma relação de negociação com os outros atores envolvidos.

Aproximar as ações de gestão à prática do cuidado dos profissionais e às reais necessidades dos usuários é fundamental para a efetividade das políticas de saúde e para a organização do processo de trabalho. Para tanto, alguns autores como Teixeira (1999) e Paim (2006) apresentam o planejamento e a epidemiologia como instrumentos do processo de gestão.

Considera-se que a reorientação da gestão, do financiamento, da organização e, em última análise, do “modelo assistencial” do sistema são processos que não podem prescindir da epidemiologia, enquanto saber científico e prática instrumental que confere especificidade aos objetos de conhecimento e de intervenção no âmbito da saúde em sua dimensão populacional, isto é coletiva (TEIXEIRA, 1999, p. 288).

Quanto ao planejamento como um instrumento de gestão, apesar dos avanços alcançados, a consolidação de uma cultura de uso do planejamento ainda é um grande desafio (BRASIL, 2009a). Mattos (2010b), embasado na Teoria da Estruturação, afirma não ser tão fácil garantir se houve ou não planejamento para o desenvolvimento de uma dada ação visto que o planejamento pode ser apenas uma forma conveniente de apresentação da referida ação (racionalização da ação), caso este não for registrado ou não se tenha acesso a estes registros. O planejamento registrado também não necessariamente, encaminhará a ação, visto que pode se

limitar a uma exigência formal, mas não representar exatamente a intencionalidade do agente.

Mattos (2010b) apresenta uma crítica ao planejamento considerado normativo, proveniente de uma atividade técnica que não leva em consideração os fatores que explicam e determinam a realidade e nem os coletivos envolvidos. Afirma que são estes, a partir de sua própria interpretação da realidade, que podem e devem direcionar um planejamento e sua operacionalização de forma a atender as suas necessidades.

É nesse sentido que entendemos que a participação efetiva da sociedade na produção de saúde extrapola o arcabouço normativo e contribui para o exercício da cidadania, na medida em que o cidadão se posiciona não apenas como um receptor de serviços de saúde, mas sim, assume o seu papel de co-condutor do processo de planejamento e das políticas de saúde. Dessa forma, a participação social deixa de ser apenas “uma extensão burocrática e executiva, mas [...] um processo contínuo de democratização e de produção de sujeitos com maior autonomia” (ASSIS, 2003, p. 332). Garantir maior autonomia implica em ampliar a capacidade reflexiva sobre si mesmo e sobre o contexto (CAMPOS, 1997). No entanto, esta proposta apresenta-se contrária aos interesses da sociedade contemporânea que provoca o desestímulo à reflexão.

Para Bauman (2008), a manutenção da sociedade contemporânea está atrelada à irracionalidade dos consumidores e a uma economia do engano. Neste sentido, entendemos que se por um lado os avanços tecnológicos favorecem o acesso à informação de forma contínua e instantânea, por outro há um desestímulo ao processo reflexivo e crítico da realidade. Se por um lado defende-se o uso da razão para a tomada de decisão, por outro se estimula as atitudes imediatistas levadas pela emoção do desejo e as promessas de felicidade embutidas nas mercadorias disponíveis.

Também a participação dos trabalhadores na gestão é garantida na Lei nº 8.142/90, porém, na prática se apresenta incipiente, uma vez que o trabalhador se sente sobrecarregado no trabalho por considerar sua atuação complexa e ainda, por estar submetido a uma gestão centralizadora e pouco participativa (BRASIL, 2009b).

Entendemos que para compreender a pouca participação dos trabalhadores é importante fazer uma reflexão da realidade apresentada no âmbito político, a partir da Reforma do Aparelho do Estado, em 1997 e das características da sociedade contemporânea.

Esse contexto traz em seu bojo uma tendência de transformar as pessoas em produtos que se apresentam a disposição no mercado. Campos (2007) afirma que há um esforço sistemático, da política, do mercado, da gestão e de muitas instituições para ‘coisificar’ as pessoas e reduzi-las a objetos de pouca importância, num processo de desumanização da vida social. Um dos componentes da globalização desumanizada é o desrespeito ao trabalho e ao trabalhador. O trabalhador passa a ser tratado como algo descartável (ROLLO, 2007).

Os vínculos humanos e as articulações coletivas são desvalorizados e enfraquecidos valorizando-se a ‘individualização’ (BAUMAN, 2008). O imediatismo se sobrepõe aos pensamentos reflexivos e questionadores e os interesses individuais superam os interesses coletivos.

Outro fator que contribui para essa desvalorização do trabalhador refere-se à Reforma Administrativa do Estado que, sob o pretexto de alcançar seu objetivo de “permitir que a administração pública se torne mais eficiente e ofereça ao cidadão mais serviços, com maior qualidade” (BRASIL, 1997), direciona suas ações para os interesses privados. Em consequência, no final da década de 90, o SUS passa a adotar uma política de flexibilização que acarretou na efetiva precarização das relações de trabalho no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009c). Simpatizantes da referida política apontam para o funcionalismo público “como os principais culpados pela ineficácia dos serviços públicos, o ‘bode expiatório’, e como tal não devem e não podem ser valorizados e bem cuidados” (ROLLO, 2007, p. 20). Por outro lado, encontra-se também o processo de municipalização que transfere a responsabilidades da contratação de pessoal para os municípios. Porém, esses vivenciam os limites inerentes a Lei de Responsabilidade Fiscal e a instabilidade administrativa e orçamentária. E ainda, têm poucas orientações sobre os procedimentos possíveis para atender concomitantemente as normativas legais e as especificidades exigidas pelos programas de saúde propostos pelo âmbito federal. Diante desse impasse,

os municípios tornaram-se os principais responsáveis pela contratação de trabalhadores e pelo gerenciamento dos serviços, utilizando, inclusive, parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e contratos com cooperativas” (BRASIL, 2006e, p. 12).

Estudos realizados pelo MS em 2001/2002 apontam que cerca de 20 a 30% de todos os trabalhadores inseridos na ESF, apresentavam vínculos precários de trabalho (BRASIL, 2006e). O trabalho precário envolve uma série de situações decorrentes da fragilidade dos vínculos de trabalho e acarreta “um alto grau de desmotivação dos profissionais e conseqüentemente grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população” (BRASIL, 2006e).

A precarização do trabalho está relacionada com o não cumprimento das normas administrativas e dos direitos trabalhistas. Assim, as relações de trabalho se dariam sem os direitos e benefícios constitucionais assegurados, isto é, sem a efetiva proteção social ao trabalho. As normativas legais apresentam brechas que possibilitam distintas formas de contratação, o que dificulta a efetiva garantia de uma proteção social. O MS reconhece que a precarização do trabalho é um problema que afeta a consolidação do SUS e aponta como prioridade a formulação de políticas que contribuam para solucionar essa questão (BRASIL, 2009c).

Para tanto, o MS, por meio do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS (BRASIL, 2006e) com o objetivo de implantar uma política de valorização do trabalhador. Diante de uma proposta de mudança para alcançar os objetivos do SUS, o MS aponta a PNH, visando valorizar e garantir a participação de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde no processo de gestão, a ampliação da autonomia, o protagonismo, a co-responsabilidade e o estabelecimento de vínculos solidários (BRASIL, 2009b).

A PNH apresenta a gestão participativa como:

um valioso instrumento para construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde (BRASIL, 2009b, p. 10).

Assim, a co-gestão implica na inclusão de vários sujeitos nos processos de gestão que “seria exercida [...] por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que ‘todos são gestores de seus processos de trabalho’ (BRASIL, 2009b, p.24).

2.2 O CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A organização da atenção à saúde será apresentada a partir de um levantamento bibliográfico sobre formulação e implementação de modelos de atenção à saúde e, a atenção primária à saúde como proposta de reorganização de sistemas de saúde.

2.2.1 Modelos de atenção à saúde

Paim (2003, p. 568) define modelo de atenção como uma “forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”. Silva Junior e Alves (2007) apresentam como “uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade”. Complementa ainda, afirmando que a escolha dos problemas a serem enfrentados envolve uma escolha ética e política. Schraiber (1993) aponta o modelo assistencial como dimensão técnica utilizada na organização social da produção dos serviços.

São formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (TEIXEIRA, 2002, p. 156).

É necessária uma reflexão constante sobre as próprias práticas e a construção de estratégias criativas e responsáveis de forma conjunta entre gestores, sociedade e profissionais envolvidos na saúde se houver a intenção de se romper com o modelo médico assistencial que ainda se apresenta como o modelo hegemônico.

O sistema de saúde brasileiro é palco da disputa entre os vários modelos de atenção presentes (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). Por um lado os modelos

hegemônicos (médico assistencial privatista e assistencial sanitaria), apontados por Paim (2003), com tendência de reprodução conflitiva. Por outro, existe acúmulo de experiências na construção de modelos alternativos, buscando articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, tanto no âmbito individual quanto coletivo (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PAIM, 2003). Acrescentam-se também modelos voltados para as 'demandas espontâneas' e outros para as necessidades de saúde os quais no Brasil coexistem de forma contraditória ou complementar (PAIM, 2003).

Em relação aos modelos considerados hegemônicos, Paim (2003) apresenta o modelo assistencial sanitaria, voltado para as demandas de saúde, que apesar de apresentar-se subalterno ao modelo mais representativo (médico assistencial privatista), ainda se faz presente.

Em 1975, o Sistema Nacional de Saúde, oficializa a dicotomia entre a medicina curativa, assumida pelo Ministério da Previdência e a medicina preventiva sob responsabilidade do Ministério da Saúde. O direcionamento dos recursos às instituições previdenciárias e o pouco investimento direcionado ao Ministério da Saúde confirmam o modelo médico assistencial enquanto modelo hegemônico da década de 70.

Em decorrência deste cenário, observa-se um direcionamento de investimentos para o setor privado com ênfase nas instituições hospitalares e nos serviços de alta complexidade, tornando o sistema dependente dos leitos e dos serviços fornecidos pelas referidas instituições para garantir o acesso à saúde para os trabalhadores formais. O Estado assume o financiamento direto e indireto dos serviços de saúde, o setor privado se responsabiliza pela prestação destes serviços e o setor internacional intervém como 'fornecedor' de equipamentos médico-hospitalares e medicamentos (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004).

Observamos neste aspecto, a subordinação do Estado aos interesses do mercado, seguindo as regras e os interesses estabelecidos e valorizados por este. O Estado enquanto espaço de negociação e representação dos interesses do cidadão enfraquece, se torna um 'executor da soberania do mercado' e acaba por 'vender

mercadorias' em forma de direitos constitucionalmente assegurados (BAUMAN, 2008).

O modelo assistencial privatista caracteriza-se pela centralidade na clínica, na atuação médica e nos procedimentos e serviços especializados e está voltado para o atendimento da demanda espontânea. Trata-se de um modelo que tende a não efetivar um atendimento integral e não se compromete com o impacto sobre o nível de saúde da população (PAIM, 2006). Este modelo é prestigiado pela mídia, categoria médica, políticos e pela população medicalizada, apesar de não contemplar o conjunto dos problemas de saúde da população e nem a população em sua totalidade (PAIM, 2008).

No final da década de 70, o modelo médico-assistencial privatista começa a demonstrar fragilidade por não atender as necessidades sanitárias do país e pela crise da Previdência Social (KEINERT; ROSA; MENEGUZZO, 2006). Na 8ª Conferência Nacional de Saúde discutem-se problemas identificados na prestação da atenção e no modelo vigente como as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a inadequação dos serviços de saúde em relação às necessidades da população, a qualidade insatisfatória e a ausência de integralidade das ações (PAIM, 2008).

Desde então, buscam-se 'modelos alternativos' para romper com o modelo médico assistencial de forma a negar uma assistência excludente e fragmentada e construir modelos de atenção mais coerentes com os propósitos do movimento da Reforma Sanitária, entre os quais, emerge a bandeira da integralidade (MATTOS, 2001).

Entre as alternativas emergentes, apontamos a Ações Programáticas caracterizada pela organização dos serviços a partir da programação de atendimento por grandes grupos populacionais (programa da criança, adolescente, gestantes...) ou por subgrupos vinculados aos danos, definidos por critérios epidemiológicos (NEMES, 1993).

O referido modelo assistencial, segundo Schraiber (1993) extrapola a perspectiva de técnica e assume um caráter social e político, comprometido em dar respostas às necessidades da população e contribuir com mudanças nas condições de saúde da população.

Outro modelo apresentado por vários autores, dentre eles Merhy (1994a,1998a) e Merhy e Franco (2003), é o modelo técnico assistencial em defesa da vida o qual está pautado na produção de tecnologias e na organização de um trabalho coletivo que propicie mudanças nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, mediadas pela autonomia e reconstrução de subjetividades. Desta forma, valoriza o vínculo profissional-usuário, acolhimento e outras tecnologias leves (MERHY; FRANCO, 2003).

Merhy (1998b) define três dimensões tecnológicas para a produção do cuidado: tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias duras referem-se a equipamentos, instrumentos e outros artigos materiais utilizados para diagnósticos e tratamentos. As leve-duras referem-se aos conhecimentos sistematizados e estruturados dos diversos saberes presentes nas práticas de saúde. E as tecnologias leves, referem-se às relações construídas entre duas pessoas (usuário e profissional/equipe) em ato e que atuam uma sobre a outra, produzindo uma relação de vínculo e aceitação.

O modelo técnico assistencial em defesa da vida tem por objeto central o processo de trabalho em saúde com vistas a desencadear uma 'revolução molecular' que gere uma transformação radical das pessoas e das práticas (TEIXEIRA; SOLLA, 2006). Merhy e Franco (2003) complementam a proposta do referido modelo ao afirmar que partem do pressuposto de que "o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de 'trabalho vivo' em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo." Franco, Bueno e Merhy (1999), apontam o acolhimento como uma diretriz do modelo técnico assistencial em defesa da vida.

Teixeira e Solla (2006) fazem a crítica ao referido modelo pelo fato dele se ater ao plano dos micropoderes sem apresentar uma proposta em relação ao desenho macro organizacional do sistema. Ainda, segundo os referidos autores, tanto o modelo de Ações Programáticas quanto o Em Defesa da Vida desvalorizam o espaço macroorganizacional e estão centrados no processo de trabalho. No entanto, o primeiro valoriza o aperfeiçoamento das práticas e já o segundo valoriza a relação profissional e usuário.

Outros modelos que merecem destaque referem-se à Vigilância da Saúde e à Promoção da Saúde que, segundo Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) são modelos que, em diferentes níveis, podem contribuir para gerar mudanças relacionadas à formulação e implementação de políticas e extrapolar os limites dos serviços de saúde. Os referidos autores apontam a Vigilância da Saúde como um modelo assistencial alternativo que apresenta como características básicas

a) Intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ ou determinantes); b) Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; c) Operacionalização do conceito de risco; d) Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) Atuação intersetorial; f) Ações sobre o território; g) Intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998, p. 18).

A vigilância da saúde propõe articulares as práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) e está baseada no direcionamento das ações de saúde a partir da territorialização, o que possibilita a “microlocalização dos problemas de saúde, a intervenção no âmbito populacional pautada no saber epidemiológico e a apropriação de informações acerca do território-processo, visando à integralidade, à intersetorialidade, à efetividade e à equidade” (MENDES, 1993).

A proposta da Vigilância da Saúde implica na valorização dos princípios da regionalização e hierarquização dos serviços e pretende dar conta do princípio da integralidade que, segundo Teixeira e Solla (2006), envolve a organização em rede dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica e a relação e articulação de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação.

Ayres (2004) apresenta a vigilância da saúde como um modelo que amplia a perspectiva da vigilância epidemiológica; vincula o controle de riscos e agravos a processos regionalizados e democratizados de definição de prioridades, estratégias de intervenção e monitoramento; propõe a vigilância não apenas de agravos de notificação compulsória tradicionais, mas também das questões nutricionais, saúde ambiental, saúde mental, relações entre saúde e trabalho, violência, entre outras e ainda tem uma preocupação com os cuidados de saúde e a adoção de medidas de autocuidado.

Algumas limitações para a reorganização do modelo da Vigilância da Saúde referem-se à efetivação de mudança das condições de saúde e da melhoria do nível de saúde da população, visto que esta mudança implica em decisões e ações que extrapolam o âmbito da saúde ou encaminhamentos normativos e envolvem questões e decisões políticas (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). Eles apontam ainda a preocupação com a sustentabilidade do modelo para que este não se torne apenas um 'estudo piloto' e para tanto afirmam a necessidade de se levar em consideração questões relacionadas ao poder para uma análise da viabilidade da implantação e expansão do mesmo nos Estados e municípios.

Outro modelo aponta para a Promoção da Saúde, que segue as propostas apresentadas na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa, em 1986 e amplia o campo de ação da Vigilância em Saúde. Este modelo propõe o desenvolvimento para além das ações de prevenção de doenças e enfatiza a organização dos serviços de saúde no nível municipal, melhoria da qualidade de vida, a construção de políticas públicas articuladas e intersetoriais, a autonomia e empoderamento da população e o fomento da cidadania.

Para Lefevre e Lefevre (2004, p. 41) a Promoção da Saúde implica em uma “mudança social significativa em direção a uma sociedade que não seja, como as atuais, tão dominadas pelo princípio da produção para o mercado e para o lucro e pelo consumo generalizado” e aponta como uma possibilidade para o entendimento da saúde como um direito do cidadão. Na Carta de Ottawa afirma-se que a promoção de saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002a, p. 19). Porém, para Souza e Grundy (2004, p. 1357),

Poucos avanços são observados no país, parece que essas conferências e os documentos delas resultantes têm servido quase que exclusivamente para não deixar fenececer a idéia da saúde para todos, uma vez que nas regiões mais pobres do planeta ainda existe uma grande distância entre a retórica dessas conferências e a efetivação da prática de promoção da saúde.

O movimento das 'cidades saudáveis' tem sido incorporado em diversos municípios brasileiros como uma proposta que extrapola as fronteiras do sistema de saúde, sob a lógica da promoção da saúde. Esta proposta está baseada na intersetorialidade com o propósito de alcançar soluções para os problemas de saúde por meio de

articulações intersetoriais, Teixeira (2002, p.159) afirma que as ‘cidades saudáveis’ referem-se a uma

[...] noção abrangente da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações ‘comunitárias’ no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma grande quantidade de riscos vinculados à precariedade das condições de vida.

Lefevre e Lefevre (2004) fazem uma crítica a proposta das Cidades Saudáveis por apresentar a saúde como uma entidade genérica inespecífica, assim “a saúde passa a ser de todos (os setores e atores sociais) e sendo de todos, corre o sério risco de ser de fato, de nenhum”.

Ayres (2004) apresenta alguns desafios para a efetivação da Promoção da Saúde. Aponta para a necessidade de superação de diversos paradigmas presentes nos campos disciplinares que informam a saúde pública e exemplifica com a dificuldade da epidemiologia incorporar variáveis que envolvam todos os aspectos relacionados a uma visão positiva da saúde. Ainda apresenta a necessidade de reflexões sobre as práticas de saúde e os meios de avaliação nos moldes da promoção da saúde, partindo do questionamento sobre “o que se quer fazer nas práticas de atenção à saúde” e propõe como ponto central a reflexão sobre o ‘cuidado’.

Silva Junior e Alves (2007) resgatam ainda a proposta da Integralidade como um modelo de atenção e o apresentam como uma construção mais aberta que, além de

[...] reconhecer todos os fatores referidos aos demais desenhos (modelos), traz, como destaque, a necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde para a redução de danos e sofrimentos e prolongar a vida. Como integralidade, revela-se em defesa de que as tecnologias de saúde não sejam vistas como as de maior ou de menor importância e que não sejam hierarquizadas entre melhores e secundárias, mas vistas como recursos que precisam ser consumidos na hora certa e no espaço adequado [...](SILVA JUNIOR; ALVES, 2007, p. 34-35).

Merhy e Franco (2003) e Franco e Magalhães Junior (2004) associam a efetivação da integralidade à construção de ‘linhas do cuidado’, que se refere à constituição de fluxos a todos os serviços necessários para atender as necessidades dos usuários, aproximando estas à intencionalidade dos trabalhadores. Ainda, Merhy e Franco (2003, p. 320) enfatizam que as linhas do cuidado referem-se ao “caminhar na rede assistencial” acompanhado pelo profissional ou pela equipe com a qual formou seu

vínculo, onde esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico.

Assim todos os recursos disponíveis, devem ser integrados por fluxos que são direcionados de forma singular, guiado pelo projeto terapêutico do usuário. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004, p. 6).

A integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, garantindo o acolhimento e o vínculo entre usuário e profissional e exige a responsabilização da equipe com o cuidado do usuário o qual é considerado como elemento estruturante de todo processo de produção da saúde (FRANCO; MAGALHÃES Jr , 2004). Não se limita à atenção básica e propõe uma pactuação entre os diversos gestores dos serviços envolvidos na produção do cuidado e na construção de fluxos em que o trabalho das diferentes unidades produtivas dos diversos níveis de atenção se apresentam integrados, reunindo na cadeia produtiva do cuidado os diversos saberes.

A mudança de modelo exige a construção de políticas que possibilitem inovações em três dimensões de forma conjunta: gerenciais (condução do processo de reorganização das ações e serviços), organizativas (relação entre unidades de prestação de serviços envolvendo os diferentes níveis de complexidade) e técnico-assistenciais (relação construídas entre sujeitos envolvidos e objetos de trabalho) (TEIXEIRA; 2003). A mudança de uma única dimensão poderia apenas favorecer uma transformação do modelo, mas não seria suficiente para garantir a sua plenitude.

É necessário ir além de simplesmente contrapor modelos, é necessário buscar a combinação de tecnologias e abordagens mais adequadas para a solução de problemas específicos existentes nos distintos territórios do país com vistas a um atendimento integral, seja de indivíduos e/ou coletivos (PAIM, 2008).

Implementar um modelo de atenção pautado na prática da integralidade, apresenta-se como um grande desafio, considerando que esta pode ser tomada como o eixo central para a formulação de políticas e implementação de estratégias de mudança do modelo assistencial (TEIXEIRA, 2003; MERHY, MALTA; SANTOS, 2004).

Confirmamos a relação intrínseca entre a integralidade e os modelos de atenção à saúde. Entendemos que os sentidos e significados atribuídos à integralidade podem e devem embasar a formulação e o encaminhamento do modelo de atenção, ao mesmo tempo em que o modelo proposto poderá apresentar novos sentidos e significados para a integralidade.

Para reafirmar a importância de estruturar as redes para melhor efetividade do sistema de saúde, o Ministério da Saúde estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS por meio da portaria nº 4.279/2010 e a define como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a, p. 5).

Assim Mendes (2007, p.7) propõe:

Modelos de redes de atenção à saúde que podem ser abordadas de diversas maneiras, pela proposição de uma normativa dura a ser seguida em diferentes lugares e por diferentes redes de atenção à saúde. Outra através de diretrizes gerais que devem ser adaptadas às condições regionais e/ou locais em que as redes de atenção à saúde serão implantadas. Dadas as diferentes realidades econômicas, culturais e sanitárias vigentes no Brasil. A operacionalização está construída no suposto de que as redes de atenção à saúde conformam-se socialmente através da interação de três elementos fundamentais: uma população, um *framework* operacional e um sistema lógico. O primeiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é uma população definida, estabelecida, ou não, em territórios sanitários. O segundo elemento constitutivo das redes é o de um *framework* operacional que se compõe de: i. os pontos de atenção à saúde, uma unidade de produção específica determinada por uma função de produção singular (por exemplo, uma unidade ambulatorial especializada, uma unidade de atenção domiciliar, uma unidade de atenção paliativa etc); ii. o centro de comunicação das redes que é exercitado pela atenção primária à saúde; iii. os sistemas de apoio que são transversais a todas as redes de atenção à saúde: o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e o sistema de assistência farmacêutica; iv. os sistemas logísticos como os cartões de identificação dos usuários, os prontuários únicos, os sistemas de regulação da atenção (acesso regulado às urgências e emergências, às internações hospitalares eletivas, a procedimentos ambulatoriais eletivos etc) e os sistemas de transportes sanitários; v. e o sistema de governança das redes de atenção à saúde. O terceiro elemento constitutivo das redes é o sistema lógico de seu funcionamento, expresso por um modelo de atenção à saúde singular.

A proposta de construção de redes vem consolidar a criatividade e a construção contínua e efetiva de modelos de gestão municipal e local que se aproximem mais

da realidade loco regional, propondo estruturas mais eficazes e eficientes para a condução da atenção à saúde.

2.2.2 Atenção primária à saúde como proposta de reorganização de sistemas de saúde

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/Unicef), realizada em Alma-Ata-URSS, em 1978, foi o palco de discussões sobre a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde. Esta resultou no compromisso firmado internacionalmente de se atingir a meta 'Saúde para Todos no Ano 2000 adotando-se como estratégia a Atenção Primária à Saúde (APS). Este compromisso foi firmado por meio da Declaração de Alma-Ata que apresenta os cuidados primários de saúde como os:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.[...] Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1978, p. 1-2).

Desde a Alma-Ata, surgiram várias interpretações para a APS as quais, geraram diversos arranjos na implementação das práticas desse nível de atenção. Assim, a APS foi direcionada de formas distintas, de acordo com as realidades apresentadas nos diversos países.

Giovanella (2008) aponta duas concepções predominantes. A primeira refere-se a um dos níveis de atenção direcionado para os cuidados ambulatoriais na porta de entrada dos serviços de saúde e a segunda como política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada.

A autora afirma que nos países em desenvolvimento a APS foi implementada a partir de um entendimento de APS seletiva, o que representa a oferta de um pacote de intervenções de baixo custo para cobrir determinadas necessidades de grupos

populacionais em extrema pobreza. Mattos (2002) complementa ao especificar que esta foi a aceção mais difundida no Brasil, na década de 1980.

Porém, segundo Mattos (2002) neste período já havia outros atores que percebiam na expansão da APS, uma estratégia de indução de transformações do sistema de saúde. Esta perspectiva apontava na direção de uma rede hierarquizada, envolvendo os diferentes níveis de atenção de forma a atender às necessidades da população.

Nesta perspectiva, Giovanella (2008) apresenta a forma ampliada da APS que corresponde à reorientação e organização de um sistema de saúde articulado em rede e centrado na Atenção Primária à Saúde com garantia de atenção integral.

A forma seletiva e ampliada da APS não se apresenta de forma linear, tendo sido, a década de 1980, palco de tensões entre as duas propostas. Segundo Fausto e Matta (2007) o resultado dessa polêmica favoreceu as concepções da atenção primária seletiva, possibilitando a ampliação de programas seletivos de atenção primária em países pobres os quais contavam com o apoio de agências internacionais.

No Brasil, segundo Fausto e Matta (2007), as bases da atenção primária reportam a década de 1940, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), objetivando oferecer apoio médico-sanitário aos seringueiros, atores importantes para as relações econômicas internacionais. Os autores afirmam que se tratava de intervenções limitadas a áreas estratégicas, ações focalizadas e com pouca ou nenhuma articulação com outras instituições de saúde.

A partir de algumas experiências municipais bem sucedidas, o governo federal implanta, em 1978, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS (FAUSTO; MATTA, 2007). Verifica-se neste período a proposta seletiva de APS direcionada às regiões mais pobres do país, sem acesso aos serviços de saúde.

Giovanella (2008) afirma que, a APS seletiva, apesar de sua importância, não garante o acesso universal à saúde. Mattos (2002) complementa ao afirmar que ainda que esta modalidade seja necessária em algumas situações, elas devem ser

aceitas apenas como etapas provisórias de expansão da cobertura do sistema de saúde com vistas a uma reorganização dos serviços de saúde.

A partir das discussões levantadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a atenção primária deixou de ser vista apenas como uma estratégia de ampliação da cobertura e passou a ser encarada como parte das discussões sobre a integralidade das ações de saúde, partindo da “noção de que um sistema de saúde inclusivo e baseado nas necessidades de saúde extrapola os limites de uma proposta de extensão de cobertura” (FAUSTO; MATTA, 2007). Assim, nos anos 90, com a implantação do SUS, a atenção primária ganha destaque nas discussões e iniciativas em nível nacional e o Ministério da Saúde apresenta a proposta de organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária.

Observa-se a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991 e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. O PSF é criado tanto em decorrência de experiências exitosas do PACS em relação à redução de alguns indicadores como a mortalidade infantil, como também por perceber que as ações isoladas dos agentes comunitários não seriam suficientes para dar respostas às necessidades da população (MATTOS, 2002).

A partir da NOB SUS 01/96 o Brasil aderiu ao termo ‘atenção básica em saúde’ com o objetivo de buscar um distanciamento da perspectiva seletiva associada à APS a qual recebia críticas e conseqüente resistência de alguns atores. Em 1999, o MS aprovou o Manual para a Organização da Atenção Básica, construído com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Nesse, a atenção básica é apresentada como “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1999, p. 9). Também reafirma em seus fundamentos a saúde como direito, a integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação da comunidade e apresenta uma preocupação com a melhoria da qualidade de vida da população.

Consideramos importante apontar para a relação entre a implantação do PSF enquanto uma estratégia de reorganização do modelo assistencial e as propostas apresentadas pelo Banco Mundial no mesmo período, as quais sugerem que os órgãos públicos desenvolvam ações focalizadoras e seletivas no âmbito das políticas públicas, com ênfase na saúde.

No período de sua institucionalização, o PACS e PSF, apesar de não terem sido assumidos formalmente, apresentavam características de uma APS seletiva na medida em que eram direcionados para as populações mais empobrecidas (FAUSTO; MATTA, 2007).

O PSF enquanto uma estratégia para ampliação do acesso aos serviços de saúde refere-se a uma primeira fase do programa que avança desde a sua implantação até 1996 (MATTOS, 2002; FAUSTO; MATTA, 2007). A seguir, em 2007, o PSF assume sua segunda fase na qual é entendida como um novo modo de reorganizar a rede básica e uma estratégia de transformação do modelo assistencial (MATTOS, 2002; FAUSTO; MATTA, 2007). Nesta fase do PSF, já se utiliza a denominação de ESF e pode ser entendida em uma perspectiva da atenção primária abrangente. Para Mattos (2002), o PSF ao menos no discurso, sempre foi pensado de forma articulada ao restante do SUS.

Merhy, Malta e Santos (2004), questionam se realmente as mudanças que vem ocorrendo com a implantação desta estratégia estão respondendo às reais necessidades da população e estão comprometidas com a defesa da vida individual e coletiva.

Pinheiro (2001) aponta para a contradição entre a proposta de territorialização da ESF e o princípio da universalidade, visto que essa delimitação pode acarretar uma limitação do acesso de indivíduos a uma determinada equipe, seja por não residirem em um território coberto ou por desejarem buscar outros profissionais/equipes por não se sentirem atendidos pela equipe que lhe foi imposta.

A implantação do PSF não muda necessariamente o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras visto que a formação da equipe, a territorialização e o incentivo ao trabalho de vigilância à saúde, apesar de darem uma idéia de mudança no modo de produzir saúde, mantêm o núcleo do cuidado na lógica instrumental

realizado a partir de atos prescritivos (MERHY; FRANCO, 2003). Os mesmos autores concluem que, apesar de algumas mudanças em curso não há uma alteração no modelo assistencial hegemônico sem uma mudança na centralidade dada as tecnologias duras com vistas à valoração da tecnologia leve no processo produtivo.

3 A INTEGRALIDADE

A discussão sobre a garantia de serviços de saúde integrais antecede a implantação do SUS. No âmbito mundial tem início com a emergência da medicina preventiva e da medicina integral, sendo que nos países americanos o foco da integralidade foi direcionado para as instituições de ensino. Propunha-se uma reformulação curricular com o objetivo de criar uma nova consciência e uma nova abordagem dos problemas de saúde, defendendo um ensino que extrapole o modelo reducionista e fragmentário da saúde, repense sobre a relação médico/paciente e desenvolva ações no âmbito comunitário para propiciar uma aproximação maior com as realidades locais (MATTOS, 2001).

No Brasil houve inicialmente um direcionamento das ações para reformulação dos currículos das instituições médicas conforme proposto nos Estados Unidos. Porém, nas décadas de 1970 e 1980, com o surgimento da saúde coletiva, observa-se uma ruptura do modelo americano, criando novos olhares para o sentido da integralidade. Extrapolam-se assim os espaços de ensino e volta-se para as instituições e práticas de saúde (MATTOS, 2001), passando a ser um dos pontos defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária.

As primeiras iniciativas baseadas na atenção integral à saúde no país remetem ao início da década de 80 e estavam vinculadas a programas específicos como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança - PAISC (CONILL, 2004). Segundo Paim e Silva (2010), nesse momento, o sentido da integralidade estava relacionado à proposta de uma articulação entre as ações de prevenção e de assistência.

O referido princípio se fez presente nas discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a sua inclusão na Constituição Federal de 1988 entre os princípios e diretrizes do SUS reafirmou a sua relevância. No artigo nº 198 da referida Constituição define-se que os serviços de saúde devem se organizar para garantir um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Surge neste momento um questionamento sobre o entendimento da atenção integral na afirmativa constitucional. Em seu texto, não há clareza sobre o que vem a ser a

referida atenção integral e ainda, entendemos que este enunciado pode levar a uma compreensão de uma perspectiva desarticulada entre as práticas preventivas e assistenciais. Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal nº 8.080/90, no seu artigo 7º, inciso II, amplia a noção da integralidade da assistência definindo-a como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a). Inclui-se a perspectiva de articulação entre as ações e de continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde.

Ainda que este estudo enfoque a integralidade, acreditamos que não é possível dissociar ou medir o grau de importância entre os princípios doutrinários do SUS os quais, segundo Cecílio (2001, p. 113), “constituem um conceito tríplice, entrelaçado” capaz de expressar o ideário da Reforma Sanitária brasileira pautada na cidadania e justiça social. No entanto, se observa que a atenção integral à saúde, também definida como integralidade, perpassa os princípios da universalidade e da equidade de forma a potencializar os respectivos significados e incorporar os indivíduos e a comunidade no plano da saúde no seu sentido amplo. Segundo Machado (2006, p. 11), a integralidade é um “princípio constitucional que desafia todos os outros, com sua característica de transversalidade pelos demais princípios”.

Em relação ao princípio da universalidade, acreditamos ser limitado pensar em acesso apenas como a garantia do direito a dar entrada aos serviços de saúde, sem levar em consideração a importância do direito ao uso, de forma oportuna e resolutiva, das tecnologias necessárias, sejam elas duras, leves ou leve-duras e a garantia de um atendimento tanto às demandas objetivas quanto a subjetividade do usuário. Em estudo sobre a avaliação da integralidade, se aponta “[...] não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos. Ou seja, na realidade, o que vale a pena verificar é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais” (CONNIL, 2004, p. 1420)

Há evidentemente uma distinção entre integralidade e universalidade, porém é necessário compreender a inter-relação e a complementaridade destes dois princípios. A universalidade sem a integralidade não estará levando em

consideração o usuário em toda a sua totalidade e conseqüentemente não responderá as necessidades de saúde da população.

Por outro lado, não é possível pensar em um sistema de saúde no Brasil que não leve em consideração às imensas desigualdades sociais existentes. Pensar em um sistema de saúde com vistas à redução dessas desigualdades e ao exercício da justiça na esfera pública nos reporta a equidade, proposta no SUS (PAIM; SILVA, 2010). Para tanto, Cecílio (2001) afirma que a prática da integralidade poderia absorver o princípio da equidade na medida em que estas seriam reconhecidas, como necessidades de saúde não atendidas.

Acreditamos que a integralidade não só pode contribuir para desvelar as distintas realidades presentes em nosso país e as necessidades decorrentes desse contexto, mas também contribuir para a superação das iniquidades na medida em que propõe envolver estas pessoas na formulação e execução das ações de saúde nos espaços 'micro' e 'macro' de maneira a encontrar e encaminhar soluções para as diversas realidades singulares existentes.

Ayres (2009) fortalece a visão de inter-relação entre os três princípios do SUS e a importância da integralidade para alcance da democracia, efetividade do acesso à saúde e afirma que

O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia, a saber, e fazer o 'quê' e, 'como' pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um (AYRES, 2009, p. 14).

Silva e Barros (2010, p. 383) complementam ao apresentar a integralidade "como um desafio ou como um método para se efetivar os outros princípios do SUS". Ao concordar com os autores, acrescentamos que a integralidade potencializa os princípios da universalidade e equidade na medida em que possibilita qualificar o primeiro, "evitando que a universalidade se reduza uma mera formalidade, a um franqueamento legal a práticas socialmente desvalorizadas" (AYRES, 2009) e ao mesmo tempo, fortalece o segundo, na medida em que propõe levar em consideração às necessidades individuais e coletivas. Acreditamos que investir em práticas embasadas na integralidade, significa intervir positivamente também nos outros princípios e conseqüentemente, na efetivação do SUS.

Ao se referir à integralidade, Merhy (2005) afirma que nós engravidamos as palavras a partir dos sentidos e significado que damos às mesmas a partir de “posições tomadas, sejam culturais, políticas, ideológicas, entre várias”. Já Moscovici (2010) afirma que ao se dar nome ao que não tinha nome, somos capazes de imaginá-lo e representá-lo. A constituição dos sentidos é uma qualidade presente apenas nos seres humanos e está diretamente relacionada aos valores que direcionam a vida de cada um (LEFEVRE; LEFERE, 2011; PINHEIRO, 2010).

Pinheiro e Mattos (2007) afirmam que a diversidade de visões e experiências vai construindo novas formas de agir e compreender a integralidade e complementam afirmando que é no plano da prática, seja na gestão de políticas públicas, seja nas relações estabelecidas entre usuários e profissionais e destes com os serviços que se dá a construção da integralidade. Neste sentido, seria reducionismo buscar um único conceito que abranja a diversidade de sentidos e significados possíveis para a integralidade.

Esses sentidos e significados atribuídos não podem ser compreendidos apenas de forma individualizada, visto que o conhecimento prático é socialmente construído a partir de um compartilhamento de ideias entre atores sociais inseridos num contexto historicamente determinado. Assim, podemos afirmar que um conjunto de atores sociais identificados com determinadas posições sociais, detêm representações sociais semelhantes, as quais são traduzidas nos seus discursos. “Enquanto essas representações, que são partilhadas por tantos, penetram e influenciam a mente de cada um, elas não são pensadas por eles; melhor, para sermos mais precisos, elas são repensadas, re-citadas e re-presentadas” (MOSCOVICI, 2010, p.37).

As representações sociais ao mesmo tempo em que são construídas a partir de formas singulares/coletivas de ver o mundo, novas práticas e novas necessidades de saúde também ampliam e modificam o mesmo no tempo e no espaço. Moscovici (2010) afirma que as representações e as práticas constituem e são constituídas continuamente levando em consideração aspectos objetivos e subjetivos, individuais e coletivos.

Entendemos que os sentidos atribuídos à integralidade podem direcionar as práticas de saúde, as quais por sua vez, também contribuem para potencializar ou criar

novas representações. É a partir da maneira com que essa realidade é absorvida, codificada e re-transmitida, que será possível a reprodução ou a alteração das práticas cotidianas.

Pinheiro e Guizardi (2008) e Almeida e Pinheiro (2010) consideram a integralidade como um termo democrático, marcado por uma relação mais horizontalizada entre usuários, trabalhadores e gestores de saúde com vistas a construção de novos arranjos sociais e institucionais a partir de uma crítica aos saberes e poderes instituídos. Mattos (2001) alerta para o fato de que muitos se referem ao termo sem saber exatamente a que estão se referindo e assim, perde a sua importância na luta pela efetivação das propostas da Reforma Sanitária. Paim e Silva (2010) reforçam este ponto de vista na medida em que alertam para a utilização do termo visto que “pode resultar no esvaziamento teórico de um conceito em construção, sacrificando o seu potencial heurístico”.

No contexto da luta do movimento da Reforma Sanitária não foi apresentada uma definição única sobre o termo, reafirmando a sua polissemia (Mattos, 2001). Neste sentido, são apresentadas quatro perspectivas conceituais encontradas na Reforma Sanitária Brasileira em relação ao termo:

- a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças, que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (BRASIL, 2011c, p. 32)

A partir destas bases conceituais, autores têm desenvolvido estudos para compreensão do princípio da integralidade sem, contudo vislumbrar um conceito unívoco. Paim e Silva (2010) afirmam que podem ser identificadas na literatura pelo menos cinco condições de adoção da integralidade: cuidado, prática, programa, política e sistema e complementa ao afirmarem que “a integralidade pode ser entendida como um enunciado de certas características do sistema, instituições e práticas”.

Carvalho (1991) vincula a integralidade com a concepção de homem/sociedade, saúde/doença, ações interdisciplinares e intersetoriais. Apresenta dois níveis para o

entendimento do termo sendo que o nível individual, leva em consideração a individualidade do sujeito, a interação e o vínculo construído a partir do atendimento. Já o nível coletivo, está voltado para a responsabilidade sanitária com uma determinada população. Da mesma forma, Furtado e Tanaka (1998) apresentam a integralidade buscando romper não só com a dicotomia entre saúde e doença, mas também da prevenção e cura. Ainda, colocam o indivíduo e a coletividade na centralidade da atenção, valorizam a continuidade e articulação das ações e a participação dos indivíduos/coletividade como sujeito para alcance de melhores condições de vida.

Cecílio (2001) apresenta a integralidade em duas dimensões, denominando-as de 'integralidade focalizada' e 'integralidade ampliada'. A primeira refere-se ao espaço singular de cada serviço, leva em consideração as relações entre usuário e equipe e tem como foco central as necessidades de saúde trazidas por aqueles que procuram o serviço.

Assim, a integralidade focalizada seria "o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual". Porém, entendendo que por melhor que seja o atendimento nestes micro espaços, os mesmos serão insuficientes para garantir a integralidade plena, Cecílio (2001) apresenta a dimensão ampliada da integralidade, que representa a articulação em rede dos diversos serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do 'setor' saúde. Nesta perspectiva o autor propõe uma articulação entre a integralidade focalizada e a ampliada, e afirma que a integralidade é um objetivo da rede:

A integralidade ampliada seria a relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. Uma não é possível sem a outra. O cuidado individual, e em qualquer serviço de saúde, não importa sua 'complexidade', está sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não (CECILIO, 2001, p. 120).

A importância da construção de redes para produzir práticas pautadas na integralidade do cuidado também é apontada por outros autores (CECÍLIO, 2001; CECÍLIO; MERHY, 2003; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004; MENDES, 2007), por apresentar as limitações encontradas pelos gestores que, por um lado, tem uma

demanda cada vez maior por níveis de especialidades, apoio e diagnóstico e por outro, não há garantia de novos investimentos para a oferta desses serviços. Cecílio (2001) e Cecílio e Merhy (2003) resgatam a importância da construção de redes para a efetivação da integralidade e complementam ao afirmar que não há integralidade do cuidado sem transversalidade, pois o usuário enquanto foco do cuidado apresenta-se com necessidades que transversalizam os diferentes 'sistemas'.

Pinheiro (2001) privilegia o cotidiano dos serviços de saúde para discutir sobre os sentidos da integralidade. Apresenta o referido princípio num plano individual associado a interação dos sujeitos envolvidos na mediação entre demanda e oferta e para tanto valoriza tanto os aspectos objetivos e subjetivos dos envolvidos quanto a construção de redes de serviços.

Mattos (2001) apresenta três dimensões que podem absorver os vários sentidos da integralidade: a dimensão das práticas, que envolve a relação construída entre o profissional e o usuário e a organização do trabalho nos serviços de saúde; a dimensão da organização dos serviços e das práticas de saúde e a dimensão das políticas de saúde, com ênfase nas políticas específicas de saúde.

Ainda, Giovanella et al. (2002) apresentam quatro dimensões da integralidade, as quais se apresentam de forma complementar, visto que não entende ser possível a efetivação da integralidade apenas a partir de uma das dimensões: a) primazia das ações de promoção e prevenção vinculada a uma intervenção política de definição de prioridades; b) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, vinculado a organização dos serviços para a garantia de uma continuidade do tratamento; c) articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação que deverá ser garantida a partir da integração organizacional e programática entre os setores responsáveis pela assistência individual e pelas ações de caráter coletivo; d) a abordagem integral do indivíduo e famílias, a qual está relacionada aos aspectos bio-psico-sociais que envolvem o cuidado.

Carvalho (2006) aponta a integralidade em uma dimensão vertical e outra horizontal. A primeira envolve a visão de totalidade e única do ser humano e a segunda refere-se à dimensão da ação de saúde em todos os campos (promoção, proteção e

recuperação) e níveis de atenção de maneira integrada e não-dicotomizada. Posteriormente traz o conceito de integralidade regulada, o qual está vinculado a um entendimento de que a garantia ao acesso aos serviços oferecidos devem ter embasamento científico, demonstrando uma preocupação com a oferta de serviços que estejam apenas a mercê de interesse de determinados grupos ou do mercado. Assim, propõe a construção de regras, não para limitar o acesso, mas para garantir que não haja consumo indevido, imoral e desnecessário (CARVALHO, 2011).

Ayres et al. (2006 apud AYRES, 2009) abordam a integralidade a partir de quatro eixos que se apresentam interligados: a) eixo das necessidades, o qual está relacionado à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e a capacidade de resposta às demandas de atenção à saúde; b) eixo das finalidades relacionado a articulação entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças, recuperação da saúde e reinserção social; c) eixo das articulações, relacionado a composição de saberes de forma interdisciplinar, multiprofissionais e o desenvolvimento de ações intersetoriais na atenção à saúde; d) eixo das interações referente a construção de condições intersubjetivas que garantam o diálogo e a participação dos sujeitos envolvidos no cotidiano das práticas de cuidado.

Observamos que um ponto em comum apresentado pelos diversos autores aponta para a apreensão das necessidades dos usuários, porém a compreensão do significado dessas necessidades exige cautela. Em pesquisa realizada por Trad (2010) constatou-se que apesar do termo 'necessidade' ser recorrente em produções científicas, poucos apresentam dimensões conceituais sobre o tema. Segundo a proposição de Cecílio (2001), há quatro conjuntos de necessidades de saúde: a procura por respostas para o alcance de boas condições de vida, o acesso às tecnologias para melhorar ou prolongar a vida, a criação de vínculos entre o usuário e o profissional/ equipe de saúde e o aumento da autonomia de cada pessoa.

Ainda, entendemos que as necessidades individuais e coletivas não podem estar dissociadas do contexto sócio histórico e, nesse sentido, elas não são estáticas. Logo, atender as necessidades da população requer um olhar e uma escuta tanto para o(s) indivíduos(s) envolvidos como também para a realidade e as mudanças da

estrutura em que vivemos. Entendemos ser necessário criar condições, no encontro entre profissional e usuário, para extrapolar as causas da procura eminente dos serviços e proporcionar não apenas medidas curativas, de redução dos riscos de adoecimento ou de agravamento de uma doença. A compreensão das necessidades individuais ou coletivas extrapola essa perspectiva e exige uma atenção maior do contexto, macro e micro, em que o usuário está inserido e de sua subjetividade.

Nesta perspectiva dá-se ênfase ao quarto conjunto de necessidades visto que acreditamos que a partir do fomento da autonomia e do empoderamento dos indivíduos e coletivos, cria-se condições para afetar os outros conjuntos de demanda.

A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível (CECILIO, 2001, p. 115).

A polissemia da integralidade impõe reconhecer e considerar a centralidade da subjetividade na produção das práticas em saúde, o que torna possível a compreensão da pluralidade de sentidos atribuídos ao tema. As interfaces entre o plano subjetivo e a materialidade da prática constituem-se na formalidade da assistência, nas práticas não institucionalizadas em saúde, nas atitudes, interações que se fundam na socialidade cotidiana, sendo possível considerar que a integralidade não se refere apenas a uma ação individual ou coletiva, mas a toda uma postura adotada na produção de saúde voltada às necessidades trazidas pelo usuário. Isto traz consigo o desafio de sua execução, pois a sua construção se dá no dia a dia dos serviços e das práticas profissionais dos que acreditam em uma mudança da Saúde no Brasil (VIEGAS, 2010, p. 247).

Paim (2008) expõe a integralidade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde como um dos grandes desafios para as políticas de saúde. Entendemos que as possibilidades e os limites para a efetivação da integralidade devem ser analisadas levando-se em consideração o contexto vivido pela sociedade contemporânea. Bauman (2008) afirma que na sociedade de consumidores, os sentimentos de solidariedade, amizade, reciprocidade e durabilidade são desvalorizados e o outro passa a ser tratado como um objeto de consumo disponível para atender o próprio desejo e passível de descarte para a introdução do novo.

Ainda, os indivíduos passam a assumir cada vez mais uma postura individualizada, sem se preocupar com o outro.

Essas características se contrapõem a proposta apresentada para a efetivação da integralidade na qual se propõem a construção de vínculos e a co-responsabilidade na condução do processo, o que envolve as relações entre os diversos atores envolvidos na produção de saúde.

A sociedade de consumidores também traz impacto no que se refere às necessidades do usuário. Anteriormente os indivíduos buscavam atender suas necessidades a partir de soluções que trouxessem estabilidade e atualmente elas estão mais voltadas para o atendimento de desejos momentâneos e exigem respostas rápidas (BAUMAN, 2008).

Na medida em que as necessidades e as expectativas de solução são rapidamente criadas e descartadas, a construção de políticas públicas que respondam estas expectativas também fica comprometida. Também podemos levantar o fato de que a máquina pública não acompanha o mesmo movimento, apresentando dificuldades para oferecer a agilidade necessária para garantir a rapidez desejada, e assim, atender os interesses do mercado. Ainda, a sociedade de consumidores individualiza as necessidades, tornando-as plurais, o que faz com que a organização da sociedade civil para lutar por objetivos coletivos também se torne fragilizada. Esta desarticulação de categorias não deixa de ser também uma estratégia que contribui para a manutenção do sistema vigente.

Outro ponto que interfere na condução do sistema de saúde refere-se ao entendimento e ao valor atribuído aos avanços tecnológicos que vem ocorrendo de forma acelerada no âmbito da saúde. Por um lado, esses avanços propiciam uma ampliação real de possibilidades no tratamento de várias questões de saúde. Por outro, a valorização das tecnologias duras em detrimento das tecnologias leves, contribui para reduzir os problemas de saúde à oferta de respostas materiais, como exames e medicamentos, como se estas fossem as únicas mercadorias capazes de solucionar de forma rápida as necessidades da população, fortalecendo assim o modelo assistencial hegemônico e a manutenção da sociedade de consumo.

Bauman (2008, p. 111) coloca que, a cultura consumista envolve velocidade, excesso e desperdício e afirma que esta cultura

[...] degradou a duração e elevou a efemeridade. Ela ergue o valor da novidade acima do valor da permanência. Reduziu drasticamente o espaço de tempo que separa não apenas a vontade de sua realização [...], mas o momento de nascimento da vontade do momento de sua morte[...].

Ainda, segundo o referido autor, este movimento cíclico e infinito da sociedade de consumidores é reforçado pela possibilidade e facilidade de se negar o passado e propor sucessivos e infinitos 'novos começos' os quais irão trazer novos desejos e novas respostas. A possibilidade de recomeçar traz em seu bojo a possibilidade de construir novas identidades e assim, o sentimento de pertence se torna fragilizado.

Este ponto traz à tona a reflexão sobre a dificuldade da população, trabalhadores e gestores do SUS assumirem o SUS como uma conquista do cidadão, e não como um conjunto de produtos de saúde disponíveis no mercado para uso somente quando necessário e posterior descarte.

O sistema de saúde no Brasil se apresenta com duas lógicas distintas (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004). A lógica da assistência como um produto disponibilizado e adquirido no mercado, que nos reporta a um sistema privado de saúde e a lógica da assistência como um direito de cidadania, o que define de fato um sistema público de saúde. Acreditamos que para não permanecer num discurso vazio, é necessário propor políticas públicas e estratégias de intervenção pautadas no princípio da integralidade, porém sem ignorar o contexto e as limitações impostas pelo mesmo.

Entretanto, concordando com Moscovici (2010) que afirma que os atores sociais não são receptores passivos de idéias, acreditamos que os atores envolvidos na produção de saúde tem potência para, a partir de uma reflexão crítica sobre a realidade, re-apresentar as ideias e conseqüentemente, direcionar as suas práticas, dando uma nova direcionalidade à saúde.

4 OPÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO

A pesquisa apresentada refere-se a um estudo pautado em uma abordagem qualiquantitativa em que o olhar do pesquisador está voltado para a análise das representações sociais dos gestores municipais de saúde da microrregião de São Mateus - Espírito Santo, em relação ao princípio da integralidade. Lefevre e Lefevre (2010) apresentam o caráter de dupla representatividade da pesquisa e afirmam que é qualitativa porque propõe a reconstrução de um discurso que apresenta distintas opiniões coletivas. Essas opiniões, por sua vez, são qualidades consideradas incógnitas que serão qualificadas, ou seja, descritas na pesquisa. Os mesmo autores afirmam que a representatividade da opinião também é quantitativa por expressar um resultado numérico e uma confiabilidade estatística.

Diante dos objetivos propostos, esse estudo se baseou na Teoria das Representações Sociais que propõe a valorização do conhecimento do senso comum. As representações sociais referem-se a um conjunto de opiniões, crenças, valores, atitudes, imagens e normas partilhadas por um grupo de indivíduos num determinado momento histórico determinado, sobre um determinado fenômeno, produzidas a partir do seu cotidiano e que direcionam as suas formas de pensar e agir (SANTIAGO, 2010).

O estudo foi realizado na microrregião São Mateus, composta por 09 (nove) municípios: Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Ponto Belo e São Mateus. Os Secretários de Saúde dos municípios que compõem a microrregião acima citada foram os sujeitos pesquisados com os quais construímos uma relação positiva por entender que em uma pesquisa que envolve fatores qualitativos é fundamental o envolvimento do entrevistado com o entrevistador enquanto “condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. A inter-relação no ato da entrevista [...] é condição *sine qua non* do êxito da pesquisa qualitativa” (MINAYO, 2007, p. 266).

Envolvemos na pesquisa 16 (dezesseis) secretários municipais de saúde provenientes de dois grupos. O primeiro refere-se aos 09 (nove) secretários de saúde em exercício, independente do período que este esteja no cargo e o segundo deveria envolver os 09 (nove) secretários de saúde da gestão anterior (2005-2008).

Porém, foram eliminadas 02 (dois) entrevistados, o primeiro, refere-se ao município de Montanha, porque o cargo de secretário municipal de saúde da gestão atual e da gestão anterior é ocupado pela mesma pessoa. A segunda exclusão se deu porque o gestor anterior de um município (São Mateus) é o atual gestor do município de Conceição da Barra. Assim, entendemos que não justificaria entrevistar as mesmas pessoas repetidamente. Por se ter ciência de que em alguns municípios há uma rotatividade grande de gestores, em relação à administração anterior, priorizamos os gestores que permaneceram maior tempo no cargo, naquele período. O marco para a escolha dos gestores envolvidos na pesquisa baseou-se na implantação do Pacto pela Saúde.

4.1 CONHECENDO O CAMPO DA PESQUISA

Pelo fato do estado do Espírito Santo, em 2001 e 2002, apresentar baixa capacidade de condução do processo de regionalização, apesar dos vários estudos realizados pelos técnicos, o PDR e o PDI do estado foram aprovados apenas em 2003 (ESPÍRITO SANTO, 2003, p. 5).

Para a elaboração do PDR foram levados em consideração quatro aspectos: o acesso (distância entre os pontos assistenciais, o tipo de pavimento e os fluxos de saúde); a economia de escala (divisão por macro e microrregiões); economia de escopo (organização da rede hospitalar) e perfil epidemiológico.

Verificamos que a proposta de regionalização apresenta o intuito de construir estratégias pautadas na integralidade da atenção na medida em que propõe o acesso da população à atenção primária em saúde e aos outros níveis de atenção, o fortalecimento da cooperação técnica com os municípios, implantação de redes assistenciais, implantação de centrais de regulação micro e macrorregionais, com foco no acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2003).

A regionalização define espaços municipais, no qual se encontram inseridos os módulos assistenciais, referentes aos municípios com mais de 30.000 habitantes, os espaços microrregionais, com populações acima de 150.000 habitantes e os

espaços macrorregionais com populações acima de 500.000 habitantes. Cada um destes espaços assume um elenco de procedimentos ambulatoriais e hospitalares que vão ampliando sua complexidade na medida em que se amplia a população beneficiada (ESPÍRITO SANTO, 2003).

O PDR do estado contempla 16 (dezesesseis) módulos assistenciais, 08 (oito) microrregiões e 03 (três) macrorregiões, com respectivas sedes e pólos. Apenas 06 (seis) municípios possuem população acima de 100 mil habitantes sendo que destes somente 03 (três) possuem população acima de 200 mil habitantes (ESPÍRITO SANTO, 2003).

Em 2011, o Governo do Estado do Espírito Santo adota uma nova divisão territorial levando em consideração identidades, perfil epidemiológico, vocação e possibilidades de concretização do planejamento programático e orçamentário para promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. Reafirma seu compromisso de promover a integração das regiões mais afastadas do progresso e a inclusão social de todos os municípios nas oportunidades de desenvolvimento com vistas a alcançar a integralidade na saúde (ESPÍRITO SANTO, 2011a).

Assim, a divisão regional do estado do Espírito Santo é alterada e a resolução nº 219/11 institui no território do Espírito Santo 04 Regiões de Saúde sendo a Região Norte, Região Central, Região Metropolitana e Região Sul (ESPÍRITO SANTO, 2011b). Com esta alteração, a Microrregião São Mateus passa a ser entendida como a Região de Saúde Norte e incorpora mais cinco municípios, totalizando a sua composição em 14 municípios. No entanto, este estudo manterá a divisão regional de 2003, visto que as alterações ocorreram posterior ao momento da coleta de dados da pesquisa.

Norte do Espírito Santo (CEUNES) e o Instituto Federal do Espírito Santo (IFES) situados no município de São Mateus.

O percentual de pessoas não alfabetizadas no ano 2000 na micro São Mateus encontrava-se em 28,60%, apontando para o índice mais alto entre os valores alcançados pelas microrregiões do estado e acima do percentual do estado no mesmo período o qual estava em 21,99% (BRASIL, 2003a). Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no mesmo período, 02 (dois) entre os 05 (cinco) municípios com o menor Índice de Desenvolvimento Humano do estado pertencem a microrregião São Mateus: Pedro Canário (0,673) e Mucurici (0,679) (BRASIL, 2003b).

A partir de dados referentes a 2009 obtidos no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC), atualizados em 09/02/2011 (BRASIL, 2011a, 2011b), conclui-se que a micro São Mateus apresentou, em 2009, uma taxa de mortalidade infantil (14,22/1000 nascidos vivos) superior a alcançada pelo estado (11,96/1000 nascidos vivos). Porém em relação à mortalidade materna, a micro São Mateus apresentou um resultado de 26,12%, abaixo do resultado alcançado pelo estado, 58,01%

Segundo o PDR do estado do Espírito Santo, a micro São Mateus faz parte da Macrorregião Norte, possui 02 (dois) municípios sede do módulo assistencial, Montanha e São Mateus (ESPÍRITO SANTO, 2003). Este último município também é definido como município pólo de microrregião e é onde se encontra localizado o Núcleo Regional de Especialidades (NRE), anteriormente denominado de Centro Regional de Especialidades (CRE), o Hospital de urgência e emergência regional, Hospital Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), o Hemocentro (HEMOES), o serviço de hemodiálise e de tratamento de câncer. Em relação ao município pólo de macrorregião, a micro tem como referência o município de Linhares que se encontra em outra microrregião.

Na microrregião São Mateus, segundo dados obtidos no Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, referentes ao ano de 2009, em relação à atenção primária à saúde, verifica-se que 05 (cinco) municípios estão organizados a partir da Estratégia da Saúde da Família (ESF), com uma cobertura acima de 97% (Boa Esperança,

Conceição da Barra, Jaguaré, Mucurici e Ponto Belo) e os outros apresentam uma cobertura parcial e agregam o PACS. A micro como um todo apresenta uma cobertura de 59% da Estratégia de Saúde da Família e 22% do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2010d).

Para atender a demanda de média complexidade de forma descentralizada e regionalizada, além das especialidades ofertadas pelo NRE (cardiologia, urologia, otorrinolaringologia, ginecologia para atendimento de pré-natal de médio e alto risco, climatério e menopausa, colposcopia, neurologia, fonoaudiologia), foi constituído o Consórcio Intermunicipal do Norte do Espírito Santo (CIM NORTES).

Dos 09 (nove) municípios que compõe a micro 04 (quatro) já assumiram o Comando Único da Saúde, 04 (quatro) estão em processo de transição (Declaração de Comando Único assinado, porém ainda não efetivado) e apenas o município de São Mateus fez a opção de não assumir a gestão nem das instituições que executam ações de média e alta complexidade em seu município (ESPÍRITO SANTO, 2010b).

As Superintendências Regionais de Saúde representam os entes táticos e operacionais da descentralização estadual e na microrregião de São Mateus, a Superintendência Regional de Saúde está localizada no município de São Mateus e tem como propósito

[...] apoiar o município em todas as áreas e influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência, para estruturar o Sistema Estadual de Saúde com o desenho de Sistemas Locais Resolutivos [...] (ESPÍRITO SANTO, 2008).

A Lei n^o 4.317 de 1990 cria a região de saúde de São Mateus, porém a referida Superintendência somente inicia suas atividades em 1991. Cabe esclarecer que a micro São Mateus é a única microrregião a ter uma Superintendência em seu território visto que além desta o estado possui mais 03 (três) Unidades estando situadas uma na Macro Sul (Cachoeiro do Itapemirim), a segunda na Macro Centro (Vitória) e a outra na Macro Norte (Colatina).

Quanto a Comissão Intergestora Bipartite Microrregional, apesar das Comissões a nível estadual terem sido criadas em 1997, apenas em 2004, através da resolução n^o 342 de 17/02/04, é criada a Comissão Intergestora Bipartite Microrregional de São Mateus e em outubro de 2005 ocorre a primeira reunião (ESPÍRITO SANTO, 2005).

Em novembro de 2007 houve uma alteração na sua denominação passando a ser chamada de Colegiado Intergestor Bipartite - Microrregião (CIB micro) São Mateus, a qual tem por finalidade “assegurar a articulação entre esferas de governo Estadual e Municipal, garantindo o modelo de gestão, orientado na regionalização [...]” (ESPÍRITO SANTO, 2007). Já em reunião ordinária do CIB micro, realizada em 22 de fevereiro de 2011, ocorre uma nova alteração, passando a ser denominado de Colegiado de Gestão Regional Micro São Mateus (CGR Micro São Mateus), aderindo à nomenclatura proposta pelo Ministério da Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2011).

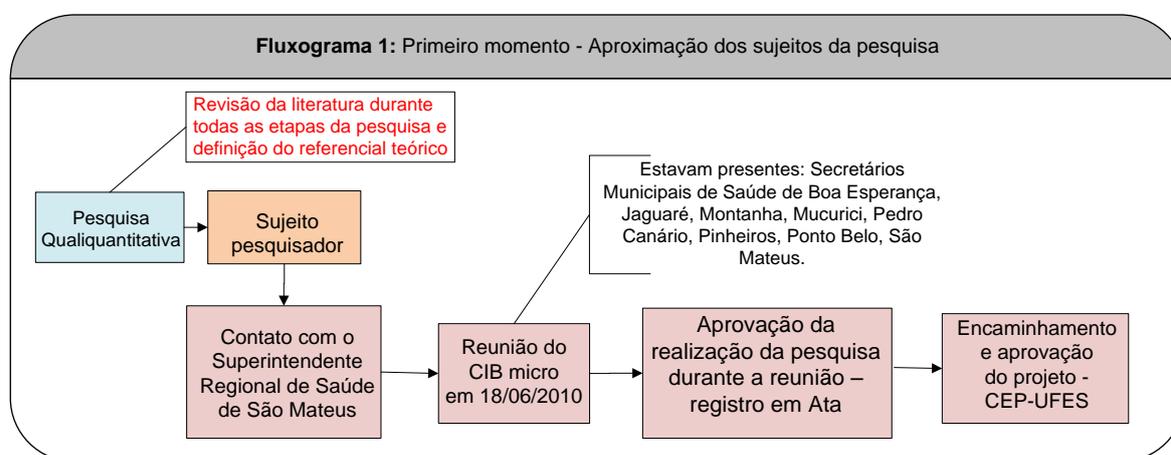
4.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Primeiro momento – Aproximação com os sujeitos pesquisados

Após apresentação do projeto de pesquisa ao Superintendente Regional de Saúde de São Mateus, o mesmo foi apresentado em reunião do CIB micro em 18/06/2010, na qual estavam presentes os Secretários Municipais de Saúde de Boa Esperança, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e São Mateus e obteve o apoio e a concordância dos Secretários de Saúde presentes para a realização da pesquisa.

Após esta etapa a pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

A descrição do percurso deste primeiro momento apresentamos no **Fluxograma 1**:



Segundo momento – Coleta dos dados

A técnica de pesquisa utilizada foi a entrevista semi estruturada que, segundo Triviños (2006, p. 146) “[...] ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.”

A entrevista envolveu dois momentos:

- a) Preenchimento do formulário de caracterização dos sujeitos pesquisados (APÊNDICE A): Teve como propósito atingir o primeiro objetivo específico proposto, referente à caracterização dos secretários municipais de saúde que compõe a microrregião de São Mateus-ES. Envolveu questões sobre os dados pessoais e a experiência profissional dos sujeitos pesquisados;
- b) Utilização de um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE B): Este teve o propósito de guiar o sujeito pesquisador para o alcance do objetivo proposto garantindo a possibilidade do sujeito pesquisado expor todas as suas idéias e iniciativas singulares.

Roteiro, portanto, é sempre um guia, nunca um obstáculo, não devendo prever todas as situações e condições de trabalho de campo. É dentro dessa visão que deve ser elaborado e usado, facilitando a emergência de temas novos durante o trabalho de campo, provocado por seu questionamento (MINAYO, 2007, p. 190).

O roteiro foi composto por 4 questões abertas para guiar as entrevistas. A 1ª teve como propósito reconhecer, na narrativa dos gestores, as suas práticas. A 2ª e a 3ª possibilitou resgatar experiências consideradas positivas e negativas sob a percepção dos próprios gestores. Já na 4ª questão buscamos levantar as representações sociais dos gestores sobre o princípio da integralidade a partir das próprias práticas expressas. Para tanto, questionamos se havia alguma relação do referido princípio com as experiências apontadas nas questões anteriores.

Para a realização da entrevista, os nove (09) Secretários Municipais de Saúde em exercício envolvidos foram contatados por telefone a fim de agendar a entrevista a qual foi realizada nos locais e horários definidos pelos participantes da pesquisa.

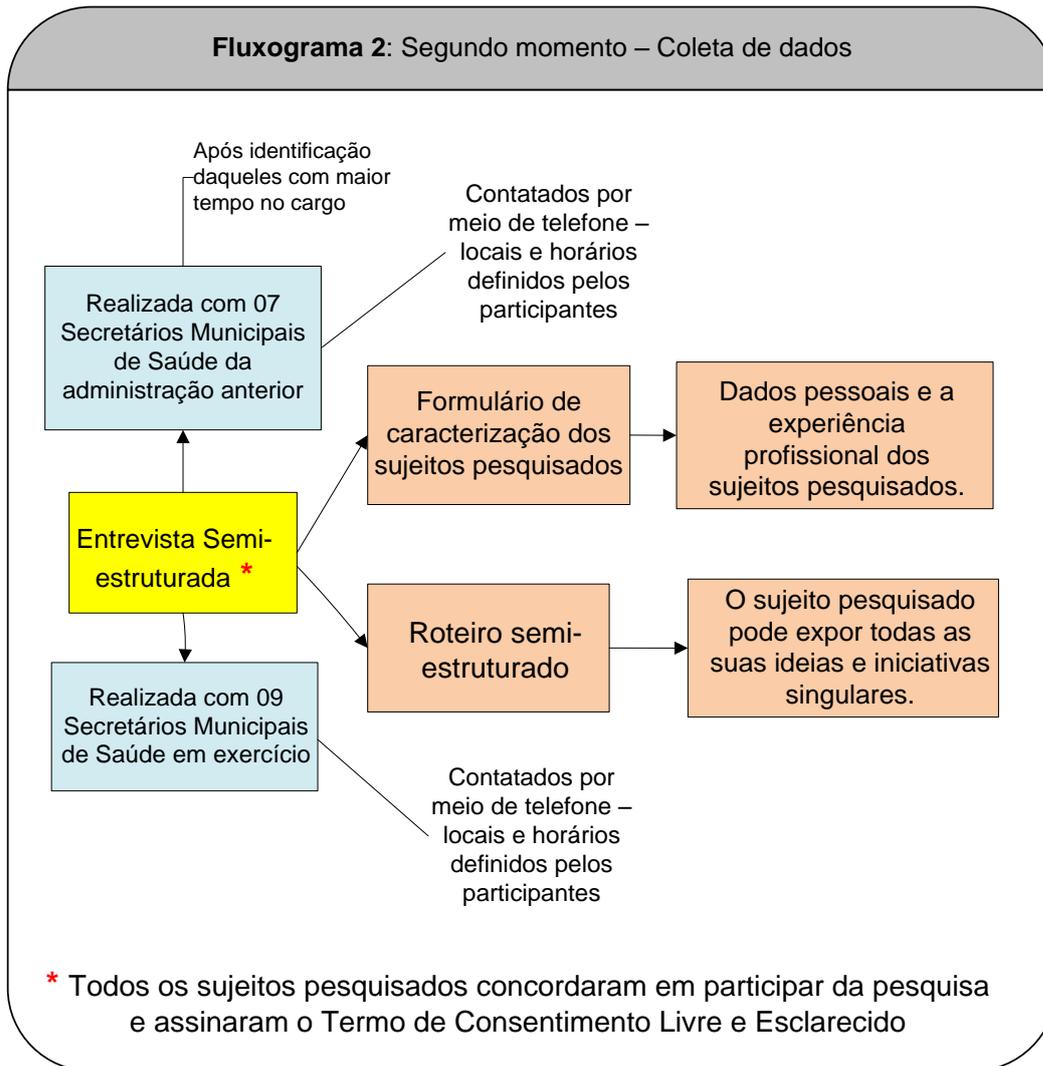
Em relação aos sete (07) Secretários Municipais de Saúde da administração anterior, após pesquisa para identificação daqueles com maior tempo no cargo, foram contatados e posteriormente seguimos os mesmos passos dos secretários acima citados.

Segundo Minayo (2007), alguns pontos devem ser levados em consideração na entrada do entrevistador em campo: a apresentação do próprio entrevistador, da pesquisa, o interesse da mesma, informação sobre a instituição a qual a pesquisa está vinculada, a justificativa, a garantia do anonimato e finalmente, a conversa inicial denominada por alguns autores como 'aquecimento'.

Assim, antes da realização da entrevista, o participante recebeu todas as orientações necessárias e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), no qual consta também o propósito da pesquisa e a garantia do anonimato. No entanto, por se tratar de uma pesquisa que envolve a narrativa das práticas, os sujeitos pesquisados foram alertados verbalmente e por escrito sobre a possibilidade de identificação em alguns pontos da pesquisa.

O instrumento de registro das entrevistas utilizado foi a gravação visto que “o registro fidedigno, e se possível *ipsis litteris*, de entrevistas e outras modalidades de dados que tem na fala sua matéria-prima é crucial para uma boa compreensão da lógica interna do grupo ou da coletividade estudada” (MINAYO, 2007, p. 272). A seguir, foi realizada a transcrição dos relatos.

O **Fluxograma 2** descreve o trajeto deste segundo momento:



Terceiro momento – Análise do material

O método de análise utilizado foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que propõe a obtenção de parte das representações sociais de um determinado conjunto de atores sociais a partir da apreensão das expressões chaves, ideias centrais e ancoragens dos depoimentos.

As Expressões-chaves (ECH) referem-se aos trechos mais significativos de cada depoimento, as quais são agregadas por Ideias Centrais (IC), que é a síntese do conteúdo manifestado nas Expressões-chaves selecionadas ou por ancoragens (AC), que apresentam afirmativas genéricas que trazem em seu bojo ideologias ou crenças.

Por entender que as representações sociais referem-se ao coletivo de gestores, o método propõe reunir trechos para a construção de um único discurso denominado Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC propõe a apresentação de resultados de pesquisas qualitativas e quantitativas na forma de um ou vários discursos-síntese redigido(s) na primeira pessoa do singular e composto por expressões-chaves retiradas das falas dos sujeitos pesquisados que têm a mesma ideia central e/ou ancoragem e que busca a reconstituição discursiva da (s) representação (ções) social (is) de uma coletividade como se esta fosse a emissora de um discurso.

[...] a coletividade, falando na primeira pessoa do singular, não apenas ilustra o regime regular de funcionamento das representações sociais como também é um recurso para viabilizar as próprias representações sociais como fatos coletivos atinentes a coletividades qualitativas (de discursos) e quantitativas (de indivíduos) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006, p.519).

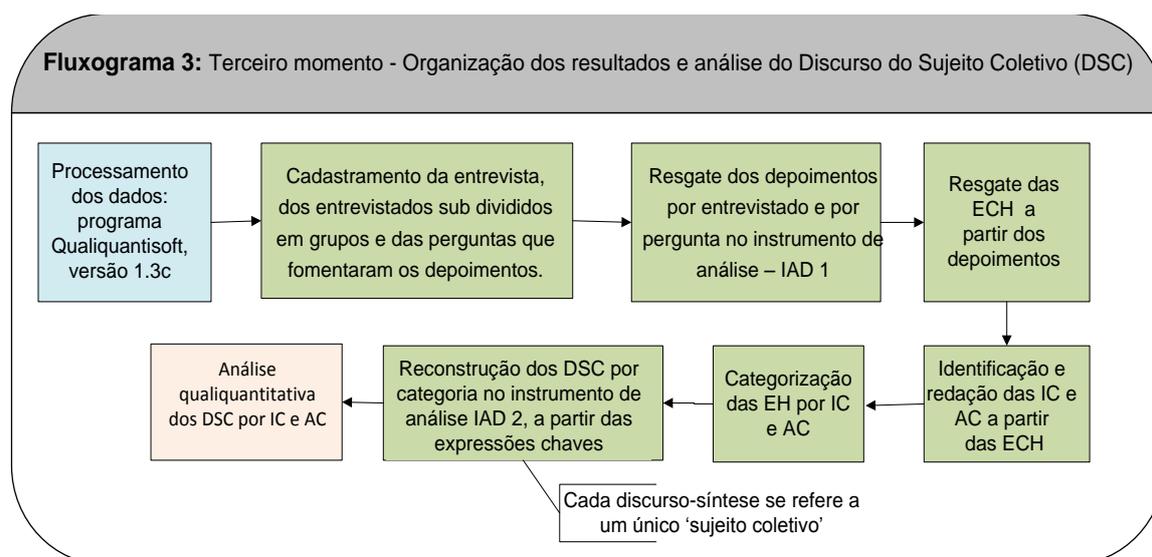
Cada discurso-síntese representa o pensamento de uma determinada coletividade como se fosse um discurso individual, isto é, refere-se a um único 'sujeito coletivo'. Cabe ainda esclarecer que exatamente por ter esse entendimento, independente do número de gestores que participaram da construção de cada DSC, referimo-nos na análise ao gestor no singular, representando o 'gestor coletivo'.

O número de DSC apresentados foi definido a partir do número de diferentes opiniões apresentadas pelo grupo pesquisado em cada pergunta realizada, visto que este método valoriza não apenas as semelhanças, mas também compreende que as diferenças têm importância significativa.

[...] todas as representações sociais presentes numa dada formação sociocultural são semelhantes ou têm algo em comum, justamente porque fazem parte de uma formação social (e não de outra) [...] Mas, da mesma forma, as representações sociais são diferentes e, nas sociedades contemporâneas, muito diferentes, porque tais sociedades são, objetivamente, diferenciadas, complexas, múltiplas, dinâmicas, conflituosas, correspondendo a tais diferenças objetivas – ainda que não mecanicamente – outras tantas diferenças no plano da subjetividade, do sentido, onde as representações se situam (LEFEVRE; LEFEVRE; FIGUEIREDO, 2010, p. 7-8).

O método não propõe a elaboração de categorias prévias ou uma categorização posterior baseada nos pontos mais significativos quantitativamente ou baseada na supremacia do conhecimento teórico em detrimento do senso comum.

Para auxiliar no processamento dos depoimentos e na construção dos DSCs foi utilizado o programa *Qualiquantisoft*, versão 1.3c, desenvolvido na Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo (USP) por Lefevre e Lefevre em parceria com Sales & Paschoal Informática. O software acima citado foi utilizado para dar suporte ao método em uso a partir da licença de uso acadêmica e possibilitou o percurso apresentado no fluxograma 3, a seguir (QUALIQUANTISOFT, 2010):



Baseado na técnica do DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010), apresentamos alguns pontos que merecem esclarecimentos, para maior compreensão da análise.

- A quantificação realizada refere-se ao número de vezes em que uma idéia central aparece nas entrevistas e não ao número de participantes.
- Cada resposta dada por um único gestor pode apresentar várias idéias centrais, porém o quantitativo de ancoragens pode variar de várias a nenhuma em cada resposta dada. Essas últimas serão apresentadas de forma conjunta no item 5.2.
- Por envolver gestores da administração anterior, as suas respostas se apresentaram com o tempo verbal no passado, porém para a construção dos DSCs eles foram alterados para o presente, tanto para dar maior coerência ao discurso quanto para evitar possível distinção entre os dois grupos de gestores.
- Durante as entrevistas, os sujeitos pesquisados fizeram referência nominal aos municípios. Esses foram alterados na composição dos DSCs, por palavras como nosso, aqui e outras com o objetivo de reduzir a possibilidade de identificação dos mesmos.

A análise dos DSC é apresentada de formas distintas em cada questão. Na 1ª questão, apresentamos os DSCs e as respectivas análises de acordo com uma ordem decrescente a partir dos resultados quantitativos. Na 2ª e 3ª questão apresentamos inicialmente todos os DSCs e apenas posteriormente apresentamos a análise de forma conjunta. A ordem também segue a mesma proposta da primeira. Já a 4ª questão, é dividida em 3 blocos, assim os DSCs e as respectivas análises serão apresentados em ordem decrescente dos resultados quantitativos, porém seguindo a divisão dos referidos blocos.

Esta forma diferenciada de apresentação se justifica pelas especificidades de cada questão no que se refere ao número de DSCs, ao tamanho e a abrangência da análise. Cabe ainda esclarecer que a escolha dessas diferentes formas de apresentação foram definidas para facilitar a compreensão do leitor.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos (BRASIL, 1996) foi atendida, sendo o projeto aprovado sob o número de registro 233/10 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFES (ANEXO 1).

5 DE FRENTE COM OS DISCURSOS

Os dados encontrados a partir do questionário de caracterização dos gestores são apresentados na Tabela 1 (APÊNDICE D). A partir da análise dos mesmos, verificamos que os sujeitos pesquisados têm características semelhantes, fato que fortalece o entendimento de coletivo.

Em relação ao sexo verificamos que se mantém a mesma proporção entre ambos os sexos, porém observamos que a participação das mulheres nas gestões atuais decresceu de 67,7% para 22,2%. Quanto à faixa etária e o grau de escolaridade observamos que se trata de gestores com predomínio da faixa etária entre 36 a 47 anos (56,2%), com nível superior completo (93,75%), com ênfase na formação na área de administração. Ainda, constatamos que dentre os que concluíram o nível superior, 66,67% possuem pós graduação e dentre essas, destaca-se a especialização em APS, Gestão em Saúde, Gestão em políticas públicas e Auditoria Controle e Avaliação (APÊNDICE D).

Sobre a experiência profissional dos gestores, a tabela apresenta que 81,2% dos entrevistados já atuaram na área da saúde. Em relação ao cargo de gestor, 62,5% afirmam já ter experiência no referido cargo sendo que 70% desses ocuparam esse cargo no serviço de saúde, prioritariamente em coordenação da ESF e das Vigilâncias. Em relação ao vínculo empregatício, verifica-se que a maioria (75%) possui apenas vínculo temporário e quanto ao tempo de atuação no cargo de secretário de saúde, 81,2% afirmam estar no cargo há mais de 1 ano, sendo que os demais referem-se a pessoas que estão no cargo em exercício (APÊNDICE D).

Nesse sentido, verificamos que os gestores, em sua maioria, possuem experiência tanto acadêmica quanto profissional na área da saúde, na área de gestão ou em ambas. Ainda, confirma-se a fragilidade dos vínculos empregatícios.

5.1 IDEIAS CENTRAIS

A seguir, apresentaremos os resultados quali-quantitativos encontrados para as 4 questões que orientaram nossa entrevista.

1ª questão: “Conte um pouco sobre a sua rotina e as suas ações enquanto secretário de saúde”.

Na Tabela 2 são apresentadas as **ideias centrais** com a frequência absoluta e relativa das respostas para a referida questão.

Tabela 2 – Ideias Centrais (IC)¹ da primeira questão

INTEGRALIDADE		
1) Conte sobre a sua rotina e as ações que desenvolve no seu dia a dia enquanto secretário de saúde		
A	disponibilidade	12 10,71 %
B	atendimento direto ao usuário	9 8,04 %
C	planejamento	10 8,93 %
D	cooredenação e reorganização dos serviços intrasecretaria	11 9,82 %
E	articulação intersetorial, intermunicipal e interfederativa	9 8,04 %
F	atividades administrativa burocráticas	6 5,36 %
G	administração financeira orçamentária	10 8,93 %
H	intervenções técnico políticas	11 9,82 %
I	prestação de ações e serviços de saúde	14 12,50 %
J	fomento a participação popular	6 5,36 %
K	reorganização da porta de entrada dos serviços de saúde	14 12,50 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		112

Os resultados quantitativos apresentados acima demonstram 11 ideias centrais sobre a percepção dos gestores em relação a sua rotina e as ações que desenvolvem.

Cabe esclarecer que para algumas IC foram construídos mais de um DSC² por entender que as ECHs³ apresentavam representações distintas, apesar de todos apontarem a mesma IC. No entanto, a análise envolve todos os DSCs da respectiva IC de forma conjunta.

Para facilitar o acompanhamento, elaboramos o Quadro 1 que além de apresentar as IC, apontam os respectivos DSCs.

¹ Ideia Cental é a síntese do conteúdo manifestado nas Expressões-chaves selecionadas.

² Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) refere-se a discursos-síntese redigido(s) na primeira pessoa do singular, composto por expressões chaves que têm a mesma ideia central e/ou ancoragem e que busca a reconstituição discursiva da (s) representação (ções) social (is) de uma coletividade como se esta fosse a emissora de um discurso.

³ Expressões Chaves (ECHs) são os trechos mais significativos de cada depoimento.

Quadro 1 - Organização das ideias centrais e DSCs da primeira questão

1) Conte sobre sua rotina e as ações que desenvolve em seu dia a dia em quanto secretário da saúde?	
IC 1- Prestação de ações e serviços de saúde	DSC 1A - Melhoria da estrutura física e material
	DSC 1B - Desenvolvimento de programas e projetos
	DSC 1C - Desenvolvimento de campanhas e ações pontuais
	DSC 1D - Oferta de serviços de média e alta complexidade (MAC)
IC 2- Reorganização da porta de entrada dos serviços de saúde	DSC 2A - PSF como porta de entrada dos serviços de saúde
	DSC 2B - PSF como porta de entrada para encaminhar os problemas da população
	DSC 2C - Urgência e emergência como porta de entrada dos serviços de saúde
	DSC 2D - Outras alternativas como porta dos entrada dos serviços de saúde
	DSC 2E - Dificuldade para efetivação do PSF/ESF como porta de entrada
IC 3-Disponibilidade	DSC 3A – Disponibilidade como uma postura inerente ao cargo
	DSC 3B - Disponibilidade como sacrifício
IC 4 - Intervenções técnico políticas	DSC 4A - Articulações técnico-políticas
	DSC 4B – Dificuldades para articular a atuação técnica e política e a interferência política
	DSC 4C - Sem interferência política
IC 5 - Coordenação e reorganização dos serviços intra-secretaria	DSC 5A - Reorganização do setor
	DSC 5B - Ações centralizadas no gestor
	DSC 5C - Direcionamento da equipe voltado para humanização do atendimento
IC 6 - Planejamento	DSC 6A - Planejamento compartilhado
	DSC 6B – Planejamento centralizado
	DSC 6C - Dificuldade de planejar
IC 7– Administração financeira orçamentária (DSC 7)	

IC 8 - Atendimento direto ao usuário	DSC 8A - Atendimento ao usuário por livre demanda
	DSC 8B - Atendimento regulado ao usuário
IC 9 - Articulação intersetorial, intermunicipal e interfederativa	DSC 9A - Articulações intersetoriais e parcerias
	DSC 9B - Articulação intermunicipal
	DSC 9C - Fragilidade nas articulações intersetoriais, intermunicipais e interfederativas
IC 10 - Atividades administrativa burocráticas (DSC 10)	
IC 11 – Fomento da participação popular (DSC11)	

DSC 1 - Prestação de ações e serviços de saúde

O discurso sobre 'prestação direta de ações e serviços de saúde' como uma das ações do gestor representou 12,50% das 112 respostas apresentadas, conforme Tabela 2. Esta participação tão expressiva, que lhe confere, juntamente com mais uma IC, o 1º lugar entre as representações expressas pelos gestores envolvidos pode estar relacionada a três questões. Primeira porque houve um estímulo no decorrer da entrevista para que os sujeitos pesquisados expressassem experiências práticas como uma estratégia para extrapolar os discursos teóricos e resgatar as representações sociais a partir das próprias práticas. A segunda questão refere-se à maior facilidade dos gestores em expressar experiências vividas ou desejadas do que em definir teoricamente as ações que realizam. Já a terceira questão refere-se ao fato de que a prestação direta de ações e serviços é uma função do gestor a qual, segundo Noronha, Lima e Machado (2004) vem sendo cada vez mais assumida pela esfera municipal. Acreditamos que as três questões contribuíram para a apresentação de experiências práticas do cotidiano dos gestores.

Fizemos a opção em construir 4 DSCs que abordam a mesma IC, buscando identificar na fala dos gestores o significado de cada ação. Assim, os discursos expressam: ações para a melhoria da estrutura física e material; desenvolvimento de programas e projetos; desenvolvimento de campanhas e ações pontuais e oferta de serviços de Média e Alta Complexidade (MAC). Cabe ainda esclarecer que 67% dos 15 gestores envolvidos nesta IC, participaram de mais de um dos discursos

apresentados, o que nos possibilita afirmar que na representação do gestor há vários tipos de serviços e ações prestados para a população.

Os discursos têm uma característica operativa, isto é, apontam ações e serviços encaminhados pelo gestor a partir dos quais tentamos compreender como se dá o encaminhamento dos serviços de saúde e as representações que direcionam essas práticas.

DSC 1A – Melhoria da estrutura física e material

Na verdade, nós estruturamos uma secretaria que não existia, fisicamente também. Começou praticamente do zero, não tinha os dados, ofícios passados, informações escritas, nada, nada, nada. É, nós equipamos, construímos e contratamos, praticamente 99% do que tem hoje. A gente conseguiu terminar a estrutura, montar, dar um atendimento melhor, fizemos unidade de saúde que também ajudou bastante no atendimento, vai dar muito conforto pra nossa população. Conseguimos também, todo o medicamento necessário pra população. Também botamos o RX pra funcionar com médico pra dar o laudo, tentamos colocar material à vontade, conseguimos arrumar a casa, conseguimos reformar uma farmácia, conseguimos colocar a fisioterapia num lugar bacana pra funcionar. Conseguimos comprar essa semana também, um ônibus decente pra transporte do pessoal da hemodiálise e também teve a aquisição de veículos até porque as pessoas iam fazer os exames fora né, mamografia, tudo. Uma aquisição que fizemos é que cada estratégia de saúde da família teve agora um carro a sua disposição e com isso aumentou o número de visita e isso é importante porque a prevenção é mais barata do que o tratamento né. Fora isso, a gente tá avançando na saúde bucal também né. Nossa! conseguimos equipar melhor, compramos equipamentos novos pras unidades, tamos comprando aí um novo veículo, uma nova unidade móvel.

DSC 1B – Desenvolvimento de programas e projetos

Nós fomos descentralizando essa imunização, tanto humana quanto animal, mas tem lugares que a gente tá com problemas único e exclusivo de estrutura física, a gente já quer descentralizar, mas não tem estrutura, seria muito importante a gente levar pra lá porque estaria mais perto da população. Também a gente tá querendo levar mais pra perto da população, o teste do pezinho, antigamente era tudo centralizado aqui na sede e aqui no hospital. Agora você não tem que andar 30, 40 Km, 20 km pra vir buscar um exame que é primordial e simples. Em relação ao pré natal, é um acompanhamento quase igual particular assim, pré natal bem acompanhado e crianças de 0 a 7 anos a gente dá um acompanhamento intenso. A gente começou incentivar as mulheres a procurar a unidade fornecendo mais exames que elas têm direito pela legislação do SUS, o kit da gestante. Falta a gente controlar de alguma forma, é até complicado isso que, você precisa da gestante, precisa de ir atrás, mas você tipo precisa penalizá-la de alguma forma se ela não colaborar, aí a gente não sabe

como fazer isso na prática porque a coisa é tão complicada que tá lidando com vida então na hora que ela precisa você tem que acabar tendo que atender, não tem jeito. Sabe, eu sentia tão mal quando eu via a gestante que tinha o acompanhamento, daqui a pouco a mulher tava grávida, a gente buscou jeito de tar colocando isso na cabeça dela pra diminuir o número de gestantes porque cada vez que nasce crianças sem estruturação familiar, você vê que é o maior problema pro próprio município, pro próprio governo, que aquilo ali, a pessoa já pensa que o governo tem que criar, a creche cuida, depois a saúde cuida, todo mundo cuida e vai criando o filho assim então a intenção era diminuir isso, a gente acha que é acompanhamento assim, visita mesmo na família, vai mesmo, aconselhar além da palestra. Mas é aquele contato mais íntimo com a pessoa, eu acho que ó: - Coloca isso na sua cabeça! Não faça isso! Já a hanseníase, geralmente cada município tem um especialista, tem uma pessoa que é referência no município, aí os casos novos ou casos suspeito é encaminhado pra esse profissional. Mas para o programa de tuberculose, nós contratamos recentemente uma pneumologista, eu acho que isso foi um grande avanço pro município. Eu acredito que em breve a gente vai ter bons frutos disso, não estou desmerecendo os outros profissionais, mas ela é especialista na área. Quanto à saúde bucal, eu acho que nós tivemos um ganho muito grande, essa questão da interação da ESF com saúde bucal. A demanda reprimida era um trem estrondoso né, você não dava conta, e nós começamos fazer um trabalho de visita nas escolas. E a fisioterapia? conseguimos colocar essa questão da fisioterapia no Centro de Fisioterapia porque aqui as pessoas andam muito de moto né, então as questões dos acidentes. E tem ainda aqueles que têm hipertensão e tem diabetes e que querem participar dessa fisioterapia 2 vezes por semana. Aí depois que é identificado no PSF, eles são encaminhados pra fisioterapia. E temos o Centro de Promoção de Atividade Física. É um recurso que o Ministério da saúde fez. Então, foi feito uma seleção nas unidades de vários bairros e foram selecionados algumas pessoas acima de 45 anos. E como é que é isso? 3 vezes por semana eles vão ao clube e nós compramos aí todo o material de uma mini academia. São os nossos educadores físicos que ficam no clube, tem uniforme, tem carteirinha pra entrar né, excelente. É, nós temos alguns grupos da melhor idade que já praticam atividade física orientada junto a secretaria de saúde, junto com educador físico, onde nós conseguimos baixar relativamente os problemas, as crises hipertensivas, os índices de colesterol de pessoas da melhor idade, então tem funcionado. Também tem o Projeto de promoção à saúde. Parte dele não saiu do papel, que é o projeto do qual eu mais me orgulho, eu mandei esse projeto pro governo federal e recebi até os 40 mil e que eu implantei uma parte dele. A gente construiria uma grande praça, como se fosse uma cidade, mas lá era voltado tudo pra promoção e a gente acabou espalhando pela cidade. Quero falar também da saúde mental, eu não tenho como ter um psiquiatra todo dia, mas eu tenho um clínico que faz essa referência no dia a dia, e tem uma equipe maior um pouco entendeu, então eu consigo dar um acompanhamento dentro da saúde mental nas referências das equipes de saúde da família. Claro que ainda tem alguns gargalos, mas pra nós, a gente conseguiu avançar muito né, porque você não tem como ter tudo,

então vamos trabalhar com o mínimo que a gente tem, da melhor forma possível e aí sempre com foco na saúde da família, sempre.

DSC 1C – Desenvolvimento de campanhas e ações pontuais

Uma ação nossa são as campanhas, hoje a gente tem as datas programadas de cada campanha, campanha da mancha, campanha de tuberculose, essas coisas. Ai a gente trabalha junto com os PSF's. Mas tem o seguinte, têm as campanhas que você apenas vai a alguns locais com panfletos, dando palestras, tentando aproximar da comunidade através de palestras em bairros e têm aquelas que além dessas palestras você oferece algo a mais, um exame. Isso ai é importante porque ai a população vai se sentir valorizada porque você está oferecendo esse algo a mais e não apenas dando uma informação nova pra população. Quando você entra apenas com a informação e não faz esse algo a mais eu acho que elas acabam não dando tanto valor. Hoje em dia assim, as pessoas acham que apenas se você faz uma campanha, por exemplo de mobilização de dengue, as pessoas acham que não é mais que obrigação da área de saúde, problema é da saúde então, eles tem que fazer mesmo. Outra experiência que nós temos são os governos itinerantes né, então assim, toda a nossa equipe ela se desloca e vai pras comunidades mais afastadas, então nós levamos a saúde bucal, nós levamos ESF, nós levamos o serviço social, nós levamos os médicos, nós levamos os enfermeiros e toda a equipe vai pra poder se aproximar um pouco mais da população. Às vezes fazemos trabalhos que duram a semana inteira. No primeiro ano que comecei a trabalhar como secretário, nós começamos a desenhar a primeira semana da saúde e então tentava trazer todos os serviços, então isso traz um impacto muito bom pra gente. A gente tem uma preocupação justamente com a semana porque é nesta semana que a gente consegue divulgar até o planejamento do ano, é a partir dali que a gente vai mostrar pra população o que a gente tá fazendo. Teve uma ação bem específica, como no momento tamos tendo um grande índice de câncer de próstata, câncer de útero, foi feita uma campanha para oferecer o PSA pra todos os homens acima de 40 anos. Então isso foi uma ação que acho, que dá até uma satisfação, apesar que através dessas ações diagnosticou várias pessoas já com PSA bastante alterado, já alguns com câncer. E teve a semana de prevenção à saúde do homem. O principal objetivo, o foco nosso que era orientar o homem a ter cuidado na saúde. Inclusive aqui nós pegamos uma carona aqui num programa que tem da União né, que essa Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem. Fizemos uma palestra, nós fizemos os atendimentos com os clínicos do município e os enfermeiros, onde eles detectavam a necessidade de cada paciente para ser encaminhado para os especialistas que viriam na 6ª feira o dia todo. A nossa preocupação é que a procura foi enorme e agora a gente não tem estrutura pra atender então, inicialmente atendemos uma grande parcela, mas ficou uma demanda reprimida muito enorme. Mas nós vamos procurar atender dentro da possibilidade.

DSC 1D – Oferta de serviços de média e alta complexidade (MAC)⁴

O município já oferece algumas especialidades, não atende toda a demanda, mas já ajuda também um pouco, mas ainda tem uma demanda reprimida e nós não conseguimos dar conta disso ainda. Então uma coisa que é de grande valia aqui pra nós né, que moramos distante de cidades grandes é o contrato de vários especialistas e ao em vez de tar deslocando estas pessoas, essas pessoas são atendidas aqui. Então nós temos que fazem o atendimento e que vem aí quinzenal, psiquiatra; nós temos semanalmente dermatologista, ginecologista; pediatria nós temos que atende 3 vezes por semana. Outra coisa é que vamos comprar um veículo que também vai proporcionar ao psiquiatra poder tar fazendo uma agenda pro interior. Então eu acho isso um grande avanço, a gente tá conseguindo chegar com um serviço mais especializado às nossas populações um pouquinho mais distante né, que por mais que a gente tenha os profissionais clínicos, ginecologistas, o próprio pediatra, mas falta o especialista. Outro avanço foi a maternidade. Nós reabrimos a maternidade com uma equipe de 7 obstetras 24horas, com anestesistas, pediatras, porque hoje graças a Deus só falta pediatra no final de semana que tá difícil. Eu falo que a maternidade foi o grande filho, mas a minha grande preocupação era assim, não vou abrir um serviço de qualquer forma, só pra dizer que tem o serviço. Agora nosso município sofreu um pouquinho com a organização e a implantação e implementação do serviço de hemodiálise, que é de alta complexidade. E a 'onco', que a gente tá organizando ainda, é outra alta complexidade do Estado, convênio com o município e que as coisas ainda estão se colocando e foi um outro assunto que também tomou muito do meu tempo. Eu acho que tem muito mais coisa que tomou muito do nosso tempo, que deixou a gente envolvido. Porque precisava tar organizando a atenção primária, todo um projeto do Estado e naquele momento, eu não tava podendo acompanhar direito todo esse processo e acho que naquele momento eu não acompanhei devidamente a equipe.

O primeiro ponto que nos chama a atenção é o fato de que os discursos não expressam uma continuidade das ações em relação à gestão anterior, como se nada ou muito pouco tivesse sido realizado até então. Emerge uma representação de que para o gestor as obras e ações realizadas anteriormente ao seu período de gestão inexistem ou não tem valor. Por outro lado, a preocupação com essa falta de

⁴ **MAC*** - Ainda que essa denominação sugira alguns questionamentos, será utilizada por valorizar o entendimento do gestor que quando a cita, refere-se ao elenco de procedimentos definidos pelo MS como tal, os quais envolvem atendimentos de profissionais especializados e equipamentos de diagnóstico e tratamento de maior custo econômico (BRASIL 2009c). Porém, esclarecemos que ao nos referir, nesse estudo, em média e alta complexidade estaremos nos referindo a tecnologias leve duras e duras, conforme proposto por Merhy (1998b).

continuidade da gestão é apontada em outros DSCs como um problema para a consolidação do SUS.

O discurso aponta para as deficiências dos serviços de saúde e um desejo do gestor em melhorar as condições das unidades de saúde e ampliar a oferta de serviços e de insumos. Esses pontos expressam a realidade e as dificuldades vividas na região a qual é reconhecidamente a região de maior vazão assistencial do estado, tanto pelos municípios quanto pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Essa realidade exige do gestor um esforço e a construção de estratégias locais para oferecer serviços e concomitantemente, emerge no discurso um sentimento de aceitação diante das limitações.

...mas pra nós, a gente conseguiu avançar muito né, porque você não tem como ter tudo, então vamos trabalhar com o mínimo que a gente tem, da melhor forma possível...

Diante da necessidade de vários investimentos, o gestor não apenas define ações a serem implantadas ou implementadas, mas também a forma com que essas serão executadas apontando a forma de organizar os serviços e o modelo assistencial adotado.

Desta forma, o discurso aponta o direcionamento das ações de saúde para os programas e as campanhas. Essa característica, segundo Paim (2003), aponta para o modelo assistencial sanitarista que visa enfrentar os problemas de saúde a partir de campanhas e programas especiais. Ainda, pode estar direcionada para as ações programáticas que propõe a organização dos serviços a partir da programação de atendimento por grandes grupos populacionais (programa da criança, adolescente, gestantes...) ou por subgrupos vinculados aos danos, definidos por critérios epidemiológicos (NEMES, 1993).

No entanto, verificamos que apesar de oferecer serviços a partir de programas e campanhas, o discurso valoriza prioritariamente para o atendimento médico, fortalecendo o modelo médico assistencial. Porém o discurso não aponta para uma preocupação do gestor em definir ou direcionar as ações para um ou outro modelo, assim revela que essa reflexão não se faz presente no cotidiano do gestor.

Seguindo esse mesmo entendimento, observamos que os programas expressos no discurso reproduzem, em sua maioria, os programas propostos inicialmente pelo Ministério da Saúde e/ou criados a partir de incentivos federais. Neste sentido, Teixeira e Solla (2006) afirma que os programas são 'pacotes tecnológicos' a serem seguidos universalmente.

Poucas experiências mencionadas apresentam uma preocupação em aproximar as propostas nacionais à realidade local ou de criar estratégias específicas para atender demandas específicas.

Porém, ainda que a liberação de recursos financeiros por parte do Ministério da Saúde ou mesmo os indicadores do Pacto pela Vida sejam mecanismos de indução para a execução de determinadas ações priorizadas pelo âmbito federal, observamos no discurso que estes também são mecanismos importantes tanto para viabilizar o desenvolvimento de ações e serviços quanto para dar um direcionamento à gestão no âmbito municipal, visto que no discurso, o gestor ainda se apresenta prioritariamente como executor e não como co-responsável e sujeito da construção e encaminhamento da política de saúde local. Assim, entendemos que os municípios ainda necessitam desse posicionamento da esfera federal, porém cabe a gestão municipal ter um olhar crítico sobre as propostas no sentido de encaminhá-las de acordo com as especificidades municipais.

Entre os programas apresentados, destaca-se no discurso o programa voltado à saúde da mulher e da criança, com ênfase no pré-natal. Observamos uma preocupação grande em garantir atendimento à gestante, o que vem ao encontro da mesma preocupação apresentada em outros DSCs.

No discurso o gestor aponta uma preocupação prioritária em melhorar a adesão da gestante ao pré-natal e revela a representação de que a gestante não prioriza o seu acompanhamento, não colabora e de que os serviços públicos são obrigados a assumir a responsabilidade por esse acompanhamento, ainda que acredite que ela deva ser penalizada por não colaborar.

Esse discurso exala a representação de que quem sabe o que deve ser feito é aquele que detém o poder instituído e que deve haver mecanismos que obriguem a

população a obedecer às orientações. Aponta para certa frustração e indignação do gestor quando não consegue garantir o cumprimento de suas determinações.

Com essa representação torna-se difícil pensar em práticas que possam estimular um processo reflexivo que contribua para que a gestante e os envolvidos nesta gestação, assumam o papel de protagonistas desse momento.

O discurso também aponta para o sentido atribuído aos serviços públicos e privados. Na representação do gestor o setor privado oferece um serviço de qualidade e para que o público garanta essa qualidade, deve se equiparar ao privado.

Discussões sobre esta representação apontam para distintas opiniões não apenas entre os gestores, mas na sociedade como um todo. Para Mattos (2009), a reversão deste processo e a sustentabilidade do sistema público são possíveis e estão vinculadas a efetivação da integralidade. Já Teixeira (2009), afirma não crer numa mudança na premissa de que o setor privado é mais eficaz que o SUS.

Observamos a tensão entre os interesses do mercado e os interesses apresentados pela Reforma Sanitária. Enquanto os primeiros precisam manter a reprodução desse enunciado e assim, manter a soberania de qualidade das instituições privadas, ainda que seja apenas no 'imaginário simbólico' da população que se apresentam como consumidores em potencial dos serviços de saúde; o segundo aponta para a garantia de um atendimento universal, integral e igualitário à população.

Uma questão levantada no discurso refere-se à descentralização dos programas. Verificamos que alguns programas são afirmados como totalmente descentralizados, outros com descentralização parcial em decorrência de falta de estrutura física e aqueles que se mantêm centralizados. A descentralização é valorizada como uma forma de aproximar os serviços da população. Já a centralização, é apresentada como uma forma de garantir a qualidade dos serviços priorizando os aspectos clínicos do atendimento.

Essa qualidade dos serviços, na representação do gestor é garantida prioritariamente a partir da atuação técnica de especialistas, ainda que seja em serviços pertencentes ao elenco de atividades de responsabilidade da atenção

primária, como é o caso do acompanhamento a pessoas com tuberculose. Essa representação é reforçada ao observarmos que independente da cobertura da ESF, o gestor aponta a importância de oferecer consultas por profissionais pediatras e ginecologistas.

Outro aspecto que o discurso levanta é a relação dos programas e campanhas desenvolvidos e a ESF. Apesar da micro São Mateus ter uma cobertura de cerca de 60% e, apesar do modelo assistencial preconizado discursivamente pela instância federal, estadual e municipal apresentar a ESF enquanto estratégia prioritária de reorganização do modelo assistencial, o discurso faz pouca referência a participação da equipe da saúde da família no desenvolvimento dos programas. Já na execução das campanhas, a participação da referida equipe se faz mais presente.

Como afirmado anteriormente, nos programas a centralidade está no atendimento clínico, já a atuação da ESF é prioritariamente direcionada para o desenvolvimento de ações de educação em saúde no âmbito da prevenção de doenças e promoção de saúde. Emerge assim, a dicotomia entre assistência, prevenção e promoção historicamente presente nos serviços de saúde. Ainda, o discurso aponta para a valorização dos trabalhos de prevenção por esses serem mais baratos do que a assistência, o que traz a tona uma preocupação maior para os interesses econômicos do que para uma mudança nas condições de saúde da população.

O DCS aponta a forma com que as ações de promoção da saúde são percebidas. Essas são associadas a projetos que favorecem um estilo de vida saudável e não como um modelo de atenção à saúde. Tais projetos distanciam-se da proposta de Promoção da Saúde apresentada na Conferência de Ottawa, em 1986, a qual vislumbra uma mudança nas formas de produzir saúde e prioriza ações que estimulem a participação, a autonomia e o empoderamento da população.

Quanto às ações de prevenção, na representação do gestor, referem-se às ações que irão evitar o adoecimento e são apontadas como uma obrigação da secretaria da saúde. Já a oferta de exames, é entendida como um *plus* a mais oferecido nas campanhas. Na representação do gestor, o desenvolvimento de ações consideradas educativas, como a disponibilização de informações e materiais educativos, não tem valor para a sociedade que somente será garantida a partir da oferta desse 'algo a

mais'. Essa situação associada a algumas experiências apontadas no discurso revela a valoração atribuída às ações assistenciais e de diagnóstico pelo próprio gestor.

No nosso entendimento, a realização de campanhas atende expectativas da sociedade voltada para a lógica do mercado. Na representação do gestor, as campanhas divulgam e oferecem os produtos disponíveis no setor saúde e esses por sua vez podem ser adquiridos pela população naquele momento, sem necessidade de agendamento. Dessa forma, atende os possíveis desejos dos usuários e ao mesmo tempo, oferece serviços para estimular o desejo por novos produtos.

Com essa ação garante uma repercussão positiva, aumenta o grau de satisfação tanto dos usuários quanto do grupo político que o gestor representa sem, contudo ter que se responsabilizar, enquanto gestor, pelas demandas que emergem a partir desta ação. Porém não podemos negar que essas campanhas ainda são uma possibilidade para que a população tenha o acesso a serviços que de outra forma, talvez não estejam sendo garantidas. Paim (2003) faz uma crítica às campanhas as quais se apresentam enquanto um trabalho de 'apagar incêndios' que assume para si as ações que deveriam ser realizadas no cotidiano dos serviços de saúde. Porém, ressaltamos que no discurso, as campanhas se apresentam enquanto as próprias práticas do cotidiano.

O discurso também aponta para a valorização dada pelo gestor aos serviços de média e alta complexidade disponibilizados pelos municípios o que por um lado, reforça a centralidade da tecnologia dura e leve dura (MERHY, 1998b) e por outro aponta para uma insatisfação e uma preocupação diante da dificuldade de garantir o acesso a esses serviços. Entendemos que a garantia de acesso e a definição de fluxos entre as unidades produtivas dos diversos níveis de atenção são fundamentais para a construção de uma rede de atenção e para uma atenção integral. Neste sentido, as dificuldades apresentadas representam um gargalo real e um desafio para a consolidação do SUS. No entanto, o discurso não faz referência à construção de redes e aponta para os serviços de MAC dissociados da atenção primária, o que demonstra que a preocupação do gestor está voltada

prioritariamente para a garantia do acesso aos referidos serviços, sem uma proposta mais ampla de efetivação de uma 'linha do cuidado'.

A conjugação dos três discursos que apresentam a IC 'prestação de ações e serviços de saúde' apresentam características dos diversos modelos de atenção, porém Campos (1997) afirma que mesmo sendo possível a existência concomitante de várias formas de produção de saúde numa determinada sociedade, uma delas será a hegemônica. Neste sentido, entendemos que mesmo que algumas iniciativas estejam sendo realizadas com vistas a uma mudança do modelo, o modelo médico assistencial ainda se apresenta hegemônico.

Esta hegemonia vem ao encontro com expressões afirmadas no DSC de que as práticas assistenciais e os investimentos direcionados a serviços especializados e médicos especialistas são priorizadas. Ao apontar a MAC, o gestor afirma,

Eu acho que tem muito mais coisa que tomou muito do nosso tempo, que deixou a gente envolvido. Porque precisava tar organizando a atenção primária, todo um projeto do Estado e naquele momento, eu não tava podendo acompanhar direito todo esse processo...

Entendemos que não basta a implantação formal da ESF ou o desenvolvimento de ações definidas como de prevenção de agravos ou promoção da saúde, para garantir uma mudança de modelo assistencial porque este não se afirma nas definições teóricas, mas sim, nas práticas do serviço.

DSC 2 - Reorganização da porta de entrada dos serviços de saúde

A representação sobre a 'reorganização da porta de entrada dos serviços de saúde' reflete 12,50% das 112 respostas o que lhe confere, juntamente com a IC apresentada acima, o 1º lugar entre as representações expressas pelos gestores envolvidos (Tabela 2) e aponta uma preocupação dos mesmos em garantir o acesso dos serviços de saúde à população.

Para a mesma IC, fizemos a opção de construir 5 DSC (Quadro 1), sendo que os 2 primeiros expressam o PSF como porta de entrada aos serviços de saúde, ainda que com representações distintas. O DSC 2C expressa a percepção dos gestores de que a porta de entrada ainda se mantém nas unidades hospitalares e de pronto atendimento, o DSC 2D apresenta outras estratégias utilizadas pelos gestores

enquanto porta de entrada aos serviços de saúde e, por fim, o último (DSC 2E) refere-se as dificuldades percebidas pelos gestores em relação a efetivação da ESF.

A construção desse último discurso justifica-se pela ênfase atribuída a essa questão pelos gestores. Dos 14 gestores que expressaram a referida IC, 80% apontam dificuldades para a efetivação da ESF.

DSC 2A – PSF como porta de entrada dos serviços de saúde

Uma coisa que nós fizemos por exemplo, colocamos lá na frente do hospital pra poder ser atendido no hospital só em caso de urgência, forçando um pouquinho entre aspas a população a ir pras equipes de saúde da família. Outra coisa, nós temos a pediatra e as mães não iam nas equipes de Saúde da Família e levava na pediatra e a própria pediatra: - não! O puerpério, eu que vou fazer, não precisa ir pra equipe de Saúde da Família. Então um negócio que no início criou muita reclamação, até pra ir pro pediatra tem que ter referência do médico da Saúde da Família. Bom, mesmo que eu não tive como fechar a porta do hospital, mas nós hoje reduzimos pelo menos 60% da demanda de hospital indo para os PSF's. Isso é importante porque primeiro, hoje se a gente for querer colocar tudo dentro do hospital, não dá conta e segundo, que você mistura o tipo de atendimento, quer dizer, hospital nunca vai pensar a saúde como promoção, proteção e prevenção, vai pensar só como recuperação. Hospital não é pra esta finalidade. A lógica do hospital é totalmente distinta, o hospital ele recebe se tiver doente pra internar e já nós não, nós recebemos pra trabalhar pra que essas pessoas não adoçam. Então o maior investimento, que a gente tenta fazer e quer fazer e é prioridade do governo atual, do governo Casagrande, ele tá querendo, a proposta dele, ele já tá tudo em projeto é investir na atenção primária e eu vejo que ali é a porta de entrada e que seja isso de acesso e que seja resolutivo e que dê respostas depois para os encaminhamentos que for de média, alta complexidade. A gente tem sempre que lembrar que antes nós tínhamos um modelo muito hospitalocêntrico, as pessoas só procuravam realmente a saúde, o hospital, quando estavam doentes ou quando elas queriam um atestado médico ou uma guia de referência e a gente conseguiu mudar esse fluxo também. Então, a parte de conscientização e orientação é muito intensificada, pela necessidade até da implantação da saúde da família, porque a gente tá saindo de uma demanda completamente espontânea pra uma demanda programada e isso é muito difícil de quem tá lá entender. Por isso, eu participo de todas as reuniões de associação de moradores, em toda reunião tem sempre a minha fala com aquela comunidade, sobre o que é a atenção primária, o que é o PSF pra eles, sempre ressaltando a importância disso, a valorização, conversando com o povo daquele bairro, que a unidade que deve procurar, a unidade que fica localizada no bairro. Então assim, questões simples, mas que a gente precisa mostrar pro povo como é que o serviço funciona e que não é tão simples quanto parece. No passado até que era mais difícil, agora o povo já tá conhecendo, embora ainda falta.

DSC 2B – PSF como porta de entrada para encaminhar os problemas da população

Mas eu quero explicar melhor, a gente fala que porta de entrada tem que ser o PSF, mas na verdade a porta de entrada é onde o usuário decidir que é. Se ele acha que a porta de entrada pra ele é o hospital, ele tem todo o direito de escolher por onde ele quer entrar, mas quando eu falo em porta de entrada porque eu acho que o PSF ele tem que detectar todos os problemas daquele território dele e tar direcionando pra uma solução. Aqui a gente conseguiu fazer isso, aqui não tinha todas as ruas calçadas, aqui tinha problemas de esgoto correndo a céu aberto, fedendo, entrando na casa das pessoas, aqui tinha áreas que não tinham iluminação pública e o PSF que foi fazendo o diagnóstico de todas essas áreas e fazendo com que as ruas fossem calçadas, fossem iluminadas, foi a insistência do PSF que fez com que a vida das pessoas, houvesse melhoria das condições da vida das pessoas em cada bairro. Então quando a gente fala em porta de entrada, eu não tô pensando só, que o PSF é porta de entrada porque o usuário tem que procurar em primeiro lugar o PSF não, a porta de entrada da saúde porque o PSF ele tem que visualizar tudo o que tem que ser resolvido naquele território ali, é ele que tem que direcionar pro poder executivo o que tem que ser feito pra melhorar a saúde daquela população, daquele território, eu pelo menos vejo assim né.

DSC 2C - Urgência e emergência como porta de entrada dos serviços de saúde

A população ela quer ser bem atendida, a verdade é essa e os PSF, nós temos um problema no município os médicos não atendem às 40 horas semanais que é obrigatório do PSF, então é onde as pessoas vão procurar o hospital. Na verdade, tem as equipes, mas não vão, aí é difícil! Então, a porta de entrada que a gente quer que seja, que a gente quer direcionar como porta de entrada aqui do município, que a gente não conseguiu ainda totalmente por causa dos dois hospitais, a gente quer direcionar a população pra ir procurar primeiro o PSF. Então, na prática, não no ideal, o hospital ele se tornou um grande ambulatório. De qualquer forma, eu não sei te dizer em número, em percentuais qual é a nossa cobertura, mas eu quero aumentar a cobertura, pra que exatamente a gente possa desafogar a frequência aos postos de saúde e a porta do hospital.

Aqui o povo tá muito mal acostumado, tem um médico na unidade: - ah! mas eu não quero consultar com aquele médico hoje, eu quero outro no PA. A própria população procura o PA. É raro você ter assim uma urgência que precise de um cuidado mais especial, na verdade, 90% do pessoal aqui vem no Pronto Atendimento, é ambulatório. Outra questão é o fato de que não se encontra pediatra pra se contratar então é onde que acontece: - vamos recorrer ao nosso hospital!

DSC 2D - Outras alternativas como porta de entrada dos serviços de saúde

Além do atendimento diário do PSF, à tarde nós contratamos profissionais médicos pra atender de 4 horas até as 9 horas da noite pra atender um público, que nosso município ele é um município agrícola, então são trabalhadores da área rural e muitas vezes não podem matar dia de serviço pra vir numa consulta, então nós atendemos esse horário pra dar uma sustentação a essas pessoas que necessitam de um médico e se não, iam recorrer ao hospital. Pra desafogar o hospital a gente fez esse atendimento

e quem chegou vai ser atendido ou no máximo, se não der pra atender, atende no outro dia. Isso é um projeto legal que a gente conseguiu inserir em algumas unidades, nem todas. Tem tido uma repercussão muito boa porque é um horário diferenciado, é horário noturno, que as pessoas, às vezes, tem mais disponibilidade. A gente também tá fazendo um atendimento diferenciado levando um médico na comunidade. Nós temos um ônibus estruturado pra atendimento médico odontológico né. Quando a gente não pode fazer um atendimento pelo PSF, a gente faz atendimento ou quinzenal, semanal ou 1 vez por mês nessa zona rural onde não é coberto por PSF e nem pelo PACS. E em relação aos especialistas, além do hospital, da equipe do PSF nós temos outros especialistas aí que fazem o atendimento e a demanda pode ser encaminhada pelo PSF ou demanda livre. Mas tem um problema em relação aos especialistas e médicos de ambulatório. Nós temos um sistema de se fazer saúde que não é adequado, onde um médico receba um salário muito pequeno que não é condizente com a condição de médico, pelo que ele estudou, pela importância que ele tem. E por outro lado pra completar esse salário, ele faz consultas por produção. Eu acho que é a precarização do serviço de saúde né, acaba tendo que atender 4, 5, 6 lugares no tempo que você teria que tar atendendo talvez um então aquele tempo que passa pra investigar, aquela dor, aquela enfermidade ali, ele prefere prescrever um exame pro cara voltar daqui a 30 dias pra mostrar o que deu no exame.

DSC 2E - Dificuldades para efetivação do PSF/ESF como porta de entrada

Infelizmente tá faltando médico, mas eu vejo que os outros municípios também tão passando pela mesma dificuldade e não sei se por posição geográfica, eu acho que poucos quer vir para o interior. A situação é difícil também na zona rural, e pra resolver essa situação dessas comunidades é complicado, a gente até tentou colocar uma unidade móvel com um PSF, só que os profissionais acabam se cansando facilmente. Também em relação aos profissionais, o nosso grande problema hoje é o profissional médico, ele tem muita rotatividade e ele faz parte da equipe, ele é peça importante que a gente não pode desconsiderar. Isso é um dos maiores problemas nossos, nosso maior desafio é a fixação do médico na equipe, porque a população constrói vínculo porque a população precisa disso. Eu acho que é o nosso maior desafio é fixar esse profissional, com que ele fique satisfeito, parar com essas questões de briga, município oferecendo mais e aí, a gente perde todo o trabalho. Até mesmo porque há um leilão dentro dos municípios e muitos médicos, às vezes eles, por causa de 100, 200 reais eles acabam largando toda uma estrutura pra poder, ou por causa da vantagem de trabalhar menos e a essência do PSF fica, se perde. E hoje, por imposição de uma proposta de governo pra saúde de trabalhar atenção primária através das equipes de PSF, eles tão vindo atraídos pelos salários e eu acho que a gente tá tapando sol com a peneira. O profissional se desligou e a gente não conseguiu e aí quando fica desassistido né, profissionais vão lá 2, 3 vezes por semana, às vezes nem isso, que não é ideal, não é essa a proposta do PSF. Eu acho que há ainda um longo caminho a seguir em virtude que muitos profissionais, principalmente profissionais médicos mais antigos, não entenderam ainda qual é a

psicologia da ESF de priorizar programas, priorizar prevenção. Então é um grande desafio! Agora a gente tá perdendo um pouco a identidade, então a gente quer que a população procure o PSF em primeiro lugar, mas o PSF já não tem mais esse perfil de tar direcionando os trabalhos da secretaria de obras, da secretaria de planejamento, da administração. No começo eu tive muito profissional da região nordeste, a visão deles é outra, quando esses profissionais acabaram voltando, a gente começou a contratar as pessoas do Espírito Santo e a formação é diferente, eles não tem essa mesma visão de cuidar da vida da pessoa. E outra coisa que eu acho que falta sabe é essa vontade, esse fogo nas pessoas, as pessoas querem ganhar o salarinho delas no final do mês, elas não querem fazer a diferença na vida das pessoas. Então pra mim hoje, faltaria voltar o profissional médico da ESF pra uma sala pra ser um médico generalista, porque hoje a medicina começou a especializar muito por área e aquele médico do PSF tem que tar preparado pra poder conhecer o ser humano da unha do dedão do pé, e também, o médico de Saúde da Família, ele ouve, ele toma café, ele brinca, ele é super atencioso, ele tem o perfil mais humano. E outro problema é que passamos por uma descaracterização do próprio programa a nível federal, o governo federal se afastou um pouco, o Estado também se afastou um pouco dos municípios.

Em relação a população, a gente tenta conscientizar a população de que o médico de família é o médico que faz o acompanhamento, que sabe o problema de cada um, é melhor do que cada dia um médico diferente, uma receita diferente, uma medicação diferente. Então a gente tenta e conseguimos isto com alguns, mas nem todos infelizmente. Então, é importante ter as reuniões, o conselho, envolver a comunidade, porque se a comunidade não tiver participando e tal, e isso não tá sendo fácil não! Outro ponto é que às vezes as pessoas vão na unidade pra pedir somente um atestado porque faltaram no trabalho, isso é muito ruim porque tira a oportunidade de uma outra pessoa ser atendida. Uma coisa que nós temos dificuldade é a questão de demanda por agenda, porque o povo ainda tem a visão de que, tipo assim, eu chegar e eu ser atendido na hora né. Então tem muitos que aceitam bem, mas ainda tem muita resistência. Também tem a pressão dos médicos do hospital, da propaganda contraria do PSF. E isso aí é público, todo mundo sabe, é oficial, não é escondido, eu sofro ameaças veladas, ameaças abertas! Na realidade, eu tenho que confessar, é uma frustração, mas eu não consigo avançar muito nesse sentido. O modelo que fica realmente é o modelo hospitalocêntrico. Posso ter todas as equipes de PSF, olha que a minha cobertura é muito boa, mas se eu não tenho um médico plantonista 24 horas, todo aquele trabalho ali é considerado inválido.

Consideramos interessante agregar a análise qualitativa alguns aspectos quantitativos significativos. Em primeiro lugar, nenhum gestor participou de apenas 1 desses DSC assim, 40% dos entrevistados apresentam mais de uma porta de entrada e ainda, 70% daqueles que afirmam ser a ESF a porta de entrada do sistema, expressam também haver dificuldades para a efetivação da referida estratégia.

Estes pontos vêm demonstrar que, ainda que cerca de 70% dos gestores apresentam a referida IC direcionada para a ESF enquanto porta de entrada para os serviços de saúde, essa estratégia se faz presente junto com outras estratégias e/ou com uma série de dificuldades e limitações para a sua efetivação.

Outro ponto que cabe esclarecer é que os DSCs apresentam a terminologia de PSF e ESF como sinônimos. Porém, na microrregião São Mateus, campo de estudo dessa pesquisa, o discurso aponta para uma ESF que se mantém prioritariamente enquanto uma estratégia para ampliação do acesso aos serviços de saúde, o que segundo Mattos (2002), Fausto e Matta (2007) e Giovanella (2008) refere-se a primeira fase do programa sem, contudo ter avançado para a segunda fase, entendida como um novo modo de reorganizar a rede básica e uma estratégia de transformação do modelo assistencial.

Em relação à apresentação das diversas portas de entrada apontadas conjuntamente, o discurso expressa algumas causas. Dentre elas, apontamos para a diversidade de realidades encontradas, por vezes, em um único município. Essa realidade faz com que o gestor não consiga implantar equipes de saúde da família em todas as localidades e assim, direcione distintas estratégias para distintas realidades.

Nesse ponto, o discurso apresenta o exemplo das áreas rurais, que pela sua localização, tem dificuldade para encontrar um profissional médico com interesse de deslocar-se para a referida área. Diante dessa realidade, o gestor vê a necessidade de propor alternativas diferenciadas para propiciar o acesso da referida população para os serviços de saúde e neste caso, apresenta como alternativa o atendimento médico e odontológico em unidades básicas e unidade móvel com atendimentos periódicos.

Outro exemplo apresentado é o atendimento ambulatorial em horário diferenciado. Na representação do gestor, tornou-se necessário a implantação do referido ambulatório a fim de garantir acesso aos serviços de saúde para os trabalhadores, com ênfase aos trabalhadores rurais, característicos da região, visto que o horário de funcionamento das equipes de saúde da família não são compatíveis com os horários dos referidos trabalhadores, os quais permanecem em horário integral no

campo. Para garantir esse acesso, o gestor propõe associar atendimentos pela equipe de saúde da família durante horário comercial e atendimento médico ambulatorial para a demanda espontânea após esse horário. As duas propostas garantiriam atendimento a uma mesma comunidade.

O discurso aponta a coexistência entre um atendimento programado realizado pela equipe de saúde da família e um atendimento de demanda espontânea após o atendimento da referida equipe. O entendimento apresentado pelo gestor é que o atendimento após horário de funcionamento da equipe de saúde da família é um atendimento complementar. Porém, o discurso também apresenta a dificuldade da população em compreender e aceitar um atendimento programado em detrimento do atendimento por livre demanda e neste caso, a comunidade pode direcionar sua procura para a segunda modalidade de atendimento, esvaziando o PSF. Cabe refletir se essa dificuldade não é fortalecida a partir das próprias ações direcionadas pelo gestor.

Neste sentido, o discurso confirma a afirmativa de Paim (2003) referente à existência de modelos voltados para as demandas espontâneas e para as demandas programadas baseadas nas necessidades de saúde, os quais no Brasil coexistem de forma contraditória ou complementar.

Outra questão a ser levantada refere-se à organização dos serviços tomando como base o local de residência. Mattos (2007) traz uma reflexão sobre essa questão ao apontar que na prática nem sempre a proximidade do local de residência facilita o acesso e justifica que os serviços são organizados sem levar em consideração os fluxos do cotidiano das comunidades, tanto no que se refere ao local da oferta dos serviços, quanto ao horário que esses serviços são ofertados.

Assim, para uma população que passa o dia inteiro trabalhando distante de sua residência, a organização dos serviços embasado nos locais de moradia não significaria necessariamente, facilidade de acesso. Pelo contrário, pode tornar-se um empecilho para que esse usuário seja atendido em algum serviço de saúde que ele tenha condições de procurar, respeitando a sua rotina de vida. Mattos (2007) aponta para essa situação direcionada prioritariamente para as grandes regiões metropolitanas, como se a situação fosse mais facilmente solucionada na zona rural.

Porém o discurso aponta que os espaços rurais também sofrem essa mesma dificuldade, na medida em que os indivíduos trabalham em atividades rurais como, por exemplo, plantação e coleta de café, corte de cana entre outros, e permanecem distantes não só de suas residências como também de toda a infra estrutura urbana.

Merhy, Malta e Santos (2004) questionam o formato único para o PSF, o qual não estaria levando em consideração as especificidades locais e regionais e Teixeira (2003) ressalta que a redefinição das práticas deve ser pensada a partir das especificidades e heterogeneidades apresentadas por cada região.

O discurso vem confirmar esses pontos de vista na medida em que levanta o fato de que a proposta da ESF, conforme apresentada pelo MS; a realidade vivida nos diversos municípios da região e as limitações financeiras, de infra-estrutura e de recursos humanos das próprias secretarias nem sempre são convergentes. Em consequência dessa situação, por vezes, a proposta da ESF, torna-se, na prática, inviável.

Por outro lado, levantamos um questionamento sobre os motivos que levam o gestor a implantar o PSF em uma área que sabidamente não irá atender as necessidades da comunidade. Diante dessa questão, resgatamos no discurso o entendimento dos gestores em relação à implantação da ESF. Se por um lado, essa iniciativa é apresentada como uma opção do gestor que a percebe como a melhor solução para avançar na saúde, também é afirmada como uma proposta induzida pelo âmbito federal.

Esse posicionamento pode ser mais bem entendido à luz de Arretche (2003) e Feuerwerker (2005) que afirmam que os mecanismos de indução por parte do governo federal contribuem para que os municípios assumam a ESF enquanto o modo predominante de organização da atenção básica, ainda que limite a autonomia do gestor municipal para organizar o seu sistema de saúde local de outra maneira.

Entendemos que essa situação se expressa no fato de que a ESF é assumida formalmente no âmbito municipal sem, contudo ser assumida na prática da forma preconizada e resgatamos a afirmativa de Feuerwerkwer (2005) que aponta como consequência desse mecanismo de indução para a implantação da ESF, a obediência dos municípios, porém com formas diversificadas de funcionamento. Assim, obedece-se e desobedece-se concomitantemente.

Este fato nos leva a uma reflexão sobre a efetividade dos espaços de participação tripartite na construção e encaminhamento das políticas de saúde, a forma com que o gestor municipal se posiciona diante desse encaminhamento, visto que ele se apresenta, no discurso, prioritariamente como receptor e executor de propostas sem, contudo afirmar-se como protagonista do processo e ainda, na forma com que essas políticas estão sendo apropriadas pelo âmbito municipal. A forma indutiva que hoje direciona os serviços de saúde no âmbito municipal reflete as características de descentralização interfederativa no país, que transfere principalmente a execução dos serviços para o âmbito municipal, porém o poder decisório se mantém centralizado no âmbito federal (MENDES, 2006). Diante do exposto acreditamos que a postura passiva do gestor municipal, contribui para a manutenção dessa situação.

Por outro lado, o discurso aponta a necessidade dos municípios terem garantido a presença do governo federal e estadual, assim, entendemos que, por vezes, os municípios se apresentam fragilizados para a condução das políticas de saúde local e regional. Nesse sentido, o direcionamento dado pelo governo federal se apresenta fundamental para a gestão. Porém, consideramos ser prioritário oferecer possibilidades para qualificar não só os gestores municipais, mas também a equipe e a população a fim de que o âmbito municipal não fique a mercê das decisões dos outros entes federados.

O discurso ainda aponta para outras questões que interferem negativamente para a efetivação da ESF. As causas apontadas referem-se prioritariamente a fatores relacionados ao profissional médico, como: não cumprimento da carga horária, carência de profissionais; rotatividade dos mesmos e conseqüentemente dificuldade de construção de vínculos desses com a comunidade; carência de médicos com perfil necessário para atuar na ESF; dissonância entre a formação acadêmica e os serviços; competitividade salarial entre os municípios da região; salários incompatíveis com o valor da categoria; repasse financeiro insuficiente para garantir incentivo salarial acima do mercado para estimular a interiorização de profissionais; interesse do profissional exclusivamente voltado para o salário e falta de comprometimento com a comunidade.

Acreditamos que as dificuldades apresentadas refletem características de uma sociedade de consumidores e reproduz as relações de trabalho apresentadas pela

Reforma Administrativa do Estado (BRASIL, 1997), apontando a tensão entre a efetivação do SUS e os limites decorrentes do contexto político econômico e social.

Por outro lado, não podemos negar que a ESF ampliou o campo de atuação para os profissionais de saúde, abrindo inúmeras vagas de emprego por todo o país e concomitantemente no Estado do Espírito Santo, contribuiu para a abertura de novos cursos de medicina, disponibilizados pelo setor privado, os quais lançarão brevemente um número maior dos referidos profissionais no mercado.

Dessa forma, a implantação da ESF contribuiu para ampliar as vagas tanto do setor de educação quanto de trabalho, o que é do interesse do mercado. Porém, para que o profissional se mantenha como mercadoria de interesse e de desejo, deverá se preparar para atender as novas exigências nesse campo de trabalho, na medida em que a estratégia propõe romper com as formas tradicionais de exercício da profissão e de se relacionar com os usuários.

O mercado apresenta de forma concomitante e contraditória, características que, tanto contribuem para a manutenção de uma sociedade de consumidores quanto, oferece possibilidades para a efetivação dos propósitos da Reforma Sanitária.

Já em relação à competitividade salarial entre os municípios, apresentada no discurso, entendemos que esta aponta para a manutenção de uma relação intermunicipal predatória e concorrencial, o que vai ao encontro da lógica do livre comércio e a concorrência do mercado. Porém se apresenta contrária a lógica do processo de descentralização cooperativo e o fortalecimento da regionalização da saúde, reafirmando a soberania do mercado.

Ainda, o discurso reforça a valorização da imagem construída em relação ao profissional médico enquanto o detentor do saber capaz de solucionar as questões de saúde, o que lhe confere a centralidade do sistema. O médico assim é valorizado não necessariamente pelo que ele é, mas sim, pelo que ele representa socialmente, isto é, pelo 'seu poder' de impedir a morte e restituir a saúde.

Por outro lado, o discurso aponta para a representação do gestor em relação ao perfil do médico que atua na ESF de que o mesmo deve ter a preocupação em '*cuidar da vida das pessoas*', de ser '*mais humano*'. No entanto não fica claro se essa representação está voltada para uma medicina humanitária no sentido caritativo, isto é, um profissional bondoso, caridoso ou se resgata as raízes

filosóficas do humanismo, presentes historicamente na formação do médico, voltado para uma visão integral do homem.

O discurso também aponta para a dificuldade de encontrar profissionais com esse perfil que estejam dispostos a trabalhar na região e apontam a distância existente entre as instituições de ensino e serviço como uma das causas. Aponta como sugestão o retorno dos profissionais às salas de aula. No entanto, acreditamos que este retorno não é suficiente para gerar mudanças no perfil e na formação dos profissionais, se não houver uma reflexão sobre o papel das instituições de ensino e a sua inserção num contexto sócio histórico determinado. Catani (2007, p. 22) ao escrever sobre as obras de Bourdieu afirma que

[...] os campos da produção cultural não se configuram como espaços absolutamente autônomos e em tudo diferenciados dos outros universos sociais, como o campo econômico ou outros. Ao contrário, partilham da lógica social que permite constatar a existência de relações de forças, capitais específicos e estratégias. Nesse caso, a noção de campo torna possível apreender a particularidade na generalidade e a generalidade na particularidade.

Percebemos que as instituições de ensino ao mesmo tempo em que são construídas a partir de valores da sociedade a qual está inserida e conseqüentemente reproduzem os mesmos, também constroem essa sociedade, afirmando o seu potencial como dispositivo de mudança. No entanto, o papel que irá preponderar nas instituições de ensino, envolve tensões, conflitos e interesses distintos e muitas vezes contraditórios.

No momento, o que prevalece nas representações dos gestores é que as instituições de ensino continuam se mantendo como reprodutoras do modelo médico assistencial. Nesse sentido Ceccim e Feuerwerker (2004) apontam para a sua preocupação pelo fato de que apesar dos avanços alcançados a partir da aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais, elaboradas em sua maioria nos anos de 2001-2002, afirmando que o currículo para os cursos de graduação em saúde devem contemplar os princípios e as diretrizes do SUS, as academias possuem certa autonomia e podem dar a sua direcionalidade, nem sempre em consonância com os interesses públicos. Pinheiro e Ceccim (2006, p. 23) afirmam a importância de se integrar “ensino, trabalho e cidadania, voltadas para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade”.

Outro aspecto levantado no discurso é a relação entre as ações assistenciais e as de promoção e prevenção. Expressa que o próprio sistema de saúde distingue as referidas ações quando propõe forma diferenciada de pagamento de serviços e especifica que, no caso dos procedimentos hospitalares os mesmos são pagos por uma lógica de produção/produtividade, valorizando assim, a doença e no PSF paga-se um valor fixo e valoriza-se a ausência de doenças.

Compreendemos que essa diferença é reproduzida na representação dos gestores que apresentam de forma dissociada e excludente as ações de assistência e de promoção e prevenção tanto ao se referirem as instituições de ensino como aos serviços de saúde. No primeiro caso, demonstram um entendimento como se as referidas instituições devessem optar entre a formação do profissional voltado para uma ou outra ação.

Já em relação aos serviços de saúde, propõem um profissional que atue na ESF com preparo para intervir na promoção e prevenção, porém não há questionamentos sobre a qualificação para o atendimento clínico e nem o quanto esses atendimentos são resolutivos. Contraditoriamente, o DSC 1 apresenta uma expectativa de resolutividade dos atendimentos clínicos nas equipes de saúde da família com o objetivo de desafogar o atendimento dos hospitais.

Essa contradição, a nosso ver, representa a tensão constante vivida pelos gestores em decorrência do discurso teórico legitimado e as representações sociais sobre a efetivação da ESF. São essas tensões, a nosso ver, que irão direcionar as práticas no cotidiano dos serviços.

O DSC 2A apresenta a ESF como porta de entrada para os serviços de saúde, porém aponta para a necessidade de criar estratégias impositivas para a efetivação da proposta, refletindo uma representação de que o gestor é o detentor do poder e do saber, o que lhe confere a capacidade de definir o que é melhor para a população e a melhor forma de organizar os serviços. Esta representação é percebida em vários outros DSCs. Já o DSC 2B expressa uma função para a equipe de saúde da família que extrapola o âmbito das unidades de saúde e volta-se para a melhoria das condições de vida da população. Para tanto, prioriza a responsabilização da equipe por uma população adscrita e aponta para o modelo da Vigilância em Saúde.

Porém, ainda que os 2 discursos, reflitam entendimentos diferenciados para a ESF enquanto porta de entrada para o sistema, nenhum expressa a participação da população como sujeito do processo de decisão da referida estratégia.

Ao se referir a população, o DSC 2A apresenta ações educativas ou de conscientização direcionadas à população, porém a representação do gestor aponta para a 'concepção bancária da educação' na qual o 'educador' apresenta as informações e o 'educando' as memoriza e as arquiva (FREIRE, 1983). Nesse caso, as informações são transmitidas de forma verticalizada e antidialógica o que segundo Freire (1983) reproduz uma educação para a passividade e acrítica.

Já o DSC 2B confere para a equipe de saúde da família a responsabilidade de detectar e encaminhar as necessidades da população. A participação dessa tanto para definir suas necessidades quanto para reivindicar seus direitos não é citada. Aponta assim, para a representação de uma população tutelada e uma relação paternalista. A representação presente nos dois discursos em relação a participação da população apresenta-se contrária a proposta apresentada pela 'Promoção da Saúde' a qual está centrada no fomento da autonomia e do empoderamento da população.

No que se refere a outras portas de entrada, o discurso cita os ambulatórios de especialidades como possibilidades para a porta de entrada ao serviço de saúde, sem apontar nenhuma inter-relação com a ESF. Por outro lado, ao fazer referência a APS, o discurso afirma a importância da mesma para encaminhamentos para os serviços de média e alta complexidade.

Diante do exposto, entendemos que nas representações dos gestores, níveis de atenção, por si só, respondem as necessidades de saúde, assim não é necessário estar articulado com outros. Porém a APS é insuficiente para alcançar esse objetivo, necessitando a complementação garantida pelos níveis de maior complexidade. Acreditamos que o discurso reforça um modelo centrado nos procedimentos clínicos, com ênfase nas especialidades.

Já em relação aos serviços hospitalares e de pronto atendimento como porta de entrada aos serviços de saúde, o discurso aponta para uma insatisfação do gestor em relação a esse fato, porém afirma ser essa a realidade local.

Na representação do gestor as causas para essa procura estão relacionadas com as limitações da ESF, a postura da população, a qual culturalmente está habituada a procurar os hospitais para atender as suas necessidades de saúde e a postura do profissional, com ênfase no médico. Também fazem referência ao papel dos profissionais que atuam nas instituições privadas, os quais, segundo o discurso, não tem interesse na efetivação da referida estratégia e também interferem negativamente nesse processo.

Porém o gestor não assume nenhuma responsabilidade diante dessa realidade, transferindo a 'culpa' para os outros atores sociais. Assim, o gestor municipal assume uma postura passiva tanto na sua relação entre os demais entes federados na construção das políticas públicas, quanto no encaminhamento dessas no âmbito municipal. Nesse sentido, entendemos que se cria uma situação de desresponsabilização que contribui para a reprodução do sistema sem uma visão crítica que pudesse gerar mudanças.

Não queremos desmerecer as limitações e as dificuldades apresentadas pelos gestores referentes a precarização do trabalho; a relação entre instituições de ensino e serviço e as representações sociais da população e dos trabalhadores referentes ao espaço hospitalar e o profissional médico. E é exatamente por essas limitações que se torna fundamental, repensar não apenas no formato da ESF enquanto única possibilidade para reorganização da APS, mas na forma que essa estratégia está sendo encaminhada pelos municípios.

Também não podemos negar a importância da implantação das ESF para ampliar o acesso aos serviços de saúde, porém, concordamos com Mattos (2002) e Fausto e Matta (2007) que esta iniciativa não é suficiente para a garantia da integralidade das ações e para uma mudança no modelo médico assistencial.

DSC 3 - Disponibilidade

A IC apontada nesse DSC não expressa diretamente uma ação realizada pelos gestores, porém consideramos se tratar de uma questão importante para o gestor na rotina de trabalho visto que foi apontada por 75% dos sujeitos pesquisados. A sua relevância se confirma quando analisamos as respostas obtidas para a referida questão e verificamos que entre as 112 respostas dadas, a disponibilidade se

apresentou como a 2ª mais presente entre as falas dos gestores, e representou 10,71% desse total (Tabela 2). Elaboramos 02 DSCs que apontam diferentes entendimentos para essa disponibilidade conforme especificados no Quadro 1.

DSC3A – Disponibilidade como uma postura inerente ao cargo

Bom, na verdade começa cedo, no caso de um município pequeno, pega logo pela manhã, às vezes chego antes até da secretária. Eu posso te dizer que é uma rotina muito estressante, eu tenho hora pra chegar e eu não tenho hora pra sair né, e aí, às vezes eu trabalho 8, 10, 12, 13 horas por dia, e isso é rotina. É, não tem dia nem horário certo. O secretário de saúde tem que tar disponível 24 horas, mesmo que a gente consiga ter uns momentos de descanso nos finais de semana, mas a qualquer momento você pode ser solicitado. Eu confesso que a gente tem o dia a dia muito atribulado tá, você já sai de casa, telefonemas, são as unidades que, todos procuram o secretário. Procuram por quê? Eu, falar a verdade, eu tenho liberdade de acesso, eu atendo os telefonemas e todos, as unidades tem os problemas e o diretor recorre ao secretário porque muitas vezes o problema lá é financeiro, a compra de um equipamento que se quebra, é a substituição, é o pagamento, então eles tem que recorrer ao secretário. Então minha rotina é muito, de uma certa forma, é exaustiva, porque, por exemplo, quando o ônibus quebra três horas da manhã, eu faço questão de estar eu ali, não deixo com o motorista. Isso deixa o nosso dia a dia meio tumultuado, que quem trabalha como secretário de saúde no interior, aliás com saúde no interior, o povo, é muito dependente e aí a gente fica a disposição 24 horas, é gente batendo na porta e por ser um povo muito carente a gente precisa atender a tempo e a hora. Geralmente quando dá 5 horas da manhã já tem alguém na porta da minha casa, alguém que não pode vir a secretaria pra marcar um exame né, ou que não tem tempo por causa do trabalho em outro horário. Eu procuro atender principalmente os mais necessitados, eu tenho essa preocupação, tanto no setor de trabalho como em casa, qualquer dia e qualquer hora, eu me coloco a disposição realmente do povo. Olha, se eu fosse olhar o meu salário, ele é ridículo, eu não estaria fazendo nada, não estaria trabalhando 24 horas por dia, não estaria atendendo as pessoas no supermercado, na igreja, na porta da minha casa que eu acho que quem se mete com saúde, é vida das pessoas, tem que ter uma outra mentalidade, um outro perfil, não pode ser igual a qualquer outro funcionário, talvez seja loucura minha, é sonho né, utopia. Na verdade eu tenho comigo que se hoje eu estou secretário é porque existe um propósito, então eu carrego comigo também a idéia de tentar fazer o melhor possível principalmente pras pessoas mais humildes, já que não tem como atender a universalidade do SUS né, pelo menos que os mais carentes sejam a nossa prioridade. E por isso, deixei meu trabalho de 8 às 18 pra me dedicar à secretaria de saúde ou a uma vida pública, e tô tentando, no dia a dia fazer o melhor que eu consigo pra atender a população do meu município principalmente aquela população mais carente, que mais necessita de assistência tá.

DSC 3B – Disponibilidade como sacrificio

Bom, é uma rotina pesada porque por ser um município muito pequeno, todas as pessoas nos conhecem, tem o nosso número de telefone, nosso endereço, então eu te digo que ser secretária do interior é ser secretário 24 horas por dia, todos os dias, sem feriado, sem final de semana. Sabe, eu tenho que dormir com celular ligado em baixo do travesseiro, primeiro porque, se não encontra prefeito, vai na porta do secretário de saúde né, você imagina, onde todo mundo me conhece, sabe onde eu estou, eu levanto de manhã com gente na porta da minha casa, querendo remédio, às vezes não é medicamento fornecido pela farmácia básica né, então assim, isso ai você não pode se livrar e cortar, querendo ou não tem que tar disponível, por exemplo, acontece de ligar, você tá dormindo, você tem que atender aquele telefonema só pra ser bem aceita, você tem vontade de desligar mas você tem que fazer aquilo, muitas vezes. Essa rotina é muito árdua, muito intensa, a gente não tem realmente mais vida própria né, a gente tem que abrir mão da vida própria da gente. Porque você abre mão de família, você abre mão de vida social e eu confesso que me custa muito caro em termos de saúde, em termos de qualidade de vida, em termos de vida própria, de família. Não é fácil, a minha família tá sofrendo comigo. Chego em casa, um filho já sabe quando eu tô com problema grande, pequeno, aí a gente vai levando. E tem momentos que você chega e para, péra aí, até onde vale a pena trabalhar nisso e até onde vale a pena cuidar do meu bem estar, da minha própria saúde?

A disponibilidade é entendida como uma característica inerente ao cargo de gestor, no entanto, são percebidas de 2 formas distintas. Na primeira, o gestor trata essa disponibilidade como uma característica técnica que deve ser garantida para o bom andamento do serviço sem questioná-la, tanto por ser secretário de saúde, quanto por ser um profissional da saúde. A segunda forma de perceber a disponibilidade, é que esta exige um esforço pessoal, extrapola a responsabilidade profissional e exige sacrifícios pessoais e familiares, podendo inclusive ser avaliada.

Em ambos os casos, a disponibilidade é atrelada a proximidade do gestor com a população em decorrência ao tamanho do município. Neste sentido, esta característica é apresentada como uma especificidade de municípios de pequeno porte ou do interior (o que será discutido posteriormente, pois se trata de uma Ancoragem).

Também verificamos que a disponibilidade do gestor está relacionada a representações técnicas (resolução de problemas) quanto culturais. Entendemos que essas últimas resgatam a tradição do Bom Samaritano, valorizada pela cultura judaico-cristã que aponta a caridade diretamente relacionada com o alívio às

necessidades dos pobres e enfermos. No nosso entendimento, essa representação é fortalecida pelas características encontradas na micro São Mateus onde a influência das instituições religiosas na vida social é significativa. Ainda revela a representação de que o SUS é prioritariamente destinado para atender a população pobre e que necessita de ajuda e que as pessoas envolvidas na saúde, sejam em cargos técnicos ou políticos devem priorizar essa população.

Por outro lado, ao pensarmos numa sociedade contemporânea, essa disponibilidade pode ser entendida como uma característica necessária para a própria promoção do gestor com valor reconhecido socialmente e conseqüentemente, assumindo-se enquanto uma mercadoria vendável. A disponibilidade enquanto característica presente na rotina do gestor torna-se necessária para que os mesmos, ainda que alguns assumam com sacrifícios, sejam aceitos e desejados pelos seus próprios consumidores. Ainda, se apresenta como uma característica necessária para a autoidentificação dos mesmos ao cargo que ocupam e reduzam o seu risco de descarte.

Em ambas as formas de entendimento, essa característica distancia-se da perspectiva da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, na medida em que se apresenta muito mais voltado para um interesse do próprio gestor, seja com objetivo fraterno ou de autopromoção.

DSC 4 - Intervenções técnico políticas

O discurso de 'intervenções técnico políticas' foi construído com 9,82% das 112 respostas (Tabela 2). Nesta representação optamos em elaborar 3 discursos distintos sendo que o 1º (DSC 4ª) revela as representações voltadas para a possibilidade do gestor assumir um atuação técnico política. Já o DSC 4C apresenta a representação de que as questões políticas não interferem na atuação técnica do gestor (Quadro 1).

Porém, o DSC 4B, que aborda as dificuldades encontradas pelos gestores para desenvolver suas atividades técnicas e políticas e a interferência política na gestão, foi expressa em 100% das respostas que abordaram a referida IC. Esse dado quantitativo nos leva a crer que a articulação do papel técnico e o papel político do

gestor e a garantia de uma gestão democrática não são tarefas fáceis, porém estão presentes na rotina do secretário e deve ser abordada.

DSC 4A - Articulações técnico políticas

Na verdade, tinha muito interferência política, todo lugar tem, ainda tem, mas hoje tem menos porque o que eu fiz, essas demandas de vereador que ia pra todo mundo, eu procuro puxar pra mim pra administrar essa situação, não na idéia de fazer o assistencialismo, a minha idéia é de trazer: - ó, manda o paciente, vamos colocar pra poder a equipe avaliar. Outra coisa que eu fiz é, mesmo tirando essa obrigação né, obrigatoriedade de prestar conta de acordo com legislação e tal, mas eu sempre me reuni com os vereadores também e eu falo: -Não, eu vou dizer para vocês o que eu tou fazendo, do que nós precisamos de ajuda, porque vocês votam também em algumas questões municipais, depende de vocês. Eu também tento convencer eles da necessidade, do que a gente tem disponível, porque não tem recursos. Então, tento usar a prioridade que é estabelecida pelo SUS. Eu mostro pra eles números, eles vêm com uma história, eu mostro a história que eu tenho através dos relatórios de atendimento mensal. Então é você fazer exercer a função de gestão e fazer a vinculação técnico político, porque a gente fala muito: ah! o gestor tem que ser técnico não pode ser político, na verdade ele tem que ser técnico, também concordo, mas ele tem que ter a visão política, se não ele não se sobressai, não vai sobreviver porque cedo ou tarde o vereador, ou o líder de comunidade vai querer puxar o tapete dele, o gestor que for querer ser estritamente técnico e não dar bola pra questão política, ele tá enrolado. Então é melhor fazer essa gestão ter esse diálogo com essas lideranças políticas pra você conseguir manter o seu trabalho, a sua gestão, trazendo isso pra perto de você e não você, ou expulsando ou batendo ou fazendo o que eles querem, o assistencialismo. Então tem que tar caminhando as duas coisas, o técnico e o político. Claro que se você fizer só o político, você vai deixar a desejar na assistência né, no atendimento.

DSC 4B - Dificuldades para articular a atuação técnica e política e a interferência política

Estar num cargo de confiança é pesado, a gente tem que ser técnico, mas num cargo político. Então esse limite entre um e outro é muito difícil de ser estabelecido, não tem como estabelecer, isso traz conflito sim, de entendimento do usuário e próprio seu, pra você definir, até que ponto você vai. Você vai ferir interesses quando você é extremamente técnico, você não pode deixar de ser técnico porque a função te pede, sem contar o compromisso que você tem com o usuário. Outra coisa que a gente vê no caso do interior, que é muito comum também, a pressão da câmara dos vereadores e a questão de oposição política, porque os compromissos que a gente tem com o usuário do SUS, ele tem com os eleitores, isso interfere muito!. Porque nós temos um grande problema na saúde que eu acho que é geral no Brasil todo de

assistencialismo, e nós não estamos conseguindo fugir disso, as pessoas se acostumaram e só pedem, pedem, e pra conseguir, as pessoas recorrem ao prefeito, aos vereadores e eles conseguem mais vaga do que a própria secretaria e aí, não adianta você ter os critérios porque quem vai primeiro é quem é o apadrinhado ou quem conseguir chegar no vereador e aí vagas estão saindo pra mãos erradas, pra pessoas que vão se beneficiar só com voto, pessoas que não estão interessadas na saúde do outro e aí a gente fica desacreditado. Com isso, eu vejo que os profissionais vão desanimando porque vão vendo que a coisa é muito emperrada lá pra cima porque as nossas vagas vão pra mão dos vereadores, tá vergonhoso. Então o que os gestores, que os políticos precisam entender, que as coisas não podem ser clientelistas, assistencialistas, porque o pequeno, ele sofre mais porque o que tem poder aquisitivo ele sofre menos, que ele tem amizade com pessoas, ele tem dinheiro e o pequeno não, ele não tem nem amizade porque parece que isolam eles, ele é pobre. Eu já mandei uns 2 ou 3 ofícios pra Secretaria de Estado repassando essa situação, já fiz uma denúncia na ouvidoria do SUS sobre essa situação, não obtive nenhuma resposta, eu acho que alguma coisa tinha que ser feita. E as eleições, essas interferem demais; saúde vira evidência, mas o debate de saúde não é pra construção do SUS, vai ser porque não tá conseguindo ressonância, não consegue exame! Isso sem falar nessa descontinuidade dos serviços, é lamentável, quem é que perde? O cidadão e o profissional também, você investe e já sabe de ante mão que aquilo não vai adiante, daí a um ano, dois anos, você tá fora! Outro lado é que eles interfere colocando uma pessoa num determinado cargo que não tem um perfil pra estar ali. Na verdade o que acontece por conta das eleições é que você administra pra 4 anos, no último ano você administra uma reeleição na prefeitura, no Estado e no nível federal. E tem uma coisa que se chama de politicagem e às vezes as pessoas se valem da questão pública pra promover a eleição ou a reeleição, então isso pra mim ele traz prejuízo. Ainda tem uma situação assim, o modelo que tá na cabeça da população ainda é o modelo hospitalar, eu não posso deixar de fazer o hospital funcionar porque senão, nós temos que trabalhar a gestão e nós temos que trabalhar a política né, então é muito complicado. O hospital em si exerce uma pressão política muito forte em cima do gestor, então a gente acabou tendo que fazer todo um trabalho maior em cima do hospital e deixou de lado um pouco a estratégia realmente, Saúde da Família. Então eu até falo quando você tá dentro desse sistema, você acaba indo contra muitos princípios, você abre mão de muitos princípios seus.

DSC 4C – Sem interferência política

A informação te dá a idéia de onde você precisa agir, como precisa agir e agora vai a coragem do administrador, do prefeito, do governo de atuar com critérios técnicos e aí a questão política zera, ela tem que se exaurir pra você colocar mais onde precisa mais e reduzir ou mudar a forma de tratamento onde realmente não tá surtindo efeito ou tá sendo dinheiro jogado fora, que muitas ações de saúde é dinheiro jogado fora. Aí vem a questão do bom senso e aí é um produto difícil porque às vezes outros interesses acaba abortando né, e no nosso mandato, a gente tem que dar muito graças a Deus porque a gente nunca teve qualquer influência do

prefeito ou até mesmo vereadores reunidos pra pedir pra fazer isso ou aquilo porque nos foi dado carta branca.

O discurso que afirma a possibilidade de uma articulação técnico política, expressa a representação de que esta articulação é possível e necessária e que se efetiva principalmente a partir do diálogo. Para Noronha, Lima e Machado (2004) a atuação política do gestor se expressa nas relações que se dão de forma constante entre ele e os outros atores sociais, nos diversos espaços de negociação e decisão existentes. Porém para os gestores estas relações, que estão basicamente atreladas a representantes do poder legislativo, se dão de forma informal no cotidiano dos serviços.

No discurso também é expressa a necessidade do gestor assumir uma atuação política para se manter no cargo. Esta atuação é apresentada como a manutenção de um bom relacionamento com representantes políticos e lideranças da comunidade. No entanto, afirma que este relacionamento não deve estar embasado em ações assistenciais e clientelistas e ressalva a importância de assumir posições com embasamento técnico para garantir a qualidade do atendimento. Compreendemos que na representação do gestor, o sistema de saúde exige um gestor que tenha habilidade política e conhecimento técnico para atender às necessidades dos diversos grupos envolvidos com a questão da saúde.

Assim, o gestor deve responder a estas expectativas para ser reconhecido como um 'bom gestor' e consequentemente se garantir no cargo. Os discursos apontam o gestor como uma mercadoria que pode ser descartado e trocado por outro, caso não apresente as qualidades exigidas.

Já o discurso que expressa dificuldades para garantir a articulação entre o político e o técnico levanta a contradição entre os interesses de grupos políticos e os interesses dos técnicos e afirma que o primeiro tem o olhar sobre o eleitor e o segundo tem o foco no usuário. O discurso possibilita um entendimento de que os políticos utilizam-se da saúde enquanto uma mercadoria disponível para sua autopromoção. Assim, no período eleitoral, apresentam uma saúde que vai ao encontro dos desejos do usuário, o qual além de se apresenta como consumidor, também valoriza a própria imagem, com vistas a se tornar mercadorias desejadas. Neste aspecto, Bauman (2008) afirma que vivemos numa sociedade caracterizada

por uma economia do engano na qual as mercadorias disponíveis são valorizadas muito mais pelo que elas representam ser do que pelo que realmente são. Assim, os políticos centram sua campanha em críticas aos serviços prestados, investem em mercadorias de desejo da população e oferecem um 'pacote de saúde' recheado de procedimentos de média e alta complexidade como promessas de uma boa saúde.

O DSC aponta a representação em relação às pessoas que ocupam cargos políticos, prioritariamente em cargos legislativos, os quais são vistos como pessoas que se usam do seu poder instituído para tirar vantagens pessoais, sem comprometimento com os interesses coletivos. Ainda expressa a dificuldade de uma pessoa assumir um papel técnico e político concomitantemente e afirma que além de trazer conflitos para o usuário, traz conflitos para o próprio gestor na medida em que é difícil determinar até onde pode ceder aos interesses políticos sem se agredir tecnicamente. Reforça o entendimento de que os interesses políticos e técnicos são antagônicos.

Para nós, toda ação é permeada por posições políticas, assim, o encaminhamento técnico da gestão não é neutra e os conflitos se dão exatamente porque o cargo de gestor exige posicionamentos políticos que irão nortear e determinar o encaminhamento das ações de saúde seja para a reprodução do sistema vigente ou para a produção de novos caminhos.

O discurso aponta para o papel do gestor que tem compromissos com a gestão municipal, com o usuário e ainda deve cumprir regras legais do SUS. Entendemos que este é o desafio da gestão que nada mais é que um espaço de negociação entre os diferentes atores envolvidos na saúde os quais apresentam, muitas vezes, interesses distintos. No entanto, na representação do gestor, a gestão não é apresentada como espaço privilegiado de negociação com a participação dos referidos atores. Prevalecem os interesses individuais de representantes políticos, gerando ameaças, favorecimentos seletivos e causando desânimo dos profissionais. A participação da comunidade não é praticamente expressa, ignorando-se o seu papel ativo neste processo e o próprio gestor se apresenta com pouca força de negociação e mobilização, assumindo uma posição de indignação, porém de conformismo.

As estratégias relatadas para reverter o quadro são pontuais e os espaços formais de discussão como Conselhos Municipais de Saúde, CGR, CIB Estadual ou COSEMS não são citados no discurso como espaços estratégicos para produzir mudança e reverter o quadro. Bem como não foram apresentadas ações que estimulem uma discussão conjunta sobre essa situação seja com os usuários, profissionais, representantes políticos ou entre os próprios gestores.

A interferência política centrada numa prática clientelista é apresentada com certa naturalidade e com pouca possibilidade de mudanças. Este entendimento reflete práticas historicamente afirmadas em nossa sociedade e que se reproduzem ao longo do tempo. Porém, a crítica a esta realidade também vem se reproduzindo sem, contudo gerar mudanças efetivas na condução dos serviços públicos. Em uma sociedade que se torna cada vez mais individualista, que valoriza os interesses pessoais em detrimento dos interesses coletivos, em que busca agilidade para alcance dos seus desejos, a prática clientelista se fortalece. Assim, mais uma vez, observamos a tensão entre os interesses da sociedade contemporânea e os propósitos da Reforma Sanitária.

Outro aspecto encontrado no discurso é a preocupação com o fato de que a interferência política contribui para garantir o acesso aos serviços de saúde de uma população economicamente privilegiada. Esta questão traz à tona a discussão sobre quem são os usuários do SUS. O discurso aponta uma distinção entre a população mais e menos favorecida economicamente. O primeiro grupo, não é entendido como usuário legítimo do SUS, porém é aquele que por facilidades que a sua posição na sociedade lhe confere, é o maior beneficiado. O segundo, que é para quem o SUS foi criado, não consegue ter acesso porque não recebe favorecimentos da classe política.

O discurso ainda aponta para a representação de que investir no 'modelo hospitalocêntrico' significa atuar politicamente, visto que este é o que atende as expectativas da população. Fato apontado por Paim (2008) que afirma que este modelo é prestigiado pela mídia, categoria médica, políticos e pela população medicalizada, apesar de não contemplar o conjunto dos problemas de saúde da população e nem a população em sua totalidade.

O discurso também aponta para o mau uso dos serviços de saúde por parte da população como exemplificado na realização de exames sem a procura dos respectivos resultados. Este fato reforça novamente as características da sociedade contemporânea que estimula a busca incessante por produtos, no caso identificado como serviços, e o descarte rápido dos mesmos, criando novos desejos e conseqüentemente visando novos serviços. No entanto, cabe uma reflexão concomitante sobre outros fatores que levam o usuário a agir dessa maneira. Resgatamos assim a discussão sobre o sentimento de pertencimento do usuário em relação ao SUS e a forma com que os serviços estão organizados para acolher as reais necessidades do usuário. Consideramos importante também uma reflexão sobre a forma que os serviços estão organizados e até que ponto esta organização contribui para a manutenção dessa interferência política a partir do momento em que ela também não consegue garantir agilidade do serviço. Se por um lado há a expectativa de respostas rápidas, por outro lado, a burocracia e a morosidade dos serviços públicos, a deficiência na construção de redes de atenção e a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde contribuem para as interferências clientelistas.

Outro aspecto também apontado no discurso é a descontinuidade das ações de saúde em decorrência de mudanças do gestor municipal e estadual e a precariedade dos vínculos trabalhistas por indicações políticas, como fatores dificultadores para a consolidação de um modelo de atenção à saúde municipal. Ainda apresenta o papel assumido pelas instituições privadas que, para garantir interesses próprios, inviabilizam ou dificultam a implantação de estratégias centradas na atenção primária à saúde. O gestor também se apresenta com pouca capacidade de intervenção, e mesmo o discurso que apresenta a representação de que as questões políticas não interferem na atuação técnica do gestor, vincula esta possibilidade a uma qualidade pessoal do gestor, porém não nega as dificuldades existentes para garantir essa atuação técnica.

Compreendemos que a impotência apresentada pelos gestores para gerar mudanças, a falta de participação da sociedade e dos trabalhadores nos espaços decisórios e a interferência de políticos e do setor privado, são reflexos da supremacia da lógica do mercado e contribuem para a manutenção do modelo de atenção vigente e, em última instância, da sociedade de consumidores.

DSC 5 - Coordenação e reorganização dos serviços intra secretaria

Este DSC representa 9,82% das respostas encontradas, assumindo o terceiro lugar entre as representações sobre as ações realizadas pelos secretários municipais de saúde conforme apresentado na Tabela 2.

Dividimos esta representação em 3 discursos (Quadro 1). O 1º está mais direcionado a uma percepção de reorganização dos serviços com vistas à descentralização de responsabilidades e de ações. O 2º refere-se a uma organização na qual o gestor assume a centralidade do gerenciamento e por vezes da própria realização das ações e na 3ª construímos um DSC voltado para as estratégias apresentadas pelos gestores que estejam de alguma forma pautada na Política Nacional de Humanização.

DSC 5A – Reorganização do setor

Lá eu fiz uma distribuição de coordenações, porque por ser muito pequeno, antes não tinha. Então eu montei essas coordenações e eu dou autonomia pra equipe trabalhar, se for esperar tudo passar na sua mesa, a secretaria só vai funcionar no dia que você tá lá. Então eu vou resolver as questões macro, a questão que precisa fazer com que funcione a secretaria e entro mais quando o sistema não tá funcionando. Então, agora eu consegui separar muitas coisas, antigamente ficava sobre a pessoa do secretário de saúde a questão de liberar medicamento, de comprar, hoje ainda passa, mas numa proporção bem menor do que acontecia porque a gente tava tendo que ter muito desgaste com a pessoa. Esse ano consegui dar umas diretrizes maior pra que as pessoas tomassem pra si mesmo, como filho seu, que falta muito isso na área de saúde, a pessoa não tem aquele comprometimento. Outra coisa que eu fiz, foi juntar as vigilâncias e trouxe pra perto de mim o que precisa de maior olhar entendeu? Então hoje a secretaria de saúde tá estruturada em um bloco aonde os gerentes trabalham próximo do secretário. É uma rotina de integração com todos os coordenadores, cada um já sabe quais são suas atribuições, então, hoje, eu posso dizer que na condição de gestor eu faço a orientação e a supervisão das ações e definição de metas junto com eles. Hoje a gente trabalha com metas, são as metas do pacto, nós avaliamos trimestralmente e elas servem como norteador para que nós façamos a avaliação da equipe e conseqüentemente dos PSFs e dos demais, que são os executores do sistema de saúde. Mas eu falo que essa questão do plano de ação, não só por conta do pacto, porque a gente tem alguém para dar resposta nas outras esferas, mas pela população, é de ajudar e ver que os usuários estão com saúde. Mas hoje eu acabo tendo mais tempo pra tá monitorando, pra ver quais são os PSFs que hoje tá cumprindo de forma mais correta os indicadores e aí, vai tá mais fácil pra cobrar e até mesmo tá comparando um PSF com outro porque aí a pessoa vai sentir, eu não tô fazendo, enquanto uma outra pessoa tá fazendo muito mais. Também tivemos uma

experiência muito boa que foi quando a enfermagem começou a entrar nas equipes. A gente não pode bancar um salário de enfermeira pra fazer as ações de técnico de enfermagem e a cultura não abria mão disso, achava que enfermeira tinha que tar lá cumprindo funções de técnico então não era só uma ideologia, não era apenas uma categoria profissional que tava entrando no mercado, também era a questão financeira que entravam em jogo. Outra coisa é que eu gosto de reunir com os coordenadores, mesmo que às vezes você repita muitas vezes a mesma coisa, até pra massificar na cabeça que ele precisa exercer a função dele de coordenação, cobrar, acompanhar. Olha, pra mim, o mais importante hoje é a motivação e a integração da equipe para que o projeto continue sendo executado e eu acho que ouvir, que quando você escuta, na hora que você precisa ela tá de prontidão, que ela sabe que pode contar com você.

DSC 5B – Ações centralizadas no gestor

Eu fico muito preocupado, por quê? A gente não pode tar indo todo o tempo ao mesmo lugar, a gente não sabe o que tá acontecendo dentro de uma unidade toda hora. Tento fazer visita diariamente na maternidade e no hospital que tem aqui, na UMI, fico até com medo de sair do município, mas estando aqui, a primeira coisa que eu vou fazer de manhã cedo é passar nas minhas unidades de saúde, saber se a população tá sendo bem atendida, se eles precisam de alguma coisa que o secretário possa fazer pra eles naquele momento, só as do interior eu não vou diariamente, mas eu procuro sempre tar passando também. Então eu acho que isso é uma forma nova de administrar a saúde onde o secretário vai atrás dos problemas. Outra coisa é que, pelo fato de não ter uma outra pessoa pra tar coordenando na ponta, a gente acaba fazendo um pouco de cada um. Por exemplo, ainda tenho que ficar com toda a parte de manutenção de carro, também não tem um setor específico de compras, isso ainda tá centralizado no secretário, como aqui é pequeno, isso ainda tá centralizado no secretário porque a gente não tem pessoas apropriadas, capacitadas pra fazer essa parte aí e geraria mais gasto. Agora, como secretário uma das coisas que mais me deixa inquieto é a questão de parto, cesariana. Principalmente quando é um caso de urgência, ela bate direto nas minhas mãos, aí eu tenho que ficar correndo atrás de um médico porque você tá lidando com a vida, qualquer demora, você pode perder e aí, a culpa acaba saindo muito nas costas da pessoa do secretário.

DSC 5C – Direcionamento da equipe voltado para a humanização do atendimento

Nós entramos nesse processo da humanização né, de participar disso do atendimento, dos trabalhadores. A gente sabe que os trabalhadores adoecem muito também, muita gente de atestado, até que teve esse projeto de saúde do trabalhador, eu sempre falo assim: - secretaria de saúde, tomara que um dia seja de saúde mesmo, porque por muito tempo é de doenças. Outra coisa é que nós estamos iniciando um projeto que é sensibilizar todos os servidores, começando pelos gerentes, pra que eles comecem a não olhar só para a parte técnica da assistência, mas olhar o paciente pelo ponto de vista humano. Perde-se um pouco mais de tempo, mas ganha-se dentro do processo de recuperação ou de promoção da

saúde. A gente tenta trabalhar o envolvimento dos profissionais, porque eu acho que se você não tem profissional defendendo, correndo atrás é aquilo, você tem pelo menos 50% de chance de dar errado. Então, eu tô investindo em capacitação né, primeiro o Estado investiu na especialização em Atenção Primária à Saúde que foi muito boa né, eu acho que mudou um pouquinho o perfil desses profissionais, e a gente tem feito trabalhos do Plano Diretor que foi também um trabalho muito importante, junto com a Secretaria de Estado. E eu faço reuniões periodicamente pra ver se a gente consegue mudar o perfil, só que é um perfil educacional e a gente não vai conseguir mudar a saúde enquanto a gente não mudar a formação do profissional de saúde e eu percebo que os enfermeiros, fisioterapeuta, eles tem até uma formação mais voltada pra saúde pública, mas odontólogo, médico, não tem, eles não tem essa visão da importância do papel deles frente a mudança na qualidade de vida das pessoas, eles querem tratar o indivíduo, o organismo. Outra coisa que a gente criou foi deles terem um dia de estudo, preconizo essas questões que já existiam mesmo, a equipe parar para estudar, os profissionais estarem estudando né, a gente fala é o dia de estudo. Com os gerentes de coordenação estamos avançando porque eles respondem ao comando mais rápido, talvez não sei se pelo conhecimento intelectual ou pela motivação de ver o trabalho fluindo eles já pegaram essa proposta e já tão replicando. O nosso maior problema é de transformar essas idéias que nós temos enquanto gestores e gerentes naquelas ações da ponta, e você sabe que mudanças é muito subjetivo. Mas assim pelo menos, no período que eu tô aqui pra agora a gente já conseguiu mudar muito a mentalidade assim, da pessoa, de fazer ela enxergar que ela tem que tar aqui, não apenas pelo salário.

No DSC 5A, observamos uma preocupação em definir coordenações para os diversos setores da secretaria de saúde, definir atribuições para cada um e dar maior autonomia aos mesmos como uma forma de garantir o funcionamento e a agilidade da secretaria. Na medida em que reorganizam os serviços de saúde desta forma, tem maior disponibilidade de tempo para realização de outras atividades.

O discurso aponta para a representação de que um bom líder, no caso o gestor, é aquele que comanda o grupo e garante a execução dos trabalhos independente de sua presença física. Ainda aponta que o gestor tem a função de solucionar questões maiores ou aquelas que os outros não foram capazes de resolver.

Sobre a 'centralização dos serviços' o DSC envolve tanto a gestão da secretaria como algumas atividades específicas que poderiam ser desenvolvidas por outros profissionais e que são realizadas pelo secretário de saúde.

Nesta última situação, o discurso expressa que há um desejo de descentralização dos serviços na medida em que algumas atividades aparecem como já assumidas por coordenadores e outras que ainda permanecem nas mãos do secretário. Porém,

também expressa uma preocupação em descentralizar as ações e estas não serem efetivamente cumpridas ou mesmo que a ausência do secretário inviabilize o bom funcionamento da secretaria. Ainda, na representação do gestor, a centralidade das ações é associada à preocupação em ser responsabilizado pela resolução dos problemas e conseqüentemente não ser bem avaliado pela população em caso de não dar as respostas exigidas em tempo hábil.

As dificuldades apresentadas no discurso para a manutenção de uma gestão centralizada estão relacionadas aos recursos humanos. Na representação do gestor a carência de recursos humanos, a falta de qualificação e a falta ou o pouco comprometimento dos profissionais, o sentimento de não pertencimento destes em relação à equipe e ao SUS e a escassez de recursos financeiros para ampliação da equipe, sobrecarregam os gestores e exige que eles assumam atividades que poderiam ser atribuídas à equipe ou a outros profissionais. Ainda, o discurso expressa que estas dificuldades são limitações presentes em municípios de pequeno porte.

Revela-se no DSC uma representação na qual, o gestor é aquele que garante o bom funcionamento da secretaria de saúde e, por outro lado, os profissionais não são capacitados e não são comprometidos com o trabalho. Assim, faz uma distinção clara entre aquele que ocupa o cargo de gestor e os outros profissionais.

Os DSC 5A e 5B apontam as qualidades valorizadas de um gestor. Enquanto o primeiro é medido pela capacidade de liderança e de comando, o 2º é pela capacidade do gestor absorver as responsabilidades.

Se da ênfase à realização de reuniões com coordenadores no DSC. Esta atividade, na representação do gestor, são espaços de integração e motivação da equipe e de sensibilização quanto a importância do acolhimento, da visão do indivíduo como um todo e do compromisso social e profissional para com a população. Estas reuniões também são consideradas momentos onde são transmitidas as orientações necessárias em relação às funções de coordenação e as expectativas do gestor em relação à atuação dos mesmos. Não há uma referência em relação a troca de saberes e de compartilhamento de experiências, ainda que apresente a escuta como uma prática importante junto ao trabalhador.

Esta prática está mais voltada para garantir um bom relacionamento humano e um apoio dos mesmos no desenvolvimento do trabalho o que para nós, não é suficiente para garantir uma gestão compartilhada. Percebemos que as reuniões apresentam

no discurso um caráter prioritariamente normativo e verticalizado o que para nós, vai na contramão da organização dos serviços que favoreçam o desenvolvimento de práticas pautadas no princípio da integralidade na medida em que não percebe o profissional com potência para participar efetivamente do processo de gestão e dissocia a gestão e a execução das ações. Esse encaminhamento dado às reuniões reforça a distinção entre o papel do gestor e dos outros profissionais, fortalecendo o poder instituído e apontando descrença em relação aos poderes instituintes.

Outro ponto apresentado no discurso sobre a reorganização do setor é a valorização das planilhas de metas do Pacto pela Vida. Ainda que o discurso expresse uma intenção de dar um sentido a este instrumento que vá além da obrigatoriedade de prestação de contas aos outros entes federados e esteja voltado para melhorar as condições de vida da população, a representação preponderante apresenta os indicadores do pacto enquanto um instrumento de monitoramento de desempenho das equipes e dos profissionais. Observamos uma preocupação muito maior no alcance quantitativo das referidas metas em detrimento de um direcionamento qualitativo das ações. Esta forma de perceber o instrumento reforça a perspectiva da valorização da produtividade em saúde.

O controle quantitativo do alcance das metas é entendido como uma forma de identificar os 'bons' e os 'maus' servidores e ainda, é visto como um instrumento que pode ser utilizado para fomentar a competitividade entre os profissionais com o objetivo de garantir aumento da produção daqueles que apresentam mau desempenho. Entendemos que esta lógica não contribui para direcionar as ações para a efetivação do princípio da integralidade, na medida em que não prioriza a qualidade do atendimento prestado e o cumprimento das metas se apresenta desvinculada das necessidades da população, além de não levar em consideração os diversos condicionantes que interferem no alcance das mesmas.

Porém, levantamos a reflexão se este direcionamento não reproduz a lógica da sociedade contemporânea. Os 'bons' servidores são àqueles que apresentam uma produção satisfatória e alcançam as metas pactuadas e, conseqüentemente atendem as expectativas do gestor. Os 'maus' servidores, seriam os que não cumpriram com a tarefa determinada e assim, não atenderam essas expectativas do gestor. Se pensarmos na lógica do mercado, os 'bons' estariam se auto promovendo tornando-se mercadorias de desejo e os 'maus' estariam correndo o risco de serem descartados.

A apresentação dos resultados, para o gestor, é um mecanismo para aumentar a competitividade entre as equipes objetivando o aumento da produtividade dos 'maus' servidores. Assim, o desejo de sempre estar á frente dos outros até para aumentar o seu próprio valor é estimulado. Para Bauman (2008) a sociedade de consumidores tem o propósito de 'elevar a condição de consumidores à de mercadorias vendáveis' e de transferir a responsabilidade desta tarefa ao próprio indivíduo, fazendo-se de si mesmo uma mercadoria vendável. Assim, os servidores se tornam mercadorias de maior ou menor valor, de acordo com a sua produção, se apresentam como únicos responsáveis em alcançar as metas, eximem o gestor desta ação e negam qualquer interferência conjuntural e estrutural.

No entanto na sociedade contemporânea, apenas a produção em série não é suficiente, é necessário agregar a esta produtividade a satisfação dos desejos individualizados dos consumidores e neste caso, cabe refletir se os indicadores do pacto vão ao encontro dos desejos da população e da realidade local ou se são apenas imposições generalizadas da instância federal.

Por outro lado, verificamos que este instrumento de gestão é apresentado como um norteador das ações de grande importância para os municípios no sentido de direcionar e encaminhar os serviços de saúde.

Neste sentido, o discurso expressa a necessidade que os gestores têm de ter indicadores e regras, porém merece uma reflexão sobre o sentido atribuído ao referido instrumento de gestão e conseqüentemente a forma que este é utilizado na prática. No que se refere aos profissionais envolvidos na produção de saúde, ressaltamos a relevância dada à atuação do Estado na medida em que esta instância investe na capacitação e qualificação dos profissionais. Segundo afirma o discurso, esta ação vem ao encontro de uma deficiência na formação dos profissionais, principalmente de médicos e dentistas, para atuação dos mesmos no serviço público.

Ainda apresentam algumas iniciativas para contribuir com a qualificação dos profissionais como espaços de estudo, treinamentos e reuniões. Estas ações educativas estão prioritariamente voltadas para a humanização do atendimento. Porém na representação do gestor, tornar esta teoria em prática é um desafio, pois implica em mudança de comportamento o que não é uma possibilidade fácil de ser alcançada.

Associado a estas ações, emerge a representação de que o trabalhador da saúde não é um trabalhador qualquer a disposição do mercado, ele deve assumir um compromisso social, resgatando o entendimento do bom samaritano, já apontado anteriormente. Por outro lado, aponta para uma preocupação com a saúde do trabalhador. Porém, não aponta para a realização de ações efetivas no que se refere às condições de trabalho. Entendemos que a inserção de práticas propostas na PNH se apresenta como possibilidades que contribuem para o desenvolvimento de práticas pautadas no princípio da integralidade, porém a efetivação destas políticas ainda é frágil.

DSC 6 - Planejamento

O discurso do 'planejamento' como uma das ações realizadas pelo secretário municipal de saúde representou 8,93% das 112 respostas (Tabela 2). Porém chama a atenção o fato de que 70% dos gestores que expressaram esta idéia central pertencem ao grupo dos gestores atuais. Ainda, vale ressaltar que os dois (02) únicos gestores atuais que não participaram da construção deste discurso, são gestores que estão no cargo há menos de 1 ano. A associação destes dois dados quantitativos nos leva a pensar que os gestores têm percebido gradativamente a complexidade da gestão da saúde e a necessidade de uma atuação técnica, principalmente a partir da transferência de responsabilidade cada vez maior para a gestão no âmbito municipal.

Conforme apresentado no Quadro 1, elaboramos 3 DSCs para essa IC. O 1º aponta para uma prática de planejar compartilhada, o 2º expressa um planejamento mais centralizado e o 3º e mais expressivo, aponta a dificuldade encontrada pelo gestor para planejar.

DSC 6A – Planejamento compartilhado

A gente como gestor, você tem que planejar, então, pra mim o planejamento ele é o carro chefe, é o mestre, é o objeto, eu tenho que planejar pra executar. A gente faz o planejamento todo ano, convoca, praticamente fecha a secretaria, tirando os serviços essenciais, faz uma reunião bem surtida de profissionais pra gente ser o mais próximo da realidade das regiões. Essa é a forma da gente fazer esse planejamento, tira em média 1 dia pra fazer esse planejamento onde que fica definido a ação, a equipe responsável, com nome, CPF, com prazo de execução e o produto esperado. Então faz aquele plano de ação de todo, bem complexo, os dois

planos, é o de um ano e o de 3, 4 anos, então, fazer isso daí faz no início, até uma dedicação mais. É feito por mim, pela coordenação do PSF e os enfermeiros da ESF. Então, na verdade, nós temos um projeto que foi montado junto com a equipe no início do mandato, eu sentei com os gerentes depois nós traçamos o projeto. Também temos durante a semana reunião com todos os coordenadores aonde se avalia as metas da semana anterior que foram cumpridas e define-se as metas que eles vão trabalhar, que nós vamos trabalhar nessa semana. Também a gente pensa muito no planejamento quando nós temos que ir pra CIB pactuar, aí nós precisamos pensar com quem nós vamos pactuar o serviço que nós não estamos conseguindo atender. E tem outra situação que eu falava assim: - olha tem um projeto vai sair vinte mil para alguma coisa, então escreve.

DSC 6B – Planejamento centralizado

Eu que acabo tendo que como secretário, não só gerenciar, mas essa parte de planejamento, de captação de recurso, de fazer plano de trabalho de convênio, eu que acabo tendo que fazer junto com um coordenador que fica na parte de administração de saúde. Então, eu consegui colocar uma pessoa que fica responsável pra elaborar plano de gestão, tá elaborando as audiências junto com essas informações que as outras vigilâncias passam. Vigilância, agendamento, aí passa as informações pra ela, ela senta, elabora depois a gente pega e vê se tá de acordo. Pra fazer o projeto da secretaria, eu pessoalmente fiz um diagnostico do município, também eu precisava ir pros assentamentos, não tem como você fazer propostas de intervenção dentro de um município se você não tem diagnóstico de área definido, então você precisa conhecer e o que os olhos veem não tem jeito, por mais que as pessoas queiram construir isso pra você, sem você visualizar, sem você ter o contato com o povo, não tem como você realmente construir uma proposta de intervenção. Também acho importante você pegar e ir nas unidades e presenciar o que, frente a frente, aquela unidade tá necessitando. Outro é o hospital, a AMA, o centro médico, já vejo como tá, vejo a demanda que tem.

DSC 6C – Dificuldade de planejar

A minha atividade mais importante é justamente planejar e eu tento dar esta prioridade pro meu trabalho, só que eu não consigo. É aquela história, a gente acaba tendo que apagar muito incêndio, muitas vezes a gente planeja as coisas e não consegue executar, por causa da correria. Eu acho que o que o secretario de saúde tem que fazer é planejar a promoção e a prevenção, isso é o mais importante, mas a gente acaba lidando muito com a doença, a gente acaba dando prioridade pra assistência e eu não acho que essa deveria ser minha prioridade. A verdade é essa, por mais que a gente queira e tente trabalhar com planejamento, tem muita coisa do dia a dia que não tá devidamente organizado e que acaba trazendo transtorno de tirar gente da agenda. Então assim um ponto falho meu é esse, de me empenhar muito realmente nos resultados da execução e não pensar tanto no planejamento. Porque você trabalha muito como bombeiro né, você apaga muito incêndio, então assim, as demandas vão surgindo e você vai se envolvendo nelas e no momento de planejar, de acompanhar, de tar

monitorando as ações como um todo do município isso daí fica talvez até meio deficiente por essa falta mesmo de tempo, então a gente acaba fazendo um pouco de cada coisa e pra chegar no final do ano tar lá com as nossas metas alcançadas. Sabe, eu acho que fazer o planejamento talvez não é tão difícil, mais difícil da gente é acompanhar.

O discurso aponta o planejamento como uma das ações mais importantes da gestão. Concomitantemente no entendimento do gestor, essa ação não é garantida.

Na percepção do gestor esta situação é causada por alguns fatores, entre eles, o excesso de serviços considerados inadiáveis na rotina dos mesmos, definidos no discurso como 'incêndios'.

Também expressam um fluxo de duas vias: o gestor não consegue planejar ou realizar as ações planejadas pelo intenso volume de demandas urgentes e por outro lado, não consegue organizar a rotina do dia a dia por falta de planejamento. Neste sentido, não fica claro, qual a ordem dos fatores, a falta de planejamento causa uma desorganização ou a desorganização impede o planejamento.

Em ambas as situações emergem uma representação de que discursivamente o planejamento é prioridade, porém na prática, a prioridade é dada a 'atender os incêndios'.

Entendemos que os referidos 'incêndios' e a postura de 'bombeiros' que os secretários se identificam estão associados às exigências da sociedade contemporânea. É necessário agilidade para dar respostas às demandas que emergem e estas por sua vez, são rapidamente alteradas tornando o dia a dia do secretário de saúde dinâmico e com muitos imprevistos. Neste sentido, valorizam-se respostas às demandas explícitas vindas tanto da população quanto do próprio grupo político o qual o secretário de saúde está inserido, em detrimento de uma ação que necessite um tempo maior para apresentar resultados, como é o caso do planejamento.

Associar as exigências técnicas inerentes ao cargo de gestor no que se refere ao planejamento das ações e as expectativas da sociedade contemporânea torna-se um grande desafio para a gestão.

Outra dificuldade apresentada no discurso refere-se ao fato de que as ações planejadas nem sempre são concretizadas. Entendemos que esta realidade além de estar associada aos fatores conjunturais acima descritos, também está relacionado com a forma com que os gestores compreendem o processo de planejamento. No

discurso, observamos que a representação do planejamento está fortemente atrelada a exigências do âmbito federal no que se refere a elaboração e preenchimento de planos e planilhas.

Atualmente, o desempenho da função do gestor exige o desenvolvimento de um leque de atividades entre elas a elaboração e a apresentação de instrumentos de planejamento as demais instâncias governamentais. Neste sentido, os gestores fazem referência, mesmo sem especificação nominal, ao Plano Plurianual (PPA), Plano Anual de Saúde e Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI).

No discurso, não expressam a 'utilização viva' dos referidos instrumentos de gestão, isto é, fazem referência sobre a sua elaboração, porém não os apresentam como instrumentos norteadores da ação. Ainda que a PPI é apresentada como uma oportunidade de se falar sobre planejamento em espaços de negociação microrregionais, entendemos que os três instrumentos são percebidos como uma obrigatoriedade a ser cumprida e não como um instrumento de apoio a gestão, fato que pode estar atrelado a dificuldade dos mesmos em denominá-los pelos nomes.

Resgatamos a proposição de O'dwyer e Mattos (2010) que afirmam que o planejamento registrado não necessariamente, encaminhará a ação, visto que pode se limitar a uma exigência formal, mas não representar exatamente a intencionalidade do agente. Ainda o discurso apresenta a realização de projetos específicos objetivando a obtenção de recursos federais. Essa iniciativa reflete a representação do gestor em relação a elaboração de projetos enquanto oportunidades de obtenção de recursos e não necessariamente enquanto oportunidades de direcionar projetos para atender necessidades locais.

Essa prática pode possibilitar a oferta de novos serviços aos usuários, vindo ao encontro de algum desejo ainda não atendido ou estimular novos desejos. Ainda, pode se tornar apenas mais um projeto sem utilização prática.

Outro aspecto apresentado refere-se à estratégia utilizada pelos gestores para a elaboração do planejamento. Verificamos que 80% dos sujeitos que compuseram o discurso sobre planejamento, expressaram a participação da equipe na elaboração do planejamento, construindo assim o DSC 'planejamento compartilhado' e 70% compuseram o DSC 'planejamento centralizado', no qual identificamos que o gestor

assume para si a responsabilidade de realizar o planejamento, ainda que em alguns casos haja o envolvimento de 1 colaborador. Como podemos observar, parte dos entrevistados participam de ambos os discursos, não deixando clara a percepção dos mesmos em relação à forma de encaminhar o planejamento ou evidenciando que não possuem um único entendimento ou ainda, que expressam um compartilhamento desta ação, porém na prática acabam por assumir individualmente, ou vice versa.

Observamos que o discurso sobre 'planejamento compartilhado' expressa a participação da equipe em momentos pontuais de construção dos planos, a tentativa ainda que incipiente de monitoramento, discreta referência a troca de saberes entre os profissionais e a ausência de participação social no processo. Já o discurso sobre 'planejamento centralizado' busca romper com a perspectiva centralizada ao apresentar a participação de um (01) colaborador para elaborar o planejamento.

Outro ponto que chama a atenção refere-se ao destaque dado à elaboração de um diagnóstico da situação o qual é fortemente valorizado como uma ação que deve ser realizada em loco e pessoalmente pelo gestor, a fim de garantir efetividade da gestão, porém é pouco expressa a associação deste diagnóstico às ações planejadas ou realizadas.

Essa prática exala uma representação de que o olhar do responsável é a garantia do bom funcionamento do serviço, assim valoriza o papel do gestor e reafirma a superioridade técnica do mesmo em relação aos outros profissionais.

O discurso ainda expressa a representação de que as visitas nas diversas unidades e o contato com os profissionais e usuários, são práticas de uma gestão comprometida e presente.

Outro ponto que o discurso levanta é o entendimento de que o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde deveria ser priorizado. Mais uma vez, o discurso aponta, assim como outros DSCs já apresentados, para a representação do gestor de uma dicotomia entre as ações de prevenção e promoção da saúde e as ações de assistência. Nesse sentido ainda, nos parece que os 'incêndios' que surgem e inviabilizam o planejamento de ações de prevenção e promoção referem-

se às ações assistenciais, o que reforça a hegemonia, na prática, do modelo médico assistencial.

Consideramos que um planejamento com vistas ao encaminhamento de ações pautadas no princípio da integralidade prevê as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de forma indissociável, além de garantir efetivamente a participação de todos os atores envolvidos. Ainda, entendemos que o planejamento deve ser um 'instrumento vivo' que realmente acompanhe o dia a dia da produção de saúde, a fim de que as exigências impostas pela sociedade contemporânea, identificadas no discurso como 'incêndios', não se sobreponham às ações e aos compromissos assumidos coletivamente.

DSC 7 - Administração financeira orçamentária

O discurso da 'administração financeira orçamentária como uma das ações realizadas pelo secretário municipal de saúde' representou 8,93% das 112 respostas encontradas (Tabela 2).

Nós tivemos que assumir a gestão do fundo municipal, isso foi uma loucura na minha vida, stress! É questão da responsabilidade, da legislação, que na verdade, depois dos repasses feito para a cota do fundo municipal de saúde, não há nenhuma interferência do prefeito, você tem autonomia, mas só pra acertar, esse é o problema. A gente procura trabalhar pautado na questão do L é legal? Depois vem o E, é econômico? Essa é a melhor maneira que nós podemos fazer isso, sem desperdício, sem nada? E J, é justo? Esse é o tema das minhas palestras: LEJ, é legal, é econômico, é justo? Aí no dia a dia, eu passo no setor financeiro, de contabilidade pra ver questão de cheque, pagamento, fluxo de caixa, indicar as contas pra pagamento, qual é PAB, qual é não PAB, o que é recurso próprio, essa é uma rotina. Em relação aos investimentos, tem a questão de que no início, os municípios tinham acabado de, vou falar o que os prefeitos diziam engolir a municipalização, um sistema que foi imposto mesmo, ai vem a implantação do PSF, a gente não tinha recurso então era negócio, era necessário se fazer um investimento na promoção, porque só tem um hospital no município que consome todo o recurso da saúde em internação. O nosso custo do hospital ele é muito elevado porque é um hospital municipalizado, no começo, o município só entrava com a estrutura, hoje tá ao contrário, pouquíssimos empregados nossos são do Estado, agora é tudo do município. Agora, tem o hospital filantrópico que todos pensam que o hospital é da prefeitura, então se o hospital não for bem, não adianta eu ter saúde da família, a saúde tá ruim. É, toda a alta complexidade, praticamente eu repasso pro hospital pra poder fazer todo aquele modelo hospitalocêntrico né, e aí a proteção básica ali nos PSFs, acaba também ficando de certa forma bastante, como é que eu vou usar o termo correto,

bastante sem o atendimento. É, nós temos aí uma deficiência de recursos no PSF que é onde o governo atual tá se comprometendo a entrar, em financiar a atenção primária. Sabe, nós temos questões financeiras muito grandes e toda vez que tem um problema orçamentário, corta-se pessoal, e aí de uma certa forma acaba com o serviço. Você fala tanto de garantir o acesso e daqui há pouco, você tira o profissional. Eu sei que se for só gerir a saúde com recursos que nós temos no fundo municipal, nós não temos condições de administrar, a gente teria que cortar muita coisa. Aonde eu entro, onde tem o apoio do prefeito, ele tá passando 10% a mais do que o obrigatório. Mas eu acredito que com os mesmos recursos a gente pode fazer muito mais, então, se alguém falar que saúde não tem dinheiro, eu não acredito, hoje o problema maior é a forma que esse recurso é empregado. Mas por outro lado, a gente não vê uma luz que o que a gente vai investir em saúde vai resolver o problema da população, ainda que se invista muito mais em saúde, nós não vamos conseguir resolver todos os problemas de saúde, além disso, é uma coisa contínua né, dinâmica, onde cada dia acontece um problema diferente.

O discurso expressa a centralidade da decisão e dos encaminhamentos na mão do gestor na medida em que não faz referência à participação dos trabalhadores, dos prestadores de serviço e da sociedade civil nesta ação. Por outro lado, o discurso já aponta para a existência de condicionantes conjunturais que interferem em sua forma de encaminhar o recurso.

Ainda, emerge uma representação de que o gestor deve ser uma pessoa idônea, justa e conhecedora das leis que regem o SUS para gerir os recursos da saúde.

No discurso, o gestor afirma que o maior investimento em saúde é direcionado para as instituições hospitalares, ainda que aponte para um cuidado com a atenção primária e mais especificamente com o PSF. Esta realidade vem confirmar que o modelo assistencial privatista se mantém hegemônico desde a década de 60.

Outro aspecto levantado são as relações estabelecidas entre as secretarias de saúde e os hospitais tanto àqueles que foram municipalizados quanto os hospitais filantrópicos. No primeiro caso, reporta-nos a discussão da municipalização enquanto uma transferência de responsabilidades para os municípios, sem a garantia da transferência equivalente de recursos. Este fato, segundo o discurso, exigiu uma aplicação de recursos maior desse ente federado do que a estabelecida constitucionalmente e ainda trouxe um prejuízo para a atenção primária à saúde, no que se refere aos recursos investidos.

Neste sentido, o discurso apresenta duas formas de compreensão. Por um lado um entendimento de que a municipalização foi um processo imposto pelo governo federal. Por outro lado, aponta para o fato do processo de municipalização ter sido assumido por opção dos municípios, pois naquele momento, era conveniente visto que os Estados ainda assumiam parte do custeio.

Já em relação aos investimentos em hospitais filantrópicos, leva-nos a uma reflexão sobre o fortalecimento das instituições privadas. Verificamos que a realidade apresentada na micro São Mateus, não é diferente do contexto nacional, onde há uma concentração de serviços de internação hospitalar na esfera privada (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004).

Por um lado, os municípios, por si só, não conseguem manter os hospitais públicos com os recursos destinados à saúde. Por outro lado, há uma necessidade e uma expectativa da população e de outros atores envolvidos na produção de saúde, que o gestor garanta os atendimentos médicos e as internações hospitalares. Assim, as instituições privadas emergem como a única possibilidade para dar respostas a esta situação.

Porém, ainda que a imagem dos hospitais filantrópicos esteja associada aos órgãos públicos, conforme expresso no discurso, e que este seja custeado integralmente pelos órgãos públicos, estes se eximem da responsabilidade em relação à eficácia e eficiência dos serviços prestados, na medida em que não assumem para si a execução desses serviços.

Esta realidade vai ao encontro do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1997), elaborado na década de 90 que redefine o papel do Estado o qual “deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento”. Neste sentido, o Estado torna-se essencialmente um instrumento de transferência de renda e propõe-se a publicização dos serviços, isto é, a transferência para o setor público não-estatal a responsabilidade da execução dos serviços considerados não exclusivos do poder de Estado, que é o caso da saúde entre outros.

Associado a esta questão, Bauman (2008) afirma que o Estado mantém o estímulo crescente a novos empreendimentos, se apresenta subordinado ao papel do mercado, seguindo as regras e os interesses estabelecidos e valorizados por este e ainda, 'vende mercadorias' em forma de direitos constitucionalmente assegurados.

Outro aspecto apontado no discurso refere-se à dificuldade do gestor em administrar o recurso da saúde, diante das novas exigências do sistema de saúde. Esta dificuldade pode estar associada ao fato da transferência do gerenciamento do fundo municipal de saúde (FMS) para as secretarias de saúde, ter sido realizada sem levar em consideração as diversidades locais no que se refere às condições estruturais de cada município para assumir a referida responsabilidade.

Observamos no discurso que no entendimento do gestor, assim como a municipalização, a transferência do FMS também é uma ação verticalizada, imposta pelo governo federal. Da mesma forma, o discurso faz referência ao PSF, como uma política induzida pelo governo federal a partir da liberação de recursos financeiros para o âmbito municipal.

O discurso também aponta para dois problemas relacionados aos recursos para a saúde. O primeiro refere-se à falta de recursos para garantir a oferta dos serviços e o segundo está relacionado à má gestão destes recursos. Ainda, apresenta um sentimento de desânimo e descrença por parte do gestor em relação a uma mudança da situação de saúde da população.

Chama a nossa atenção o fato de que estes problemas são apresentados como se fossem fatos alheios a atuação do próprio gestor. Neste sentido, entendemos que o gestor não se assume como protagonista da construção do SUS, cabendo a ele apenas a execução dos serviços.

Entendemos que no âmbito micro organizacional, o gestor se percebe com poder de decisão para conduzir as ações e direcionar os investimentos em saúde. Já numa visão macro estrutural o mesmo gestor assume uma posição passiva diante dos problemas que o exime da responsabilidade na condução da política de saúde.

Porém, acreditamos que os espaços micro organizacionais não estão dissociados do âmbito macro estrutural e que mudanças numa instância refletem na outra. Ainda,

entendemos que o gestor é um dos sujeitos com potência para gerar mudanças. Porém a partir do discurso, percebemos que a postura do gestor, está muito mais voltada para a reprodução do sistema vigente do que para buscar estratégias de mudança.

DSC 8 - Atendimento direto ao usuário

A representação sobre o “atendimento ao usuário como uma das ações realizadas pelos secretários de saúde” representa 8,04% das 112 respostas encontradas (Tabela 2) e expressa algumas divergências em relação a referida ação no que se refere a sua execução (ou não) enquanto ação do gestor.

Essa IC possibilitou a construção de dois (02) DSC onde o primeiro aponta o atendimento realizado pelo gestor por livre demanda, sendo esse o mais significativo quantitativamente e o segundo expressa um atendimento ao usuário de forma seletiva (Quadro 1).

DSC 8A – Atendimento ao usuário por livre demanda

Na verdade o dia a dia do secretário, ele é bastante puxado em relação à demanda porque na verdade, você chega na secretaria é aquela fila de gente que não conseguiu remédio, o carro que não pode levar, a consulta que foi desmarcada, ou seja aquele monte de coisas que as pessoas que tão nos seus postos não conseguem dar uma resposta de imediato e acaba batendo na porta do secretario. Com isso, começa o dia não 100% fazendo a minha função, pela estrutura ou pela falta de recursos humanos e acaba fazendo um pouco o trabalho de técnico né, de atendimento às pessoas. O que acontece é que geralmente as pessoas aparecem na secretaria pra conversar com a gente, fazer os apelos de sempre e eu, praticamente mais de 95% eu consegui atender, ainda que dispondo do meu carro, do meu esforço pessoal. Por ser uma cidade pequena, as pessoas vão em busca do secretário, às vezes pra tirar uma dúvida, ver o que pode ajudar pra adiantar, pra conseguir alguma coisa né, então acaba todo dia pela manhã faço atendimento ao público né, algumas demandas da própria comunidade. Então eu recebo gente lá que quer reclamar de um atendimento de um médico ou do hospital, ou pedir pra tentar ajudar a resolver um problema de uma cirurgia, ou que já procurou algum setor aqui da secretaria que não teve uma resposta satisfatória pro seu problema, ou vem até a mim buscando que eu agilize, que eles acham que o secretário tem o poder de agilizar os exames que são marcados pelo Estado. Também me procuram pra autorização pra fazer tratamento de canal particular porque a prefeitura arca com essas coisas né, com todas essas coisas que tão fora do alcance pelo SUS, a prefeitura acaba arcando com isso particular. Outra situação é que eles procuram muito o secretário pra doar o medicamento que o médico prescreveu que não está na lista dos medicamentos básicos, nem está na

lista dos medicamentos excepcionais a serem distribuídos, mas que médico afirmou que tem que ser aquele. Além disso, tem o agendamento dos exames mais especializados, aqueles que necessita de pagamento, aí acaba eu tendo que tar atendendo todas as pessoas que necessitam desses exames, que são grande quantidade. Na verdade, as pessoas acham se procurar o secretário é mais fácil de ser atendida né, mas quando às vezes na verdade é só fazer um atendimento pra justificar. Eu acho que o atendimento ao público, as pessoas confundem com assistencialismo, aí começa a comparação de que na outra cidade é assim, é uma pressão, uma pressão psicológica e eu acredito que não é só aqui. Um começa a chantagear que vai pra tal município que lá é melhor e você sabe que às vezes nem é. As pessoas costumam fazer isso na saúde pra conseguir as coisas. Aí, o que eu faço? Eu procuro educar porque é a melhor maneira de você mudar a cabeça das pessoas. Então toda a minha atividade, eu procurava adicionar algo junto ao cidadão de que ele precisa mudar a postura, então isso aí demora um pouco, mas tem que ir pontecendo de modo que a pessoa entenda que muita coisa ele já poderia ter resolvido, principalmente a questão da prevenção. Uma das coisas que a gente percebeu é que quanto mais você atende mais gente tem pra atender e eu vejo que aqui também eu estou contribuindo pra diminuir o sofrimento daquelas pessoas lá na ponta e me sinto bem, porque quando a gente consegue uma coisa, principalmente uma cirurgia, que é difícil, ou uma cirurgia eletiva ou uma cirurgia oftalmológica, a gente tenta ter uma visão de como se fosse a gente precisando do serviço.

DSC8B – Atendimento regulado ao usuário

Eu consegui desvincular essa demanda de atendimento, até mesmo demanda de carona mesmo, que tem um problema sério com a pessoa vim pra pedir carona, aí eu consegui acabar praticamente. Ainda tem uns 5% que vem, mas hoje eu acabo tendo mais tempo. Eu fico assim hoje, pra atendimento ao público de alguma coisa que a secretaria não consegue resolver ou algum assunto bem, bem particular que a pessoa precisa tar conversando com o secretário, aí eu atendo numa boa, vejo se dá pra resolver, se não der, falo também, aí cabe a pessoa entender ou não. Principalmente se for alguma questão financeira, a gente tem que trabalhar de acordo o orçamento, se não, não tem jeito.

O discurso aponta para a forma como o gestor percebe o seu atendimento ao usuário. Por um lado apresenta um atendimento enquanto intervenção técnica que objetiva liberar procedimentos, insumos e outros ou ainda ouvir reclamações e sugestões. Essa intervenção ainda é entendida de duas maneiras, sendo que a primeira, representa uma atividade da responsabilidade do próprio gestor e a segunda, como uma intervenção que apesar de ser considerada desnecessária, é assumida por ele.

Por outro lado, resgata a representação de um atendimento enquanto intervenção humanitária, na medida em que propõe aliviar o sofrimento das pessoas e alcançar um sentimento de realização por ter sido útil. Nesse último caso, reflete a influência de valores da cultura judaico-cristã nas práticas do gestor, já apontado em DSCs anteriores. Seja com propósitos técnicos ou humanitários, o gestor, com vistas a atender as demandas que recebe, toma para si o controle de alguns serviços como a liberação de exames especializados, a marcação de cirurgias, a liberação de medicamentos não padronizados entre outros.

Essa forma de resolução de problemas traz a representação de que o gestor é o responsável por atender as expectativas do usuário. Ao aproximar essa situação à lógica de uma sociedade de consumidores, podemos associar os usuários a consumidores que buscam estratégias para satisfazer seus desejos de forma ágil, e encontram nos gestores, a melhor alternativa.

Esses por sua vez, disponibilizam rapidamente as 'mercadorias de desejo', conferindo agilidade ao processo e mantendo o 'usuário-consumidor' num grau aceitável de satisfação. A confirmação de que esse grau de satisfação foi atendido apresenta-se no discurso que afirma que *'quanto mais você atende mais gente tem pra atender'* e assim, aumenta-se o número de consumidores pelos serviços oferecidos. Esta tríade (usuário-serviços-gestor) se apresenta como necessária para a reprodução de uma sociedade de consumidores, na medida em que movimenta o 'mercado de serviços de saúde' e concomitantemente inibe tanto as insatisfações dos consumidores, quanto os questionamentos em relação aos mecanismos utilizados para alcance dos referidos serviços e ainda sobre a saúde como direito.

Esse mecanismo, por sua vez, reflete a representação de que o bom 'usuário-consumidor' é aquele que tem acesso aos serviços, independente da estratégia utilizada para tal. Nesse sentido, o discurso expressa alguns mecanismos utilizados pela população para a obtenção de suas solicitações, segundo a ótica do gestor. Emerge a representação de que o usuário é capaz de se utilizar de qualquer iniciativa para conseguir seus desejos, assim chantageia, pressiona, mente e ameaça para se fazer atendido e estimula a concorrência e competitividade, também frutos do livre comércio.

O discurso também expressa a preocupação do gestor em relação à avaliação do seu trabalho e a necessidade de ser reconhecido e aprovado no papel que ocupa. Emerge a representação de que o bom gestor é aquele que atende as solicitações, ainda que a população não seja merecedora.

A necessidade de atender as solicitações dos usuários também expressa a relação da população com os representantes governamentais. Para o gestor, o que prevalece é a relação com bases assistencialistas e clientelistas historicamente legitimadas no Brasil. Na representação dos gestores essa cultura ainda prevalece nos municípios do interior.

No entanto, apesar da crítica, apenas o DSC 8B, menos significativo quantitativamente, aponta para uma tentativa de mudança, o que demonstra que ainda há certa passividade diante desta realidade.

Entendemos que esta forma de oferta de serviços contribui para desresponsabilizar o Estado de garantir o direito à saúde, ainda que afirmado constitucionalmente, e transferir esta responsabilidade para os indivíduos. Neste caso, os serviços de saúde seriam obtidos a partir de relações pessoais. Assim, se às necessidades dos consumidores da saúde, incluindo aqueles pelos quais os usuários procuram os gestores, não forem disponibilizados, os gestores poderão ser culpabilizados e, conseqüentemente, descartados, sem prejuízo das instituições governamentais.

Ainda, o discurso afirma que a maior parte dos atendimentos está relacionada à liberação de serviços assistenciais como consultas, exames e cirurgias. Este fato nos leva ao questionamento se o usuário realmente o usuário busca o gestor prioritariamente por esse tipo de serviços ou se o gestor valoriza mais essas solicitações e conseqüentemente, expressa em seu discurso. Entendemos que as duas afirmativas se fazem presentes, o que fortalece a idéia de que o modelo assistencial privatista ainda se mantém hegemônico em decorrência do próprio encaminhamento dado pelos diversos atores envolvidos na produção de saúde.

Outro aspecto levantado no discurso refere-se ao entendimento sobre os serviços públicos de saúde, na medida em que expressa que

...a prefeitura aqui ela arca com essas coisas né, com essas, todas essas coisas que tão fora do alcance do SUS pra nós, pelo SUS, a prefeitura acaba arcando com isso particular e eu sou a responsável pra autorizar isso.

Essa afirmativa aponta para a representação de que os municípios ofertam dois tipos de serviços de saúde à população: um público e um privado. Ainda que o recurso utilizado seja único e se trate de recursos públicos, os serviços que não se encontram no elenco de procedimentos nas tabelas do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), na representação dos gestores, são serviços particulares.

Outro ponto apresentado pelo discurso refere-se à demanda de atendimento por medicamentos associado ao papel do médico nesse processo.

...eles procuram muito o secretário pra doar o medicamento que o médico prescreveu que não está na lista dos medicamentos básicos, nem está na lista dos medicamentos excepcionais a serem distribuídos, mas que médico afirmou que tem que ser aquele...

O médico é o profissional legitimado socialmente e academicamente para definir qual é o melhor medicamento para o indivíduo, assim, cabe a ele fazer a prescrição. No entanto, o discurso aponta para a representação de que o papel do médico extrapola esse entendimento e lhe confere poder de direcionar os investimentos da saúde, além de contribuir (ou não) com determinadas empresas farmacêuticas. Assim, ele se torna um profissional a serviço dos interesses do mercado.

Observamos ainda no discurso que a preocupação em aproveitar o momento de atendimento para extrapolar a necessidade aparente aparece de forma ainda muito incipiente. O discurso expressa que o gestor vê esse momento como a oportunidade de oferecer orientações no âmbito da prevenção.

Porém, essas orientações são transmitidas de forma verticalizada apontando para a representação de que existe àquele que tem o conhecimento, no caso o gestor, e aqueles que precisam ser orientados por não terem o referido conhecimento, no caso a população. Essa representação revela a distinção entre os atores sociais e fortalece o entendimento de que a população é ignorante; de que o SUS é um sistema procurado apenas pela população mais desinformada, associada à pobreza; de que o único conhecimento reconhecido é o científico e assim o senso comum é ignorado e ainda, aponta a necessidade de uma mudança de comportamento da população.

A vulnerabilidade dos indivíduos não é levantada no discurso sendo o próprio usuário considerado responsável pela sua situação de saúde. Mais uma vez,

fortalece o propósito de desresponsabilização do Estado em relação às vulnerabilidades sociais e institucionais que interferem no processo de adoecimento e nas condições de vida da população e distancia-se de uma prática pautada no princípio da integralidade.

Acreditamos que independente do encaminhamento dado ao atendimento direto ao usuário, esta prática pode possibilitar momentos singulares de troca com vistas à construção conjunta de estratégias que contribuam para que o serviço de saúde venha ao encontro das reais necessidades do usuário, não apenas de forma individualizada e pessoal, mas buscando garantir a saúde como um direito coletivo e institucionalizado e conseqüentemente, possa contribuir para a efetivação do princípio da integralidade.

DSC 9 - Articulação intersetorial, intermunicipal e interfederativa

A representação sobre as 'articulações intersetorial, intermunicipal e interfederativa como uma das ações dos secretários municipais de saúde' é composta por 8,04% das 112 respostas encontradas (Tabela 2) e aborda tanto a atuação do gestor em si enquanto o articulador quanto a forma com que os gestor percebe esta articulação na rotina do serviço.

Subdividimos esta representação em 3 DSC, o primeiro refere-se a articulação intersetorial e as parcerias; já o 2º apresenta a articulação municipal e interfederativa e o 3º levanta as fragilidades destas (Quadro 1).

Consideramos importante destacar que o DSC 3 que aborda as fragilidades das articulações foi construído com 89% dos gestores que apresentam em seu discurso a IC referente a articulações intersetorial, intermunicipal. Estes percebem que há fragilidades importantes nesta articulação que de alguma forma interferem nos serviços e ações realizadas na secretaria de saúde.

DSC 9A - Articulações interssetoriais e parcerias

A gente consegue trabalhar muito com a assistência social pro serviço social tar indo trabalhar as famílias que tão fazendo tratamento da tuberculose, de hanseníase e que precisam desse apoio, tanto de alimentação quanto de trabalho, quanto de benefício assistencial mesmo. Fazemos parceria com a secretaria de agricultura pra fazer uma horta, então nós fazemos isso também, essas parcerias com as outras secretarias.

Também, quando nós reunimos com todas as comunidades pra saber o que eles pensam sobre a saúde, as pessoas dizem desde que elas precisam de um bebedouro e às vezes elas falam do saneamento básico e não é da minha competência, mas a gente anota e passa pro outro secretário também, porque aí é uma questão da rede né, a saúde não vai funcionar se não tem saneamento básico, então a gente leva até nas reuniões de secretários e falo: - olha não adianta eu combater a hepatite A se o saneamento básico não funciona, se a estrutura da água não funciona. Eu entendo que pra ter qualidade de vida, não basta só saúde trabalhar, precisa que todas as outras redes trabalhem. A gente também procura trabalhar com as entidades pra que as entidades possam conhecer o trabalho da secretaria. Nas campanhas onde procuro muito trabalhar em parcerias com as escolas, com as igrejas, todas as igrejas, católica, protestantes, então quando organizamos uma campanha, há essa interação e há essa participação das entidades. Também, a gente sempre tenta inserir os nossos profissionais pra que já que as igrejas tão fazendo então a gente pode contribuir. E, quando a gente também fazia alguma coisa, eles também sempre estavam juntos.

DSC 9B – Articulação intermunicipal

Eu tenho que trabalhar com a colaboração dos municípios próximos, eu acho que uma coisa que a gente conseguiu construir nestes últimos anos foi esse fortalecimento de apoio com os municípios, talvez a Regional tenha puxado essa discussão. Então, a gente trabalha muitas vezes é pedindo ajuda mesmo pro município vizinho, é um abraçando o outro na região norte, é um município socorrendo o outro, você liga pro secretário vizinho: - olha manda uma ambulância aqui, eu preciso uma medicação aqui. Quando chega você devolve. Eu acho que é porque todos sentem a mesma dor na pele, a necessidade é a mesma, até pela questão de regionalização, a distância da capital onde centraliza todos os serviços, nas grandes cidades. Um exemplo do nosso trabalho é que nós já atendemos ali, limite de outras cidades, mas compensação, contrapartida, não foi estabelecida. A gente tá discutindo isso na microrregião. Enfim, a relação administrativa de secretaria de saúde com outras secretarias ela é muito boa, antigamente os municípios trabalhavam muito distantes, dependia de um município vizinho, você acabava não conseguindo resolver. Até pra um conhecer o outro era complicado, hoje tem esse contato, tem essa proximidade maior que é importante.

DSC 9C - Fragilidade nas articulações intersetoriais, intermunicipais e interfederativas

A minha prioridade deveria tar promovendo a articulação entre diversos setores e eu tento fazer isso o tempo todo né, nem sempre conto com a colaboração dos outros setores, mas tento pra gente poder prevenir e promover saúde, pra ter menos gente doente porque o que a gente percebe é que a cada dia a demanda de pessoas doentes tá crescendo e eu não quero isso, eu não quero sair daqui e deixar esse rastro pra trás e eu acho que esse seria o meu principal papel. Agora, vamos pensar na educação,

por mais que você queira trabalhar com escolas, por exemplo com alguma campanha, eles acham: - ah! isso é obrigação da saúde mesmo. Enquanto deveria ser diferente. As pessoas têm esse pensamento ainda, de que o problema é da saúde, ah! deu qualquer problema tem que resolver com a saúde, a saúde que se vira. Os exames especializados, têm casos que você não tem como atender porque a demanda é maior do que o recurso nas mãos e muita coisa nem é que a gente não quer pagar, você não consegue. Aí tem que entrar na agenda deles pra tentar essa marcação. Então muita coisa você fica na puxa vida não consegui! E a gente que procura fazer o bem você fica sentido com aquilo ali. Aí que vem os incêndios que também surgem em função da rede não tar totalmente estruturada. As questões, as pactuações, as questões das responsabilidades, o que é de competência do Estado, por exemplo, que por mais que se trabalhe uma atenção primária certinha, planejadinha, organizadinha, há um momento em que a gente vai depender da atenção secundária. Principalmente um problema muito sério que a gente tem na região que é a questão do parto, que é um estrangulamento que nós temos aqui hoje, que nós não temos hospitais referenciados pra fazer o parto com segurança conforme preconiza o Ministério da Saúde. Aí, hoje se não fizer um pré natal bom, adequado e que a gestante venha a ter um parto realmente normal, se necessitarmos de uma estrutura, de uma referência de média e alta complexidade, de UTIN, de uma maternidade de alto risco, hoje o que? Hoje não tem. Até porque o SUS né, fala dessa integralidade, dessa universalidade, mas por ser um município do tamanho deste, você não tem como garantir o acesso a todos os serviços, quando você vai bater à porta de outros setores ou de outros municípios aí, do Estado também para poder fazer a parte dele, nós esbarramos em questões muito sérias, ninguém quer assumir, entendeu? . Quando nós conversamos nas reuniões de CIB né, reunião do COSEMS, é o que nós, municípios do norte é que parece, a minha percepção assim, posso tar enganada, mas é que a gente tá meio que esquecido, igual as redes, oficinas maravilhosas, mas algumas coisas não saíram do papel. Sabe, tem pessoas que estão morrendo, vai esperar morrer? Eu acho que os secretários do extremo norte deveria unir e tar cobrando assim, tar fazendo um Conselho forte, uma CIB mais forte. Falta muito dos secretários da micro de uma forma geral, de tar exigindo mais, de saber que nós como micro, nós temos um poder muito grande e a gente acabou esquecendo disso, deixando isso de lado. Então a gente tem que se fortalecer como micro e passar a exigir mesmo, colocar o Estado contra a parede e fazer exercer o nosso poderio que a gente tem enquanto micro. Enquanto CGR tar pressionando mesmo, saber que a gente tem um poder de barganha grande e negociar com o Estado de cabeça erguida, muitas vezes a gente fica com medo porque o Estado é mais forte mas, não é assim, tem mesmo que fazer valer os direitos da população. Quer dizer: - não! Nós queremos mais autonomia, nós queremos vaga para o nosso povo.

Em relação às articulações intersetoriais e as parcerias, o DSC 9A aponta para algumas experiências realizadas com o envolvimento de outras secretarias, além da saúde, porém referem ações pontuais. Já o DSC 9C aponta para as dificuldades encontradas para a realização dessas ações.

Porém, os dois discursos apontam a percepção de que a secretaria de saúde não consegue dar respostas efetivas às questões de saúde individualmente e da necessidade de uma atuação conjunta com outros setores, trazendo à tona a representação de que a saúde extrapola os aspectos biológicos.

O DSC 9C faz uma associação entre as ações intersetoriais e o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde o que reflete o entendimento de que essas ações são da responsabilidade de todas as secretarias. Porém aponta que a representação que prevalece na sociedade é de que as ações voltadas para prevenir o adoecimento são de responsabilidade exclusiva da secretaria de saúde.

O discurso ainda aponta para o entendimento de que essa articulação deveria ser a prioridade da gestão apesar de na prática não ser e expressa que uma das causas está vinculada a posição tomada pelas outras secretarias, que se desresponsabilizam por ações entendidas como sendo do setor saúde e não cooperam.

O DSC 9A também valoriza a realização de atividades junto a entidades sociais. Porém, refere-se a estas parcerias enquanto um apoio mútuo em determinadas ações, mais especificamente em campanhas, e não enquanto uma construção conjunta de estratégias de intervenção. Já o DSC 9B apresenta a articulação intermunicipal prioritariamente voltado a um apoio extra-oficial, isto é, uma relação pautada na solidariedade. Expressa apoio de infra-estrutura como disponibilidade de transporte, medicamentos entre outros ou de oferta de serviços a populações residentes nas divisas, ainda que não haja pactuações formais estabelecidas.

O discurso expressa também que há uma identificação do gestor em relação às dificuldades e especificidades regionais. Nesse sentido emerge um sentimento de pertencimento que para nós, pode contribuir não apenas para posições solidárias, mas para o fomento da auto-organização.

Cabe ressaltar que o DSC que cita essa relação solidária foi composto exclusivamente por secretários municipais de saúde da gestão anterior. Este fato nos leva a refletir sobre as mudanças ocorridas no decorrer do tempo tanto em relação ao comportamento e as relações humanas, quanto em relação à organização dos serviços de saúde.

Por um lado, a complexidade da saúde, a necessidade de organizar os fluxos de atenção, de administrar os recursos destinados à saúde e de apropriação dos pactos de gestão por parte dos municípios, levaram a necessidade de institucionalizar e profissionalizar as relações intermunicipais. Por outro lado, a sociedade contemporânea também estimula a ruptura dos vínculos pautados na solidariedade e enfatiza os acordos por interesses 'individualistas'.

O discurso apresenta as articulações interfederativas como a maior fragilidade percebida pelos gestores para a efetivação dos princípios do SUS. Expressa as dificuldades dos municípios para garantir acesso da população a serviços de média e alta complexidade e a efetivação das redes de atenção, em decorrência da gestão estadual não assumir a sua responsabilidade quanto à oferta de serviços que estão sob sua competência.

Essa é apontada como a causa por não garantir a atenção integral à população e por sobrecarregar a gestão municipal que é obrigada a assumir o que não é da sua competência. Emerge nesse sentido, a representação de que a integralidade está voltada para a garantia de acesso do usuário para os três níveis de atenção.

O discurso dá ênfase às dificuldades para a garantia de atendimento à gestante e a criança, principalmente no que se refere ao parto de alto risco. Esta preocupação vem ao encontro das altas taxas de mortalidade infantil apresentadas na região que se encontram acima da média do Estado.

Esta preocupação pode também refletir o esforço realizado pelos secretários de saúde no ano de 2008-2009 para construir a rede de atenção da saúde da mulher e da criança. Esta ação, organizada pela Secretaria Estadual de Saúde, envolveu técnicos e gestores estadual e municipais que apontaram a microrregião São Mateus como prioritária para implantação da rede. No entanto o discurso expressa que a proposta não foi efetivada e permanece até o momento apenas no papel.

Assim, apontam para a percepção de que há um distanciamento entre as determinações formais e os planejamentos técnicos e a prática e nesse sentido, demonstra um sentimento de preocupação, de comprometimento com a população, porém de impotência diante da realidade.

Outro ponto levantado no discurso refere-se à urgência dos problemas de saúde os quais não podem esperar a efetivação dos pactos formalmente constituídos e o peso que isso representa para a sua rotina enquanto secretário de saúde. Diante dessa situação, emerge um sentimento de indignação e frustração que, a nosso ver, envolve questões pessoais e profissionais e resgata os DSC anteriormente apresentados ('disponibilidade') no que se refere ao sofrimento gerado por ocupar o cargo de secretário de saúde.

O discurso ainda expressa que as falhas do Estado reafirmam a necessidade de se investir na atenção primária a fim de que ela seja resolutiva e conseqüentemente se reduza os encaminhamentos para os serviços de maior complexidade.

Porém, esta proposta produz uma reflexão em duas vertentes. A primeira está relacionada ao fator que motiva o gestor a investir na atenção primária. Seria a necessidade de reduzir os encaminhamentos para serviços de maior complexidade? Ou estaria relacionada à percepção da atenção primária enquanto um caminho para se produzir uma mudança nas condições de saúde da população?

A segunda reflexão refere-se ao desafio do gestor em investir na atenção primária e concomitantemente nos demais níveis de atenção, na medida em que o discurso também aponta para a necessidade de investimentos em ações que não estão sob sua responsabilidade.

Percebemos que o discurso não faz referência ao governo federal como um dos atores deste processo o que vem ao encontro da proposta da política governamental de desresponsabilização da referida esfera em relação as suas atribuições no âmbito social. Neste sentido, Noronha e Soares (2001) afirmam que esta realidade faz com que se perca a dimensão integradora da política de saúde entre as esferas nacional, regional e estadual.

Entendemos que a fragilidade das articulações intermunicipais e interfederativas é um reflexo da fragilidade do processo de descentralização da política de saúde do país que não levou em consideração as especificidades e as condições locais e regionais, enfraqueceu o papel das Secretarias Estaduais de Saúde e distanciou a esfera federal dos serviços de saúde.

Apesar dos avanços previstos no Pacto pela Saúde no que se refere a definição de responsabilidades de cada esfera, entendemos que apenas a descentralização embasada na transferência de responsabilidades e de recursos financeiros (escassos) para o nível municipal não garante por si só o fortalecimento da capacidade administrativa e institucional dos mesmos, assim como também não garante uma atenção integral.

O discurso expressa que as dificuldades de garantia de acesso da população aos serviços de média e alta complexidade estão relacionadas à localização geográfica da microrregião que se encontra distante da capital. Porém, esta não é a única questão, o discurso aponta para a representação de que municípios do interior são pouco representativos e tem pouca importância no âmbito estadual e nacional, tornando-os mais fragilizados e mais subordinados às determinações dos outros entes federados.

Essa representação é fortalecida pelo discurso que revela um sentimento de descrença do gestor em relação a esfera estadual, de frustração e de abandono por parte da mesma, o que aponta para a representação de uma relação interfederativa predatória, onde o maior prejudicado é a população que não tem o seu direito à saúde assegurado por nenhuma esfera pública.

Neste sentido, torna-se necessário uma reflexão mais ampla sobre o processo de descentralização associado a outros tantos fatores necessários à consolidação do SUS. Entre estes fatores, o discurso aponta para uma reflexão sobre o protagonismo dos gestores municipais no processo de consolidação do SUS.

Aponta a necessidade de haver maior união entre os municípios e de fortalecer os espaços formais de negociação e representação para melhorar os serviços prestados e facilitar o acesso da população aos mesmos.

Então a gente tem que se fortalecer como micro e passar a exigir mesmo, colocar o Estado contra a parede e fazer exercer o nosso poderio [...] e negociar com o Estado de cabeça erguida, muitas vezes a gente fica com medo porque o Estado é mais forte, mas não é assim..

O discurso aponta para a representação de que a relação interfederativa sempre é tensa e de disputa e que os municípios somente conseguirão mais espaço de negociação mediante um embate de poderes instituídos e instituintes.

Assim, segundo o discurso já se percebe avanços em relação a discussão desta realidade, porém o que prevalece ainda é o caráter de subordinação dos municípios em relação aos demais entes federados. Exala a representação historicamente construída de uma relação verticalizada que ainda não foi superada, apesar das mudanças garantidas formalmente pelo SUS.

Para nós, a fragilidade de articulação intermunicipal e interfederativa, bem como a atuação passiva ainda assumida pelos gestores municipais, afetam diretamente na efetivação do princípio da integralidade e se apresentam como mais um desafio a ser enfrentado por todos os atores envolvidos no âmbito da saúde. Neste sentido, o empoderamento do gestor municipal se apresenta como uma possibilidade de gerar mudanças efetivas que contribuam para a consolidação do SUS.

DSC10 - Atividades administrativa burocráticas

O DSC sobre as 'atividades administrativo burocráticas como uma das ações realizadas na rotina do gestor' representa 5,36% do total das respostas apresentadas (Tabela 2). Apesar de ser a IC menos representativa quantitativamente, a sua importância está relacionada ao fato de ser considerada pelos gestores que compuseram o referido discurso, como uma tarefa que toma muito o tempo do gestor e que é realizada de maneira cotidiana.

Mesmo assim, o discurso não expressa a existência de rotina ou fluxo estabelecido para a sua realização e nem se é considerada importante e/ou se há interesse em modificá-la.

Logo que chego na secretaria de saúde eu tenho a minha secretária que traz pra mim as demandas emergenciais da parte administrativa, processos a assinar, correspondências a responder e fora isso eu tenho que resolver todos os problemas burocráticos, preencher todas as planilhas, porque eu só tenho 2 pessoas na parte administrativa pra me ajudarem então eu fico sozinha pra preencher planilha, pra responder ofício, responder as solicitações do Ministério Público, eu tenho que dar conta disso tudo. E hoje a gente tá vivendo muito da judicialização, então, tipo hoje, assim sexta feira, uma hora dessa também, vai dando 4, 4 e pouco, é perfeito pra chegar um, dois, três mandatos judiciais né, pra gente cumprir, de situações que, às vezes, a gente concorda, às vezes a gente não concorda, que foge um pouco ao que a gente pensa da assistência, aquilo dos protocolos implantados. Enfim, se você deixar, você passa o mês todo despachando o mês todo demanda judicial e aí você realmente faz, mas você não atinge o

objetivo da gestão, que é tornar a saúde uma coisa efetiva, eficaz, que realmente ela consiga atingir a população antes mesmo de trabalhar o processo doença. A gente na verdade, o papel do gestor, se ele, se a gente juntar mesmo o que é de produção de serviço, eu falo que a gente trabalha 2 horas por dia produzindo serviço e 6 horas por dia produzindo papel. Infelizmente a gente produz papel demais, tudo você anota de uma lista pro outro, faz memorando pra cima, memorando pra baixo, mas o papel de gestão mesmo, de você coordenar, com 2 horas dá pra você fazer todo o trabalho.

Entendemos que estas atividades se tornaram rotinizadas ao longo do tempo e que apesar do discurso afirmar que não é uma atividade de gestão e até desvalorizá-la na medida em que a apresenta como *'produção de papel'*, ela se mantém e ocupa grande parte do horário de trabalho do gestor. Consequentemente, acreditamos que ela tem uma função, ainda que não se apresente no discurso do gestor. A nosso ver, esta função tanto pode estar relacionada com a forma que os serviços públicos estão organizados hoje e a burocratização dos mesmos, quanto como uma forma de desfocar o gestor de ações que são elencadas por eles como sendo prioritárias, como é o caso do planejamento, ou ainda, pode estar associada a ambas as questões.

Merece destaque a forma como as respostas aos processos judiciais são percebidas, isto é, como uma tarefa burocrática a ser cumprida. O discurso expressa uma insatisfação quanto a realização desta tarefa e a inadequação do fluxo de chegada e muita vezes, do próprio conteúdo. Porém demonstram uma postura passiva e de obediência sem, contudo, levantar um questionamento sobre as causas e o significado desse aumento de processos, ou ainda as possibilidade de alterar a rotina de execução da referida atividade na rotina dos serviços.

O discurso aponta para a judicialização apenas enquanto uma atividade que, mesmo não concordando, deve ser cumprida. Emerge assim as relações de poder que perpassam o relacionamento entre os três poderes instituídos no país.

Outro ponto levantado no discurso é que o tempo gasto com os processos judiciais impede o alcance dos objetivos dos serviços de saúde,

...se você deixar, você passa o mês todo despachando o mês todo demanda judicial e aí você realmente faz, mas você não atinge o objetivo da gestão, que é tornar a saúde uma coisa efetiva, eficaz, que realmente ela consiga atingir a população antes mesmo de trabalhar o processo doença.

Nesse sentido, emerge o entendimento de que a prevenção e a assistência são ações dissociadas e ainda, que o objetivo da gestão estaria voltado para as ações de prevenção. Questionamos então, de quem seria a responsabilidade por garantir os serviços assistenciais que a população necessita? No entanto, o discurso aponta para uma relação excludente entre ações de prevenção e de assistência, na qual deve se optar por uma das duas.

DSC 11 - Fomento a participação popular

O discurso sobre o 'fomento à participação popular' apresenta algumas iniciativas e opiniões relacionadas ao tema que emergem como IC e representa 5,36% do total de 112 respostas encontradas na pesquisa e ocupa o último lugar entre as representações apontadas pelos gestores (Tabela 2).

A gente faz as audiências públicas itinerantes rigorosamente, criteriosamente, onde nós convidávamos as escolas, convidamos as lideranças, a população pra elas irem debater e estarem participando e saber onde tão sendo investidos os recursos da saúde. A gente faz as reuniões com todas as comunidades pra saber o que eles pensam sobre a saúde, de prestar contas, de tentar fazer com que eles, até através de caixinha de sugestões em todas as unidades, em todos os setores, pra que as pessoas possam opinar e nós abrimos todo final de mês para ver o que as pessoas estão dizendo do nosso serviço, ou de alguns setores e nas reuniões, eu levo o que foi dito daquela comunidade, daquela unidade. Olha foi dito isso e isso, nós vamos poder, em cima disto, melhorar isso ou isso não vai ser possível fazer. Sabe, pra mim levar ao cidadão nas reuniões que a gente faz nas comunidades e de que eles tem mais direito que podiam imaginar mas também tem um compromisso muito maior com a qualidade de vida deles do que eles tão exercendo, isso aí também é fundamental. Bom, pra mim não existe o secretário sem o Conselho. Tem que ter o Conselho de Saúde parceiro e também para nortear, pra regular de alguma forma e até a participação popular mesmo. Então nós conseguimos fazer esse espaço pro Conselho, então a gente sempre deixa as informações da saúde nesse lugar, nesse espaço, com essa porta de acesso, tanto pros conselheiros, mas também pros usuários que fazem parte, que as pessoas podem chegar lá e ter acesso as nossas contas, ter acesso as nossas ações, os programas desenvolvidos. Nós começamos a fazer reuniões do Conselho itinerante e tudo que nós levantamos como demanda que a população coloca, nós procuramos atender. Então hoje eu acredito se a gente fizer uma avaliação, uma pesquisa, acredito que a gente tem uma avaliação melhor. Por outro lado, eu acho que o Conselho de Saúde tem um poder muito grande, mas eu não sei se por medo, por amizade, por falta de conhecimento ou por falta de capacitação dos conselheiros, mas na realidade eles não têm conhecimento do seu papel, não funciona, as contas são aprovadas sem procurar saber, os projetos às vezes são aprovados e não há um questionamento. Na prática, eu vou te explicar o que é um Conselho de Saúde numa cidade do interior, porque não é só aqui que é assim, são pessoas geralmente sem muita instrução, que não tem muito

conhecimento. Quando a gente vai ter eleição pro Conselho de Saúde, escolha dos conselheiros, a gente manda a cartinha solicitando os representantes pra várias instituições, ninguém quer participar. Então a gente conversa muito com essas pessoas, mas muita coisa não tá ao alcance delas, por exemplo, um relatório de gestão, eu fico com dó de apresentar o relatório de gestão pra eles porque a gente tem que esmiuçar, dá um trabalho tão grande! E eu sei que no fundo, no fundo muita coisa eles não entendem porque eles não têm preparação pra isso, precisa capacitação constante de Conselho. Só que quando a gente consegue que o Conselho esteja mais ou menos capacitado, já tá na hora de mudar aí já vem outros membros entendeu. Conselho no Brasil, sinceramente, é só pra ter nome, eu vejo assim, os grandes Conselhos, Conselhos Estaduais, o Conselho Nacional, eles têm cabeças pensantes que vão fazer a diferença, pelo menos é o que a gente espera.

O discurso aponta para participação da população em dois espaços diferentes de produção da saúde. O primeiro refere-se aos espaços não formais como, por exemplo, as próprias unidades de saúde, através da caixa de sugestões as reuniões com comunidades. Já o segundo, refere-se aos espaços formalmente constituídos como os Conselhos Municipais de Saúde.

Ambos os espaços são valorizados como possibilidades para aproximar a população do gestor com o objetivo de prestar contas, conhecer a opinião da população em relação aos serviços e identificar suas expectativas em relação aos mesmos.

De forma geral afirma que o gestor procura atender as necessidades apontadas ou pelo menos esclarecer sobre a impossibilidade de atender. A preocupação em dar respostas à população é apontada no discurso a partir de dois entendimentos. O primeiro, refere-se a importância atribuída a construção de uma relação horizontalizada envolvendo o usuário, o trabalhador e o gestor e o segundo, como uma estratégia de obter uma boa avaliação de desempenho.

A primeira resgata o propósito da participação social prevista no SUS e a 2ª aponta para fatores que extrapolam o sistema de saúde e podem estar relacionados com interesses políticos ou interesses de mercado. Outro ponto que o discurso levanta é a importância desses espaços para orientar os usuários sobre os seus direitos e deveres com a própria saúde. Emerge uma representação de que apesar da saúde ser um direito do cidadão e um dever do Estado, o cidadão deve assumir a própria saúde como um dever. Nesse sentido, esse passa a ser responsabilizado tanto pelo

seu adoecimento quanto pelo seu cuidado, reproduzindo o interesse do Estado de transferência de responsabilidade aos indivíduos.

Em relação ao Conselho Municipal de Saúde, espaço formal de participação social garantido a partir da Lei nº 8.142/90, ainda que afirmado no discurso como um espaço importante no encaminhamento dos serviços de saúde, é apresentado sob dois enfoques, por um lado, o discurso aponta para iniciativas do gestor em fortalecer esse espaço e fomentar participação social. Por outro lado, o discurso apresenta uma descrença em relação a essa participação.

Esses dois pontos ainda que pareçam contraditórios, são apresentados num único discurso, pois os próprios gestores os apresentam conjuntamente. Entendemos que alguns fatores contribuem para esta questão, primeiro pelo fato do discurso institucional do SUS apresentar a participação social com destaque, o que acaba repercutindo no próprio discurso do gestor. Em segundo lugar, o gestor ainda que esteja descrente em relação ao papel do Conselho, pode estar buscando estratégias para mudar este quadro. A nosso ver, os dois pontos acima podem estar presentes conjuntamente.

Outro aspecto que consideramos importante refere-se aos propósitos atribuídos aos Conselhos. Ainda que este seja apresentado como norteador e regulador do sistema, o que prevalece no discurso é uma perspectiva voltada para uma participação mais pontual, isto é, momentos específicos para que a população possa se aproximar do gestor e apresentar sua opinião e/ou suas expectativas. A participação efetiva dos Conselhos municipais na construção, encaminhamento e monitoramento das políticas públicas, não é referenciada.

O discurso afirma que na percepção do gestor, os Conselhos municipais não desempenham seu papel. Várias são as justificativas apontadas e dentre elas está o desinteresse da maioria da população. Essa realidade reflete a própria história do país, caracterizada pelo regime de exceção. Esse traço sócio político é fortalecido pelos interesses da sociedade contemporânea que não estimulam os movimentos de organização social e incentivam as iniciativas individuais com vista a atender os desejos pessoais e assim, reforçam os 'silêncios populares' apontados no discurso.

Outra justificativa apontada refere-se à falta de conhecimento e de formação dos conselheiros. Esse ponto levanta duas questões que consideramos importante.

Em primeiro lugar, reflete a representação do gestor em relação ao usuário do SUS que o associa a uma população de pouca instrução, incapaz de compreender as questões da saúde. Dessa forma, fortalece-se a imagem de um sistema de saúde para pobres, distanciado de segmentos populacionais com melhores condições sócio-econômicas e ainda, aponta para um Conselho de Saúde frágil.

Em segundo lugar, aponta para o entendimento do gestor em relação ao conhecimento. Revela a representação de que o conhecimento está atrelado ao grau de instrução do indivíduo e conseqüentemente o senso comum não é reconhecido como uma das formas de conhecimento. Assim, uma pessoa que não detém o conhecimento técnico, não tem condições de contribuir com a construção e o encaminhamento das políticas públicas.

Para que os conselheiros possam adquirir os conhecimentos técnicos, o gestor sugere capacitações e assim, aponta para essa ação como uma forma de transmissão de conhecimento, resgatando a concepção 'bancária da educação' apresentada por Freire (1983).

Os conselheiros não são percebidos com potência para contribuir na construção e encaminhamento das políticas públicas. Assim, entendemos que a forma com que o gestor percebe a participação social está distante da proposta de uma gestão compartilha com vistas à consolidação da democracia.

O Ministério da Saúde afirma que os usuários têm pouca participação neste processo, porém aponta para uma ampliação gradativa desta participação (BRASIL, 2009b), no entanto, pelo discurso apresentado, o gestor não percebe esse avanço em relação a atuação dos Conselhos municipais e afirmam que ele só existe formalmente, porém não funcionam. Já ao se referir aos Conselhos a nível Estadual e Federal, afirma que estes têm maior representatividade.

O discurso aponta para a representação de que os municípios, com ênfase nos municípios do interior, têm uma população menos instruída e sem capacidade de ter posicionamentos interessantes. Esse entendimento levanta alguns questionamentos:

Se as pessoas do interior são menos qualificadas do que as pessoas das outras esferas federadas para dar contribuições e sugestões nos encaminhamentos das políticas de saúde, esse mesmo entendimento não estaria também presente em relação aos gestores municipais e os de outra esfera? Como construir uma relação interfederativa mais horizontalizada se o próprio gestor que é do interior percebe o interior com menos capacidade?

Entendemos que para investir numa idéia, devemos acreditar nela, assim, para investir nos Conselhos, seria necessário acreditar que eles podem funcionar. Neste sentido, entendemos que se por um lado, a população ainda não assumiu o seu papel, conforme o discurso afirma, o gestor também não concretizou arranjos e dispositivos que possam contribuir para ampliar a capacidade reflexiva dos atores envolvidos na produção de saúde e conseqüentemente para a efetivação de uma gestão compartilhada prevista na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009b), o que para nós é fundamental para a efetivação do princípio da integralidade.

A maneira com que a participação social é apresentada reforça os princípios da lógica do mercado, a qual não tem interesse em investir em ações que contribuam para práticas reflexivas que possam dificultar ou inviabilizar a sua manutenção. Para Bauman (2008), a manutenção da sociedade consumista está atrelada a irracionalidade dos consumidores e a uma economia do engano. Neste sentido, entendemos que a sociedade contemporânea, se por um lado possibilitaram avanços que favoreceram o acesso a informação de forma contínua e instantânea, por outro desestimulou processos reflexivos e críticos da realidade.

A partir desta (ir)racionalidade, segundo Bauman (2008), a sociedade produz mecanismos para absorver discordâncias que ela mesma produz, e assim, busca garantir a sua própria manutenção.

Entendemos que as estratégias utilizadas pelo gestor para fomentar a participação social, tanto podem ser mecanismos para absorver discordâncias e garantir a sua manutenção, quanto podem ser espaços singulares para fomentar o empoderamento da população e produzir mudanças sociais.

Ao propor o entendimento do conceito de empoderamento conforme Schiavo e Moreira (2005) como um

Processo pelo qual um indivíduo, um grupo social ou uma instituição adquire autonomia para realizar, por si, as ações e mudanças necessárias ao seu crescimento e desenvolvimento pessoal e social numa determinada área ou tema. Implica, essencialmente, a obtenção de informações adequadas, um processo de reflexão e tomada de consciência quanto a sua condição atual, uma clara formulação das mudanças desejadas e da condição a ser construída. A estas variáveis, devem somar-se uma mudança de atitude que impulsiona a pessoa, grupo ou instituição para a ação prática, metódica e sistemática, no sentido dos objetivos e metas traçadas, abandonando-se a antiga postura meramente reativa ou receptiva,

Vislumbramos uma possibilidade de empoderamento da população como sujeitos ativos com vistas a gerar mudanças no encaminhamento da saúde regional. Porém, as iniciativas apontadas, a nosso ver, se apresentam muito mais voltadas para a manutenção do sistema vigente do que para gerar mudanças no processo de gestão com vistas à consolidação do SUS.

2ª questão: ‘Tem alguma experiência que você tenha implantado ou implementado e que avalie como uma experiência de sucesso?’

Nesse momento, apresentaremos uma tabela das idéias centrais encontradas para essa questão e os respectivos resultados quantitativos. A seguir, serão apresentadas separadamente as IC acompanhadas dos DSCs correspondentes e posteriormente a análise dos referidos discursos conjuntamente.

Buscamos enfatizar nos DSC apenas a representação do gestor sobre as causas do sucesso.

Tabela 3 – Ideias Centrais da segunda questão

INTEGRALIDADE

2) Tem alguma experiência que você tenha implantado ou implementado e que avalie como uma experiência de sucesso?		
A	implantação e implementação de programas e projetos	8 25,81 %
B	ampliação da oferta de serviços	4 12,90 %
C	prestação de contas	1 3,23 %
D	conseguir o próprio reconhecimento e credibilidade	2 6,45 %
E	ações para estruturação do serviço	4 12,90 %
F	realização de campanhas e outras ações pontuais	6 19,35 %
G	implantação da Estratégia da Saúde da Família	3 9,68 %
H	desenvolvimento de ações com o envolvimento de outras secretarias	1 3,23 %
I	não obteve sucessos	1 3,23 %
J	articulação intermunicipal	1 3,23 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		31

A questão sobre qual(is) a(s) ações(s) que o gestor avalia como experiência(s) de sucesso apresentou 31 respostas as quais foram agregadas em 10 idéias centrais.

Das 31 respostas encontradas, apenas 01 (3,23%) afirma não ter experiências de sucesso em sua gestão e vincula esse fato a falta de apoio político do gestor municipal.

A apresentação dos DSC assumida nessa questão será por ordem decrescente de porcentagem, porém a análise será num texto contínuo.

DSC 1 - Implantação e implementação de programas e projetos

O DSC que aponta a implantação e implementação de programas e projetos foi construído a partir de 25,81% das 31 respostas encontradas (Tabela 3).

Eu vejo da descentralização da imunização como um grande projeto, que a gente avançou bastante nessas questões, até da meta né, de ter alcançando e ultrapassando, principalmente os indicadores de vacinação infantil, da poliomelite, a gente consegue ultrapassar os 100% previstos e isso aí já é um grande avanço né, porque a gente tá trabalhando realmente a prevenção e é uma das grandes conquistas. Mas o programa de Tb e Hanseníase foi o que mais marcou, que foi logo no início, nós não tínhamos nada de Tb e quando nós instalamos o programa, nós conseguimos fechar com números assim maravilhosos né, atingir índices pactuado, então essa foi uma das coisas que mais me marcou, que foi, que parecia uma tarefa impossível. Também tem o projeto Viva Mulher que nós literalmente catamos as crianças e as gestantes. A maior intenção disso o que era? Era diminuir a mortalidade infantil e diminuir o número de nascidos, diminuir o número de habitantes e conseguiu, se você olhar as estatísticas a equipe conseguiu. Nós temos outro projeto aí da gestante, que foi uma forma de fazer com que a gestante se conscientize. Isso foi muito bom porque a

gente percebe que as crianças tem nascido com uma outra saúde né, a gente tá tendo muito menos problema de óbito infantil do que a gente tinha anteriormente. Outro projeto bom que eu tenho aqui é fisioterapia pra hipertensos e diabéticos, esse aí vem funcionando bem, isso ai eu acho legal, eu acho que deu certo. O pessoal tá envolvido com as equipes de saúde da família, com os grupos de idosos e tal, pra fazer exercícios, orientação que é um negócio que hoje se você chegar lá e falar que vai parar, você tem lá 300 idosos que vai, te dar de couro! E tem também o Centro de Promoção de Atividade Física, projeto justamente pra fazer atividades físicas com pessoas acima de 45 anos e tem sido um sucesso, a gente tem tido um envolvimento, você precisa ver como a aceitação e o resultado disso tá sendo muito bom, tanto que tem fila de espera, as pessoas tão gostando! Então eu vejo que um projeto bacana é um projeto de promoção à saúde que a gente acabou espalhando pela cidade, as academias ao ar livre. Ah! nós temos o projeto “Município Sorridente”, no início não tinha 100% de cobertura e através do planejamento, conseguimos alcançar esses 100%.

DSC 2 - Realização de campanhas e outras ações pontuais

O DSC que aponta a realização de campanhas e outras ações pontuais como experiências de sucesso representam 19,35% das respostas encontradas conforme apresenta a Tabela 3.

Uma experiência de sucesso que nós tivemos é a questão da semana da saúde, é coisa assim que dá um impacto de mídia que consegue trazer mídia, a própria mídia interna. Você traz todas as equipes, você consegue movimentar a população do interior. Nesse mesmo sentido, nós fazemos os governos itinerantes que é um serviço que além de tar mostrando o que tem a saúde no município, a saúde também sai dos seus gabinetes, é uma saúde mais dinâmica, não é uma saúde tão feita hospitalar, tão hospitalocêntrica. Tem também a campanhas de câncer de próstata, a semana de prevenção à saúde do homem, essa ficou marcado tá, foi sinceramente um sucesso enorme que no município, aqui, eu jamais imaginava que ia abranger essa demanda que nós tivemos aqui. O maior objetivo nosso era conscientizar e foi atendido prontamente, nós ficamos muito satisfeito com isso aí. Os nossos jornais, as rádios aqui do município destacaram muito o sucesso disso aí, então quer dizer, pra nós, foi muito gratificante em saber que nós tivemos dali uma aceitação enorme. Você nem imagina a quantidade de satisfação, o prefeito então, ele tá pulando de alegria pelo sucesso. Não posso esquecer da vacinação canina. Era impossível, nunca, não tinha na história assim, todo mundo reclamava que não conseguia atingir e nós conseguimos atingir no primeiro ano, a pólio, as outras vacinação toda, a gente sempre supera ou atinge, nunca fica abaixo do pactuado porque eu consigo mobilizar a todo servidor. E outra experiência que nós tivemos, foi feito uma campanha de colocar escovodromos nas escolas, distribuição de pastas, escovas, a própria equipe fez um trabalho de celante. É um trabalho, que a gente sabe que quem colhesse os frutos é 10, 12 anos depois. Outro projeto bacana que a

gente tem é o projeto antidrogas, a gente promove sempre né, de vez em quando, em vários períodos do ano palestras com pessoas vindas de instituições diferentes sobre a questão das drogas, é como se fosse um fórum, porque o povo participa, o povo dá opinião, que pode ser feito e a gente tá tentando reunir isso tudo num relatório pra gente tar montando um projeto municipal de controle e combate às drogas de todos os tipos.

DSC 3 - Ampliação da oferta de serviços

O DSC que aponta a ampliação da oferta de serviços como experiências de sucesso representa 12,90% das 31 respostas chaves encontradas (Tabela 3).

Não tem uma coisa que seja mais, é claro que quando a gente consegue organizar, igual o CTT hoje, bem equipado, um trabalho magnífico, é um trabalho muito bom. Mas, agora orgulho: o laboratório. Nós implantamos o laboratório que tinha uns problemas, que a gente terceirizava, era problemático. Além disso, teve a farmácia, o número de itens de medicamentos, então assim, orgulho mesmo. Uma outra conquista foi o RX 24 horas, porque o nosso município ele tinha uma clínica que funcionava só de 9 às 4 da tarde. Outra experiência é que a gente tinha também, 1 clínico só pra atender tudo na UMI. Aí colocamos 2 clínicos pra atender a população melhor porque chegava ali, era chute na porta, porque que não vai atender e tal e graças a Deus, hoje a gente tem de plantão o anestesista, o pediatra, menos no final de semana, infelizmente. Uma outra também, que faz parte da equipe era enfermeiro, que só tinha 2 enfermeiras pra cobrir todos os plantões, hoje a gente tem enfermeira de plantão 24 horas, foi uma conquista muito boa. Tem outra coisa, reabrimos a maternidade, essa foi uma grande vitória porque hoje só sai do município gestante de risco habitual, se quiser. E ainda tem a questão odontológica, que nós implantamos e logo, aumentamos a cobertura, foi um avanço muito grande também. Na verdade, as coisas fluem bem, é quando o paciente, o usuário, ele foi bem atendido, quando nós conseguimos chegar no que o usuário precisa né, então aí são um leque de coisas, é porque, vamos dizer assim, é o paciente que foi fazer uma consulta especializada em Vitória que deu tudo certo, é o paciente que foi na farmácia básica que tinha a medicação correta, é o paciente que tem o encaminhamento pra uma especialidade e que a AMA conseguiu marcar com agilidade, com carinho, aí a gente se sente bem.

DSC 4 - Ações para estruturação do serviço

O DSC que aponta a ampliação da oferta de serviços como experiências de sucesso representa 12,90% das 31 respostas encontradas (Tabela 3).

Antes não tinha veículo, não tinha equipe completa, as unidades eram muito precários, equipamentos muito precários, então houve um grande investimento em todas as unidades, de compras, de novos materiais, de capacitação dos profissionais, então isso daí que acho que foi a principal

ação pra que atenda todos os nossos outros objetivos, de estruturar a questão de dar condições profissionais pra ele também pra assistir a população né, então acho que a nossa principal marca é até mesmo de estruturação e também a própria satisfação do profissional de trabalhar no município que tem na medida da proporção da nossa realidade, tem condição de fazer um trabalho. Falando no profissional, acho que o maior trabalho de sucesso que nós tivemos lá foi reconhecer a potencialidade de cada gerente e colocá-lo pra trabalhar naquilo que ele era melhor, mesmo que alguns no início relutassem. Sabe, a meta era fazer os funcionários trabalhar porque eles não tinham o costume e demorou mais de 5 meses pra conseguir isso, mas você tendo números, tendo dados, administrar a saúde eu acho mais fácil porque você tem como cobrar, quero isso, exatamente isso. Outro ponto de sucesso foi a informatização né, que eu sempre entendi que o sistema único tem que prever um cadastro único, então nós adquirimos esse programa e ele tá implantado hoje e tá funcionando. A idéia central é centralização total do cidadão, ter uma única ficha. Eu acho que a informação do paciente é necessário para que o profissional de saúde faça uma avaliação que tá acontecendo e aí vem a questão do planejamento, onde você tem que dar com maior incidência, onde havia necessidade de investimento e mais recursos pra ter mais profissionais, de modo que você possa reduzir em algumas áreas com pouco índice de atendimento a um grau razoável.

DSC 5 - Implantação da Estratégia da Saúde da Família

O DSC que aponta a Implantação da Estratégia da Saúde da Família como experiências de sucesso representa 9,68% das 31 respostas chaves encontradas conforme apresenta a Tabela 3.

Pra mim foi a ESF a melhor, o melhor projeto que nós conseguimos implantar, pra gente poder conseguir dar vazão a nossa demanda lá. Pra mim o mais importante na estratégia e que difere é a questão da ação multiprofissional porque aí você consegue dar qualidade ao serviço. Esta foi e é uma experiência assim muito importante. Nós sempre tivemos aqui muito orgulho de falar em estratégia de saúde da família, dos profissionais que estão, porque a gente consegue ter psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista. É quase que o alicerce, ou seja, a nossa base. Tem que estar sempre bem estruturada para que os serviços, para que as pessoas tenha acesso a esse serviço, e que seja o máximo que a gente puder resolver, da resolutividade. Outro fator também foi trabalhar a população pra que elas procurassem mais as unidades de Saúde da Família. Eu acredito que a gente conseguiu colocar, pelo menos a importância das pessoas pensarem em procurar a unidade de saúde antes mesmo de tar adoecendo.

DSC 6 - Conseguir o próprio reconhecimento e a credibilidade

O DSC que aponta que ter conseguido o próprio reconhecimento e credibilidade é uma experiência de sucesso envolveu 6,45% das 31 respostas encontradas (Tabela 3).

O melhor de sucesso dentro da minha administração é o reconhecimento por parte do servidor, isso daí é uma parte que eu consegui um sucesso muito grande, os meus funcionários acreditam no secretário, eu sei que por mim eles fazem muita coisa que eu pedir. Também tem a população e hoje eu acho que ela tem uma credibilidade maior pro setor de saúde, apesar de todas as dificuldades que aconteceram. Eu acho que a população vê o trabalho do pessoal de gestão da saúde, eles vem as pessoas trabalhando, eles acreditam na idoneidade das pessoas que estão trabalhando, isso já é muito bom, já é um avanço muito grande porque o serviço público hoje é muito descrente, a população não acredita no serviço público.

DSC 7 - Prestação de contas

Esse DSC afirma a prestação de contas como uma experiência de sucesso e representou 3,23% das respostas encontradas (Tabela 3).

Uma ação de sucesso é trabalhar com as entidades pra que as entidades pudessem conhecer o trabalho da secretaria. E eu acho que boa também são as audiências públicas que fazemos e prestamos contas para a população e as autoridades, juiz, promotor das ações e dos recursos da saúde, as audiências a gente vê com muito sucesso. É um momento de tar prestando contas de todas as ações, os recursos e a finalidade do recurso, o que tem em conta, o que gastam e que foi comprado pra população, eu acho interessante que o dinheiro público, ele deve ser público e deve prestar além do atendimento para o público, mas deve prestar conta a todos do que recebe.

DSC 8 - Desenvolvimento de ações com o envolvimento de outras secretarias

O DSC aponta para o desenvolvimento de ações com o envolvimento de outras secretarias como uma experiência de sucesso e envolveu 3,23% das 31 respostas encontradas (Tabela 3).

A gente consegue também trabalhar muito com a assistência social, é um momento bastante interessante que a gente tá tendo vários atores diferentes no processo.

DSC 9 - Articulação intermunicipal

O DSC aponta para articulação intermunicipal como uma experiência de sucesso e envolveu 3,23% das 31 respostas encontradas (Tabela 3).

Pra mim uma das mais importantes propostas foi de consórcio público. Mesmo que nós tínhamos CIB micro, a Regional aqui perto, nós só conseguimos ganhar força política com o consórcio. Força de saúde nós já tínhamos, mas só que só o profissional, o gestor falando, não tinha o peso necessário pra conseguir esses avanços. Quando criou o consórcio que começou a comprar, que eu me lembre antes do consórcio, pra fazer uma ultrassom era uma luta, ia em Vitória, esperava não sei quantos meses, então nós fomos buscar uma solução em conjunto. Eu acho que um dos mecanismos pra ganhar força que nós tivemos foi o consórcio porque? Passou de ter uma visão do umbigo de cada município pra se ter uma visão microrregional e buscar solução de forma microrregional e o consórcio seria então só pra assistência e a CIB pra gestão.

DSC 10 - Não obteve sucesso

3,23% das respostas encontradas apontaram para o fato de não terem obtido sucesso em sua gestão (Tabela 3).

É, falar de sucesso, às vezes é difícil quando a gente tem uma administração que às vezes não tem te dado apoio, a gente não tem sucesso, eu não acredito em sucesso.

Entre as respostas apresentadas pelos secretários de saúde, observamos que a mais citada refere-se à implantação e implementação de programas e projetos os quais são apontados prioritariamente como uma estratégia para alcance das metas pactuadas no Pacto pela Vida. Esse propósito também está relacionado à realização de campanhas e ações pontuais, apresentado em outro DSC.

Nesse sentido, o sucesso é visto como o alcance ou a superação de referidas metas. Essa representação reflete a valorização atribuída aos resultados quantitativos o que pode contribuir para direcionar as ações para a produção de serviços sem, contudo voltar-se para a qualidade dos serviços oferecidos.

Outro ponto levantado refere-se ao papel dos instrumentos de planejamento do âmbito federal na gestão municipal. Assim, apesar das críticas relacionadas a forma verticalizada de pactuação, o discurso apresenta os mesmos como norteadores das ações locais. Nesse sentido, entendemos que ao mesmo tempo em que essa ação pode contribuir para manter uma posição passiva do gestor que se exime da responsabilidade de construir políticas que levem em consideração a realidade local, também pode contribuir para orientar o gestor e minimizar problemas decorrentes da rotatividade e/ou da falta de qualificação do mesmo.

Quando o discurso apresenta projetos e programas que não afetam diretamente nos referidos indicadores, o gestor apenas os aponta como um 'projeto legal', 'projeto bacana', 'experiência de sucesso'.

Essa situação é expressa, prioritariamente, associada a projetos voltados para o desenvolvimento de atividades físicas e aponta para a dificuldade do gestor expressar a justificativa para considerar as mesmas como experiências de sucesso. Entendemos que essa valorização pode estar relacionada com a ênfase atribuída na sociedade atual às referidas atividades, voltadas tanto para uma vida saudável quanto para a valorização do corpo, o que segundo Luz (2001) propiciam a construção de novas representações sobre o sentido da saúde vinculando-a a juventude, beleza e estética. Associado a esse contexto, encontramos o estímulo do governo federal aos referidos projetos que tem liberado recursos para a aquisição de equipamentos para implantação de academias ao ar livre (BRASIL, 2011d).

Outra questão a ser levantada, é a forma com que os programas e projetos estão sendo desenvolvidos. A pouca relação entre esses programas e a ESF associada a pouca expressividade quantitativa da IC que apresenta a ESF como uma ação de sucesso (9,68%), aponta para a não apropriação da referida estratégia enquanto o modelo de reorganização da APS.

O segundo discurso mais citado, organizado com 19,35% das respostas refere-se à realização de campanhas e outras ações pontuais e expressa que a realização dessas ações possibilitou a mobilização e conscientização da população e o alcance de metas pactuadas. Ainda afirma que estas iniciativas divulgaram os serviços ofertados pela secretaria de saúde, tiveram impacto positivo na mídia local, contribuíram para a avaliação positiva da população e satisfação do prefeito.

Em relação à mobilização e conscientização da população, apresentada no discurso, levantamos um questionamento sobre o entendimento atribuído a estes termos. Entendemos que para o gestor, mobilizar representa ter a participação da população nos eventos propostos, porém segundo Toro (2012)

A mobilização ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade ou uma sociedade decide e age com um objetivo comum, buscando, quotidianamente, resultados decididos e desejados por todos [...] Para que ela seja útil a uma sociedade ela tem que estar orientada para a construção de um projeto de futuro. Se o seu propósito é passageiro, converte-se em um evento, uma campanha e não em um processo de mobilização. A

mobilização requer uma dedicação contínua e produz resultados quotidianamente.

Já a conscientização, no entendimento do gestor, reflete a adesão desta população as ações propostas. Porém, Paulo Freire (1980) apresenta o conceito de uma forma mais complexa e afirma que conscientização está relacionada com o diálogo e com a prática da liberdade. Refere-se à construção de conhecimento a partir de uma aproximação crítica da realidade. Assim, trata-se de um processo e não de um saber específico.

Ainda, o discurso apresenta a campanha enquanto uma forma de oferecer serviços extra muros, o que no entendimento do gestor representa deixar de ser uma saúde 'hospitalocentrica'. Este ponto também merece cautela, pois acreditamos que não é apenas o espaço físico que determina o sentido das práticas em saúde. Mesmo com uma mudança desse espaço, as práticas podem continuar reproduzindo o modelo médico assistencial.

Compreendemos ser necessária uma reflexão sobre os limites das campanhas e ações pontuais para alcançar os propósitos apresentados. Os demais propósitos da campanha apresentados no discurso, voltados para a repercussão na mídia e avaliações positivas, são produtos passíveis de alcance e refletem as exigências do mercado.

Para tornar-se um produto de valor, o gestor vende uma imagem dos serviços de saúde a partir de eventos de médio e grande porte, com repercussão positiva na mídia e participação de um grande número de pessoas. Referimo-nos à imagem, pois entendemos que o valor atribuído às campanhas refere-se aquilo que ela representa ser e não o que ela realmente é.

As campanhas vendem uma imagem de acesso universal aos serviços de saúde que na rotina dos serviços, nem sempre é garantida de fora universal. Ainda, vendem uma imagem de que a secretaria está cumprindo o seu papel, porém Paim (2003) afirma que as campanhas assumem para si as ações que deveriam ser realizadas no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, as campanhas, de fato, apontam para as deficiências do serviço e não para a efetividade da mesma.

Porém, exatamente pela deficiência na rotina dos serviços de saúde, as campanhas são estratégias para atender os desejos de consumo dos indivíduos que não conseguiram adquirir o referido produto ou ainda, estimulam o consumo de produtos, mesmo que não tenham sido desejados anteriormente, ou realmente não sejam necessários.

Por outro lado, as campanhas se apresentam como uma estratégia para garantir o acesso a alguns serviços de saúde e até de outros direitos do cidadão que no cotidiano, não estão sendo garantidos e assim, contribuem para minimizar as deficiências do sistema. Porém entendemos que elas não podem se tornar o foco prioritário da organização dos serviços, mantendo-se apenas como ações complementares, se necessário.

Para o gestor, que vive em constante tensão entre os interesses da população e os interesses da classe política, os quais coexistem, porém apresentam-se muitas vezes, de forma contraditória, as campanhas se tornam importante estratégia para ganhar a aprovação dos dois segmentos.

Em terceiro lugar encontram-se as ICs da ampliação da oferta de serviços e as ações para estruturação do serviço. Ambas apontam para um sistema de saúde precário, com necessidades de investimentos em todos os níveis. O discurso sobre a 'ampliação da oferta de serviços' refere-se às ações implantadas ou implementadas, seja na atenção primária ou em serviços de maior complexidade tecnológica, porém não apresenta uma preocupação em articular os serviços em rede. Por outro lado, apresenta a limitação para a construção dessa rede a nível microrregional, na medida em que o discurso confirma o vazio assistencial da região.

Já o segundo discurso, refere-se às 'ações para estruturação do serviço' e estão voltadas tanto para os investimentos realizados na estrutura física e em sistemas de informação quanto em relação aos recursos humanos. Segundo a representação do gestor, o sucesso na realização dessas ações é fundamental para alcançar todos os outros objetivos da gestão.

No que se refere aos sucessos alcançados em relação aos profissionais, o discurso apresenta dois aspectos. Por um lado, na representação do gestor o sucesso está

relacionado ao aumento do grau de satisfação do trabalhador, as capacitações oferecidas e a melhoria nas condições de trabalho.

Por outro lado, o discurso expressa o entendimento de que a ação de sucesso foi fazer os funcionários trabalharem, o que traz à tona a representação do servidor público enquanto um trabalhador que não gosta de trabalhar (esta representação é apontada em alguns DSCs em forma de Ancoragem). Aponta como sucesso ter realizado alterações de profissionais para outros setores a partir do perfil de cada um, definido pelo próprio gestor, mesmo sem a concordância do referido trabalhador, para melhorar o desempenho.

Ainda que as percepções dos gestores sobre as ações de sucesso voltadas para os profissionais sejam distintas, apresentam um profissional sem voz, o qual não se faz presente como protagonista das ações de saúde. Para nós, é fundamental entender o trabalhador como protagonista deste processo e corresponsável pelo encaminhamento dos serviços de saúde.

Outra idéia central encontrada nos discursos dos gestores foi a implantação da ESF. O DSC construído com a referida IC expressa que o sucesso atribuído a esta ação está relacionada prioritariamente com a melhoria de acesso da população aos serviços de saúde, ainda que expresse de forma tímida uma preocupação em garantir o maior grau de resolutividade possível.

Este ponto reflete que no entendimento do gestor apenas a ESF não tem condições de garantir resolutividade para todos os casos e/ou que a ESF apresenta limitações. Esse entendimento, a nosso ver, pode tornar-se a oportunidade para uma reflexão crítica da referida estratégia e possibilitar a construção de alternativas tanto para garantir uma articulação entre os diversos níveis de atenção quanto para a superação das limitações existentes. Porém o discurso não apresenta essa reflexão, o que pode representar que se trata apenas de uma afirmativa sem, contudo gerar novas possibilidades.

O discurso ainda expressa que a qualidade dos serviços oferecidos é garantida a partir da inclusão de outras profissões no atendimento que segundo a representação do gestor, garante a ação multiprofissional. Neste aspecto, não fica claro o entendimento do gestor em relação à equipe multiprofissional. Porém, entendemos

que não basta incluir novos profissionais no contexto da saúde, é necessário legitimar socialmente a sua inserção, possibilitar a interação dos diversos saberes e reorganizar o processo de trabalho. É possível inserir novos profissionais e manter cada um centrado numa parcela do cuidado, sem nem perceber que assim contribuem para a fragmentação desse cuidado (LOPES; HENRIQUUES; PINHEIRO, 2007). Ou então criar processos de trabalho e práticas que rompam com a fragmentação e a especialização do saber e do fazer e possibilitem a interação dos diversos saberes na busca de um objetivo comum.

Porto e Almeida (2002) e Minayo et al (2003) afirmam que a prática interdisciplinar ainda é um desafio e, a partir da forma que a questão é expressa no DSC, nos parece que apesar de ter diversos profissionais envolvidos no atendimento, ainda prevalece o trabalho conforme apresentado acima por Lopes, Henriques, Pinheiro (2007).

Outra ideia central afirma que uma ação de sucesso é 'conseguir o reconhecimento e credibilidade do gestor' e o discurso destaca o reconhecimento do gestor e o reconhecimento da equipe. A referida ação é considerada de sucesso por dois fatores. O primeiro aponta para a preocupação em garantir o apoio dos servidores e já o segundo, o sucesso refere-se à contribuição desse reconhecimento para mudar a visão da população em relação ao serviço público.

Em relação a esse último ponto apresentado, o gestor aponta para a obtenção de credibilidade da população em relação aos serviços públicos, a partir de uma atitude idônea.

Consideramos que tanto o apoio dos servidores quanto a credibilidade da população em relação aos serviços públicos são pontos importantes para o funcionamento dos serviços de saúde. Porém acreditamos que existe um fator intrínseco, ainda que não verbalizado, referente a essa IC e que está relacionado aos valores da sociedade contemporânea. Trata-se da necessidade pessoal do indivíduo em ser reconhecido e valorizado e assim manter-se como um produto de valor no mercado e garantir a sua permanência no cargo ou, em caso dos gestores da administração anterior, com possibilidade de retorno.

Quanto à falta de credibilidade da população em relação ao serviço público, este será aprofundado posteriormente, pois se trata de uma Ancoragem.

Os discursos sobre 'desenvolvimento de ações com o envolvimento de outras secretarias' e 'articulação intermunicipal' ainda que representem 3,23% das respostas respectivamente, elas foram referenciadas e assim, fazem parte das representações sociais dos gestores da micro São Mateus e para nós, estas são ações fundamentais para a construção de práticas pautadas no princípio da integralidade.

O primeiro discurso, apenas faz referência a ações desenvolvidas com o envolvimento de outra secretaria, sem apresentar resultados ou expressar o sentido atribuído a esta ação enquanto experiência de sucesso. Já o segundo discurso aponta para a criação do Consórcio intermunicipal e afirma que a considera de sucesso, pois essa iniciativa contribui para ampliar o acesso da população a serviços de média e alta complexidade.

O Consórcio é apresentado como uma iniciativa dos municípios da microrregião para resolver um problema específico voltado para a garantia de serviços assistenciais. Assim, a partir de uma demanda regional, os municípios se articularam e fortaleceram as suas relações.

Esta demanda reflete as conseqüências de uma saúde organizada a partir do modelo assistencial privatista que, desde a década de 70, estimulou a concentração de serviços de alta densidade tecnológica nos grandes centros (MENDES, 1995).

Por outro lado, o processo de descentralização da saúde, exigiu alternativas para redesenhar a oferta dos referidos serviços nos Estados. Ainda, o processo de municipalização, também exigiu que os municípios buscassem alternativas para assumir as responsabilidades inerentes a esse processo.

No entanto, a realidade de grande parte dos municípios é que não apresentam recursos humanos e materiais suficientes para aproximar os serviços de saúde de maior complexidade tecnológica à população.

Diante dessa realidade, os Consórcios emergem como alternativa para melhorar a distribuição dos referidos serviços nos Estados e conseqüentemente facilitar o

acesso da população e reduzir os custos a partir de uma economia de escala e escopo.

A realidade da microrregião reflete essa situação a qual provoca a articulação intermunicipal com vistas a construção do Consórcio regional, o qual na representação do gestor, se apresenta com maior importância do que o CGR.

Esse entendimento nos leva a duas reflexões. Primeiro, fortalece a idéia de que as propostas verticalizadas, ainda que assumidas no âmbito municipal, não tem a mesma repercussão do que iniciativas construídas a partir da própria necessidade. Ainda, quando há a participação efetiva dos atores na construção de estratégias, o sentido de pertencimento e de coresponsabilidade é maior do que naquela em que o envolvimento é imposto ou direcionado.

O segundo ponto refere-se às motivações que levam a articulação intermunicipal. O consórcio é apresentado como a solução para um problema incomum, porém não exige negociação, isto é, todos ganham e utilizam os serviços prestados de forma individualizada.

Desta forma, entendemos que o Consórcio é uma estratégia que contribui tanto para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS quanto aos interesses do setor privado, ainda que sob justificativas diferenciadas. Porém, algumas críticas são apresentadas em relação ao funcionamento dos Consórcios e que a nosso ver, interferem na garantia de uma atenção integral. Keinert, Rosa e Meneguzzo, (2006), apontam para o fato de que os Consórcios se apresentam como prestadores de serviços os quais são planejados a partir da demanda espontânea e não a partir das necessidades epidemiológicas e ainda, apresentam a ênfase dada aos procedimentos ambulatoriais em detrimento de uma atenção integral à saúde.

Outra IC apresentada foi a 'prestação de contas' enquanto uma ação de sucesso. O discurso reforça a responsabilização do gestor em relação ao seu período de gestão, com ênfase na prestação de contas financeira. Porém, o discurso apresenta uma forma verticalizada de repasse de informação, sem expressar uma relação de troca. O gestor se apresenta como o detentor da informação e a população assume o papel de receptora passiva das informações.

O discurso aponta a prestação de contas como uma estratégia importante para garantir a transparência da gestão, porém não a relaciona com a participação e o controle social, apontando assim, apenas para o repasse de informações.

3ª questão: ‘Tem alguma experiência que você tenha implantado ou implementado e que avalie como uma experiência que não deu certo?’

Na questão sobre a(s) ações(s) que o gestor avalia como experiência(s) que não deu (ram) certo, foram encontradas 25 respostas, as quais foram agregadas em 8 idéias centrais com os respectivos DSCs. Os termos mais utilizados para apontar as experiências que não deram certo foram insucessos, frustrações e fracassos.

Dos 8 DSC, 1 apresenta a IC de que o gestor não teve experiências que não tenham dado certo em sua gestão e foi composto por 12% do total das respostas presentes. Já dos outros 7 DSC, a IC mais expressiva foi a “organização e efetivação da ESF” como uma experiência de insucesso.

A seguir apresentamos os dados quantitativos, os DSCs e posteriormente a análise dos mesmos de forma conjunta.

Tabela 4 – Ideias Centrais da terceira questão

INTEGRALIDADE		
3) Tem alguma experiência que você tenha implantado ou implementado e que avalie como uma experiência que não deu certo?		
A	implantação e implementação de serviços e unidades de saúde	5 20,00 %
B	mudança de postura do usuário em relação aos serviços de saúde	1 4,00 %
C	implantação de mecanismos tecnológicos para melhorar o controle	4 16,00 %
D	realização de campanhas	2 8,00 %
F	não houve insucesso	3 12,00 %
G	organização e efetivação da ESF	6 24,00 %
I	articulações interfederativa, intersetorial e parcerias	3 12,00 %
J	envolvimento do gestor municipal	1 4,00 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		25

DSC 1 - Organização e efetivação da ESF

O discurso que aponta a organização e a efetivação da ESF como uma experiência que não deu certo representa 24% do total de respostas encontradas (Tabela 4).

Eu fico frustrado com a Estratégia de Saúde da Família como é feito no estado. É um projeto bom, é um projeto que pra mim ele é lindo no papel, só que pra mim ele não atende a essência. Por quê? Hoje nós temos no PSF pediatra, ortopedista, clínico cirurgião, obstetra, quando na verdade nós tínhamos ter um médico generalista, aquele médico que vai pegar criança ao idoso, ele vai atender de forma que ele pode entender o paciente como um todo. As pessoas continuam rodando, quando que aquele profissional ali, ele poderia ser capacitado, não tô falando que é culpa do médico, a culpa é do sistema. Eles não estão capacitados pra atender saúde da família. É claro que não posso negar que o PSF avançou, mas ele não avançou tanto que a gente esperava né, então assim, a gente percebe que no meio do caminho, por falta mesmo de profissionais, toda uma negociação que a gente tem que fazer, a gente não consegue ter o atendimento como deveriam fazer. E ainda tem essa questão dos vínculos empregatícios, isso é muito ruim, muito ruim. Eu acho que é uma das grandes coisas que me marcam muito foram isso dessas questões dos vínculos porque você investe nos profissionais, na formação e capacitação, quando o serviço tá começando engrenar e volta tudo porque tem que demitir, porque encerra contrato. Sabe, a gente não tem pernas pra fazer, a própria contratação, tudo aquilo não é problema só pra lá, eu sei que é problema nacional, a gente não tem como suprir tudo isso, oferecer salários melhores pra fixar esse profissional lá no interior, não tem como. Também tem uma coisa que eu tentei, mas não consegui seria ver se nós tivéssemos todos os médicos da saúde da família fossem médicos do hospital, plantonistas. Porque aí pelo menos você teria as duas realidades pensadas pelos mesmos profissionais na assistência, por quê? Primeiro, ele tá vivenciando a comunidade. Aqueles casos que é dali, da vivência que dá pra resolver ambulatorialmente, aqueles casos que é de hospital, ele mesmo já reportaria, já receberia esse paciente no hospital.

Fora isso, tem umas coisas que administrativamente são fáceis, mas não dá pra fazer, por exemplo, em alguns casos nós verificamos que a quantidade de um agente tava muito maior do que o outro então, administrativamente eu olhei e falei esse aqui tem que diminuir 20%, seria essa hipótese técnica né, mas o que a gente descobriu depois é que havia talvez um grau de facilidade naquele área de atendimento daquele agente, ou seja, uma dificuldade e o que era pra mim uma coisa técnica real dentro da administração eu verifiquei depois que eu tive que voltar atrás, não foi possível fazer.

DSC 2 - Implantação e ampliação de serviços e unidades de saúde

O discurso que aponta a 'implantação e implementação dos serviços e unidades de saúde' como uma experiência que não deu certo representa 20% do total de respostas encontradas conforme Tabela 4.

Pois é ainda não deu certo, é a ampliação da UMI, porque ali hoje tem dia que não tem consultório pra médico, não tem consultório pra todo mundo, a população às vezes fica frustrado. Tem outra coisa, o povo daqui sofre

muito com o atendimento em outro município e nós tentamos abertura do PA 24 horas, mas devido à condição financeira, ou por falta de um investimento maior, de um comprometimento maior do gestor municipal então nós não conseguimos. Também tem uma coisa que eu planejei, não, ainda não tenho ela como não conseguida, é a clínica municipal de fisioterapia. Isso na minha cabeça é um grande projeto pra cidade, e a clínica de especialidades odontológicas, o CEO, eu não consegui avançar no projeto físico. E tem outro negócio ruim que envolve a questão da saúde mental, um projeto que não tá dando certo, nós tamos há 4, 5 anos aqui tentando implantar algum serviço na questão de tratamento de dependentes químicos. Se conseguiu um recurso, construiu um centro de recuperação, mas nós não estamos conseguindo colocar aquele serviço pra funcionar como ele deveria na assistência. Fizemos via associação, aí teve interferência política, teve briga, disputa, entendeu, desentendimento, teve que ser fechado. Hoje tá vinculado a saúde, mas nós não conseguimos colocar plenamente pra funcionar porque quem assumiu, pessoal ligado a igreja, aí eles trabalham só o lado espiritual, não trabalham o lado técnico. É uma experiência assim muito, muito ruim, tá sendo ruim, é bem complicado! Ah! uma coisa assim que eu acho que não é bom aqui que deveria tar funcionando aqui redondinho, eu nem tentei implantar 100% por conta de estrutura física, mas é saúde bucal. Se tem hoje uma falha muito grande é saúde bucal aqui. Seria uma ação a mais pra população, a gente acredita que a gente ia descobrir muitos problemas nessa área.

DSC 3 - Implantação de mecanismos tecnológicos para melhorar o controle

O discurso que aponta a 'Implantação de mecanismos tecnológicos para melhorar o controle' como uma experiência que não deu certo representa 16% do total d respostas encontradas (Tabela 4).

Tem uma situação aí que eu coloquei na cabeça que eu quero fazer, mas esbarro em muitas situações, que vai de licitação, de financeiro, que vai de equipe, que vai de tudo, que é a informatização do sistema de saúde, um sonho que a gente tem. O prefeito tem e eu mesmo quando entrei, eu sou fascinado que você tem que informatizar pra você ter controle, pra você fazer tudo, então meu sonho é isso aí, informatizar o sistema de saúde do município, quer dizer, interligar todas as unidades. Então o que eu penso é o seguinte, se a gente informatizar, a gente vai ter um custo elevado agora, mas depois nos anos subsequentes, evidente que esse custo vai se tornar pra gente uma economia. Eu vejo que se a gente não ter a questão bem informatizada, a gente não consegue tar monitorando esses dados, então acho que falta a gente ter um projeto pra informatizar toda a saúde, desde a ESF com prontuário eletrônico, laboratório, farmácia, e isso daí a gente ainda não conseguiu. Enfim, o que tá me frustrando um pouco é a questão do sistema de informação, ele já está pensado, escrito e só falta licitação que tá em processo então, isso me angustia porque pelo nosso planejamento já era pra tar funcionando desde o início do ano, isso é uma coisa importante pra saúde, tar com a rede funcionando, quer dizer, sistemas né. E aí melhora a informação, melhora o faturamento, melhora tudo. Ah! E tem outra coisa, nós tentamos começar a fazer compra por

pregão, pra otimizar a questão das compras e nós não conseguimos. O pessoal acha que é uma coisa muito avançada, que não compensa. É uma coisa que nós nunca conseguimos caminhar, mas é uma coisa assim, que é frustrada porque eu acho que além de você trazer uma lisura ao processo, você consegue uma economia muito grande.

DSC 4 - Articulação interfederativa, intersetorial e parcerias

O discurso que aponta a 'articulação intergovernamental, intersetorial e parcerias' como uma experiência que não deu certo representa 12% do total de respostas encontradas (Tabela 4).

Essas questões também das responsabilidades de cada esfera né, porque às vezes você faz conta, achando que vai vir o recurso e o recurso não chega e aí você ser cobrado de fazer e você não ter estabelecido a competência dos outros assim, então isso também é muito difícil. Aí quando a gente vai pras reuniões eu falo bem assim: -não adianta brigar porque eu sou município, as outras esferas são as esferas maiores. Na hora de fazer mesmo e de vir o recurso, não vem e aí você faz o que? Você vai só lidando com o seu recurso o tempo todo? O seu também é finito. Eu sempre falo, o SUS é pra todos, mas o recurso é finito entendeu, então como você faz isso né, que princípio disso de você garantir que o acesso, a integralidade das ações pererê, pererê se o recurso tem fim, se os outros, a contrapartida também não existe? Então é muito difícil. Mas tem questões dentro do município mesmo, os maiores insucessos que a gente tem, primeiro que as coisas não funcionam no tempo que a gente gostaria que funcionasse, né. A máquina pública ela tem alguns entraves e o próprio processo burocrático, mas nós poderíamos fazer mais coisas em menos tempo se houvesse uma relação assim, mais dinâmica entre os todos os setores da prefeitura, tá caminhando pra melhorar mas ainda vai demorar um pouco ainda. Ah! Outra frustração foi não ter conseguido uma contrapartida de uma empresa do sul da Bahia e nós tentamos porque as famílias que vieram pra trabalhar, que ficaram sem emprego aqui.

DSC 5 - Não houve insucesso

O discurso que afirma não ter tido experiências que não tenham dado certo representa 12% do total de respostas encontradas (Tabela 4).

Que eu tentei e não consegui? Deixa eu dar uma olhada aqui, que eu tentei implantar que eu não consegui? Não me lembro de nada agora. Me deu um branco. Eu não, assim, não tenho algum projeto, ainda, fracassado, ainda não, ainda não. Dificuldade a gente sempre tem que todo dia fala assim, na saúde todo dia tem um problema, mas assim, um projeto em si que a gente não conseguiu eu não me recordo.

DSC 6 - Realização de campanhas

O discurso que aponta a realização de campanhas como uma experiência que não deu certo representa 8% do total das respostas encontradas na Tabela 4.

Não é assim que não deu certo, a gente acaba tendo que adaptar pra realidade. Muita coisa a gente faz através das nossas opiniões, de técnicos, até ouvindo muito o Conselho de Saúde, mas quando a gente vai colocar em prática não dá certo com a população porque a população tem uma outra cultura. Mesmo que o Conselho esteja sempre opinando, parece que o Conselho não reproduz o que é vontade do povo. Por exemplo, nós fizemos a semana do bebê esse ano, a semana do bebê foi maravilhosa em uma localidade, aqui no centro as mães não apareceram pra participar, então a gente viu que não dá certo isso aqui, a gente pode tentar isso nos distritos menores, mas no centro o povo não participa. Mas eu acho porque também elas tavam participando muito das orientações nos PSFs por causa do projeto da “Mamãe consciente”, elas acharam que era desnecessário ouvir outra vez, talvez seja por isso, não sei. Me lembro de outra situação, meu sonho é realizar uma campanha contra febre reumática. Eu sinto por não ter feito esse trabalho que é pessoal, é um trabalho que eu teria um orgulho pessoal de ter fazendo.

DSC 7 - Mudança de postura do usuário em relação aos serviços de saúde

O discurso que aponta a ‘mudança de postura do usuário em relação aos serviços de saúde’ como uma experiência que não deu certo representa 4% do total das respostas encontradas (Tabela 4).

Uma coisa que eu vejo, isso já não é mais insucesso é uma frustração é que o próprio usuário como ele foi educado durante décadas a uma saúde meramente assistencialista, hoje pra se implantar uma saúde preventiva, uma saúde de programas, não se tem a integração e o reconhecimento comunitário na dinâmica que nós gostaríamos, há até uma resistência. Eu ousou dizer que o usuário atual, em sua grande maioria, eles tem em mente que o mais importante da saúde é ter o médico, a consulta e o exame e o medicamento. Essa situação de resistência do usuário em se adaptar ao modelo necessário previsto pela reforma sanitária, de integração e prevenção às vezes me deixa muito frustrado e ai eu tenho que lembrar que ele não tem que entender qual é o projeto que nós temos, mas nós somos obrigados a entender a posição dele né, porque nós que estamos que conduzindo o processo de reestruturação e não eles.

DSC 8 - Envolvimento do gestor municipal

O discurso que aponta o ‘envolvimento do gestor municipal’ como uma experiência que não deu certo representa 4% do total das respostas encontradas conforme a Tabela 4.

Nós precisamos é isso, é colocar, é pedir aos gestores que respeitem a população, o gestor tem que ir a casa desses e saber as necessidades que existem naquele local, não é só o secretário de saúde ir lá fazer saúde, levar médico e ambulância, eles precisam de mais, eles precisam de respeito, precisam de água tratada, de saneamento básico. A população passa a respeitar mais o serviço público, população precisa entender isso, mas ela só vai fazer isso quando o gestor público, o serviço público ir à comunidade, ver o que ela está precisando, resolver os problemas existentes naquele local, então se nós não fizermos isso nós não vamos ter contrapartida também da população apoiando a gestão.

Segundo o DSC1, apesar do gestor considerar a ESF uma proposta boa, afirma que a mesma não funciona na prática. A causa desse insucesso é atribuída a fatores relacionados à precarização dos vínculos de trabalho, a falta de capacitação dos profissionais e a organização do atendimento a partir da atuação de especialista.

Diante desses insucessos, o discurso aponta para uma posição de conformismo e passividade do gestor o qual delega a responsabilidade por essa situação ao sistema ou ao próprio profissional. Assim, apresenta poucas iniciativas para mudar essa realidade ou apresentam iniciativas pontuais, também consideradas de insucesso.

Entendemos que a precarização dos vínculos de trabalho é um reflexo das novas relações de trabalho apresentadas pela sociedade contemporânea, caracterizadas pela restrição aos direitos trabalhistas e desregulamentação das mesmas. Porém acreditamos que a forma de organização do trabalho pode interferir na atuação do profissional e nesse sentido, a PNH (BRASIL, 2009b) pode contribuir para a reorganização dos processos de trabalho de forma a contribuir tanto com a produção de saúde quanto com a produção de sujeitos.

Neste sentido, acreditamos que o gestor, tem potência para encaminhar tal política e contribuir com uma mudança na forma de se fazer saúde, a partir de ações que valorizem a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade do trabalhador.

Porém, no discurso o gestor não se percebe como corresponsável dos 'insucessos' desse processo, com potência para propor mudanças macro estruturais ou contribuir para mudanças do processo de trabalho.

A 'implantação e implementação de serviços e unidades de saúde' é a 2ª IC mais expressiva em relação às ações consideradas como experiências que não tenham

dado certo pelos gestores. Esse discurso expressa a implantação e ampliação do atendimento de pronto atendimento, centros para atendimento odontológico especializado e fisioterápico como propostas que não foram alcançadas. As causas apresentadas para o não alcance desses propósitos são a escassez de recursos financeiros, a falta de vontade política do gestor municipal, entraves burocráticos e a falta de espaços físicos adequados para implantação de determinados serviços.

Se agregarmos as duas IC mais representativas no discurso dos gestores, isto é, a efetivação da ESF e a implantação e implementação de serviços, o que representam conjuntamente 44% das respostas, confirmamos que há insucessos relacionados com a APS e com a atenção secundária. Em relação às causas, verificamos uma semelhança nos DSCs na medida em que em ambos, as causas são consideradas externas a ação do gestor, no entanto em relação a postura do mesmo diante do insucesso, observamos diferenças. No 1º discurso, referente à ESF, o gestor se apresenta sem expectativas de mudança e já no outro DSC, o gestor expressa as experiências não realizadas, em sua maioria, como uma situação temporária e com expectativas de serem alcançadas.

O discurso ainda expressa que há diversas formas de funcionamento da ESF que estão relacionadas aos diversos mecanismos de contratação e as negociações que os gestores fazem com os profissionais para garantir profissionais para compor as equipes de saúde da família. Essa situação, segundo o entendimento dos gestores, faz com que a ESF não funcione como deveria funcionar.

Entendemos que essa realidade assume relevância a partir da década de 90, com a reforma estrutural do Estado que possibilitou a flexibilização nas formas de contratação. O SUS não ficou alheio a esta situação e também assumiu diversas modalidades de contratação possibilitando a precarização das relações de trabalho (BRASIL, 2006e).

Outra reflexão é a forma que o gestor percebe o seu papel. O discurso aponta para um papel voltado para a execução das políticas de saúde e não para a construção e encaminhamento dessas políticas.

Esse ponto é reforçado no DSC 4 referente às articulações interfederativas, intersetoriais e parcerias com empresas privadas, o qual expressa a forma

hierarquizada que o gestor percebe a sua relação com os outros entes federados e a sua fragilidade para produzir mudanças, já apresentado em DSCs anteriores.

O DSC acima citado apresenta o entendimento do gestor quanto a sua relação com as demais esferas governamentais e revela uma relação hierarquicamente inferior dos municípios sem nenhuma possibilidade de mudança. Aponta também a lacuna existente entre o arcabouço teórico do SUS e a capacidade de sua efetivação. No entendimento do gestor, a limitação financeira associado à deficiência no cumprimento dos pactos interfederativos impedem a consolidação do SUS.

O discurso expressa a desresponsabilização das instituições privadas e a impotência diante da situação o que aumenta a sobrecarga de responsabilidades do município que é apresentado como aquele que assume a responsabilidade na execução dos serviços de forma solitária. Porém, como as suas condições são limitadas, o gestor afirma ser inviável dar respostas a todos os problemas de saúde existentes.

O discurso também expressa a necessidade de se garantir uma articulação entre os diversos setores da secretaria para fazer o serviço público funcionar. Na representação do gestor, a relevância atribuída à articulação entre os diversos atores envolvidos na saúde está prioritariamente voltada para a agilização de processos burocráticos.

Além da preocupação apresentada pelo gestor em relação a não conseguir garantir o acesso a serviços de maior complexidade e não conseguir otimizar a máquina pública, o gestor aponta para a necessidade de se ter mecanismos para controle e redução de gastos. Nesse sentido, emerge o próximo DSC (DSC 3) que afirma como insucesso a 'implantação de mecanismos tecnológicos para melhorar o controle'.

Este discurso traz a tona o entendimento do gestor em relação ao sistema de informatização da saúde. O controle administrativo financeiro se sobrepõe a contribuição que esse sistema pode oferecer para uma atuação voltada para a atenção integral.

Outra IC apontada refere-se a campanhas realizadas que segundo o gestor, não tiveram sucesso (DSC 6). Levanta duas situações que causam insucesso, a primeira

refere-se a realização de uma ação a qual não alcançou o resultado esperado e a segunda relaciona o insucesso ao fato de não ter nem conseguido realizá-la.

Vários fatores podem levar a não efetivação de uma proposta, porém entendemos que uma das possibilidades é a dificuldade ou a falta de motivação para a realização de eventos que não estejam presentes na agenda federal ou estadual. Ainda que dados apontem para a necessidade de se desenvolver determinadas ações e que haja um desejo do gestor em realizá-las, a proposta não é concretizada. Esse ponto vem reforçar o papel do governo federal e o poder que ele exerce na esfera municipal.

Outro aspecto que o discurso aponta está relacionado com a idealização de projetos e a proposta de sua implantação de forma generalizada no município, sem respeitar as especificidades locais. Essa prática, para nós, reproduz os encaminhamentos dados pelas outras entes federados, isto é, assim como a esfera federal e estadual repassam propostas para o âmbito municipal, sem levar em consideração as especificidades regionais e municipais, os municípios também constroem estratégias de intervenção sem levar em consideração as especificidades locais.

Ainda, assim como as instâncias formais de negociação tripartite apresentam dificuldades no processo de comunicação e articulação que limitam a participação efetiva dos gestores municipais (FEUERWERKER, 2005), os Conselhos Municipais de Saúde, também, segundo o entendimento do gestor, não reproduzem as expectativas e necessidades da população e conseqüentemente não garantem a respectiva representatividade.

Esses pontos nos levam a reflexão tanto sobre a efetividade de uma democracia representativa e a necessidade de agregar outras estratégias para garantir a participação social na condução das políticas e serviços de saúde, quanto à efetividade dos Conselhos, atrelado à autonomia e ao empoderamento dos conselheiros.

Outra discussão que o DSC instiga refere-se à necessidade de realização de campanhas. Neste sentido, a experiência apresentada afirma que uma mesma ação alcança resultados positivos em localidades onde a população não tem acesso aos serviços oferecidos no cotidiano, e não tem sucesso em locais com cobertura da

ESF. Esta experiência vem ao encontro da ideia de que as campanhas servem para cobrir falhas do sistema (PAIM, 2003). Porém, a valorização atribuída às campanhas, já apontada em DSCs anteriores, muitas vezes pode contribuir para o gestor se decidir pela referida ação, ainda que ela não seja necessária.

Consideramos que esse discurso, apesar da pouca expressão quantitativa (8% das respostas apresentadas), representa concomitantemente um desafio e um avanço para a saúde. O desafio está relacionado exatamente ao valor atribuído às campanhas no sentido de transformá-las de estratégias valorizadas em ações complementares, na medida em que os dados apontam para o fato das campanhas em grande parte serem consideradas pelo gestor enquanto ações de sucessos (com verificado na questão 2), e poucas serem avaliadas como insucessos. Para nós, essa situação pode contribuir para a manutenção de políticas de saúde pautadas em ações pontuais e descompromissadas com a sua continuidade.

Já o avanço para nós, está relacionado com o fato do gestor se questionar sobre a necessidade da realização dessas campanhas, a falta de participação da população no planejamento das ações, a necessidade de se criar estratégias de intervenção levando em consideração a realidade local. Acreditamos que somente a partir dessa reflexão crítica, o gestor pode propor mudanças na forma de fazer saúde.

Outro discurso (DSC 7) refere-se ao fato do gestor não ter conseguido uma 'mudança de postura do usuário em relação aos serviços de saúde' e apesar de ter pouca representatividade quantitativa, tem a sua relevância e possibilita reflexões importantes. O gestor aponta para a necessidade da população mudar a forma de perceber os serviços de saúde a qual ainda se apresenta na perspectiva do modelo médico assistencial.

Já em relação à forma que a população é percebida pelo gestor nesse contexto, o discurso aponta para uma população receptora de serviços de saúde que deve ficar a mercê das decisões e encaminhamentos dos gestores públicos. Ainda, aponta para a representação de que o gestor detém o saber que lhe confere a capacidade de definir o que é melhor para a população e conseqüentemente definiu que é necessária a mudança do modelo assistencial. Assim, o gestor é aquele que define

e determina, e a população é aquela que deve obedecer. A não obediência é o motivo da frustração do gestor.

Para nós, é inviável uma mudança de modelo médico assistencial de uma forma unilateral e verticalizada, sem o entendimento de que a população é sujeito desse processo e não só definir o que é melhor para si como também participar ativamente da gestão.

Outro discurso (DSC 8) refere-se ao fato do gestor não ter conseguido o 'envolvimento do gestor municipal'. Esse discurso reflete a representação do secretário de saúde em relação ao gestor municipal, isto é, ao político, ou melhor, a representação sobre o bom político. No discurso emerge a representação de que o bom político é aquele que está próximo da população, presente e participativo nas comunidades e que está preocupado com os problemas sociais. Esse comportamento, no entendimento do gestor, significaria que o gestor municipal respeita a população e a partir desse respeito, garante o respeito da população.

Entendemos que essas representações, levantam a reflexão sobre o entendimento sobre cidadania. Dallari (1998) apresenta a cidadania como um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida do governo, seja a nível local ou nacional, resgata a perspectiva de coletivo e propõe que essa participação seja do conjunto de cidadãos.

Dessa forma, para nós, a aproximação do gestor à população, não significa necessariamente que a população esteja sendo respeitada. É necessário que os seus direitos sejam garantidos e a cidadania seja exercitada, se não corremos o risco de manter uma relação assistencialista e verticalizada.

4ª questão: 'Você acha que essas experiências têm alguma coisa a ver com o princípio da integralidade?'

Na 4ª questão buscamos levantar as representações sociais do gestor sobre o princípio da integralidade a partir das próprias práticas. Observamos que em alguns momentos as falas são direcionadas para as práticas e em outros, apresentavam um discurso teórico. Independente da forma que foi expressa, o nosso interesse voltou-se para captar o entendimento dos gestores sobre o princípio da integralidade.

A partir das ECHs encontradas nas entrevistas, definimos 12 ideias centrais, porém 1 afirma que o gestor desconhece se existe relação ou não sabe a relação entre o princípio da integralidade e as experiências apontadas.

Apresentaremos uma Tabela com as ICs encontradas para essa questão, os respectivos resultados quantitativos e algumas considerações consideradas pertinentes para o entendimento da análise. A seguir, apresentaremos um quadro com a especificação dos DSCs construídos para cada IC e por fim a análise dos referidos discursos.

Tabela 5 – Ideias Centrais da quarta questão

INTEGRALIDADE		
4) Você acha que essas experiências têm alguma coisa a ver com o princípio da integralidade		
A	Compreender o indivíduo como um todo	5 10,87 %
B	Universalidade e garantia de acesso aos serviços de saúde	8 17,39 %
C	integração com outras secretarias	7 15,22 %
D	Participação da população como prática voltada para a integralidade	5 10,87 %
E	Escuta e construção de vínculos como práticas voltadas para a integralidade	4 8,70 %
F	Integração intermunicipal e interfederativa	7 15,22 %
G	Integração intra secretaria e trabalho em equipe	3 6,52 %
H	não sei	2 4,35 %
I	centralização de serviços	1 2,17 %
K	Integração entre as antigas e as novas gestões	1 2,17 %
L	relacionado com a saúde do trabalhador	1 2,17 %
N	Relacionado ao acesso a todas as informações sobre os usuários	2 4,35 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		46

Nos DSCs construídos a partir das 11 ICs, com exceção da que afirma desconhecer, verificamos que o entendimento dos gestores em relação à integralidade se apresenta predominantemente associado ao termo 'integração'. Nesse sentido, encontramos no dicionário o conceito de integral como sinônimo de total, inteiro, global (FERREIRA, 1988) e como há muitas coisas fragmentadas na área da saúde, há muitas coisas para se integrar, para tornar inteiro (TEIXEIRA, 2007).

Porém os gestores expressam variações no que se refere à 'o que integrar' e apontam para a integração entre as diversas secretarias municipais, integração intermunicipal e interfederativa, integração entre setores e trabalhadores, integração entre as antigas e as novas gestões, integração das informações, integração entre os profissionais e usuários; integração entre os serviços e a população. Esse

entendimento da integralidade como sinônimo de integração aponta para o conhecimento do senso comum e, portanto, deve ser valorizado.

A nosso ver, essas 'diversas integrações' estão associadas a alguns dos sentidos apontados na literatura para a integralidade (FURTADO; TANAKA, 1998; MATTOS, 2001; CECÍLIO, 2001; GIOVANELLA et al, 2002; CARVALHO, 2006; AYRES (2006 apud AYRES, 2009); PAIM; SILVA, 2010; BRASIL, 2011c). Ainda que os autores e os gestores expressem esse sentido de formas diferenciadas, o ponto em comum está centrado na construção de arranjos sociais e institucionais que propiciem responder às necessidades dos usuários.

Concomitantemente, esses arranjos estão relacionados com as representações sociais do gestor em relação às ações que eles desenvolvem, apresentadas na 1ª questão. Assim, podemos entender num primeiro momento, que os gestores encaminham as suas práticas com vistas à efetivação do princípio da integralidade. Porém, podemos ir além dos enunciados e levantar no discurso qual o entendimento dos gestores em relação a essas 'integrações' e assim compreender melhor qual o sentido atribuído ao princípio da integralidade.

Por entender que essas diversas integrações representam distintos sentidos da integralidade, ainda que todos estejam interligados, fizemos a opção de agregar as ICs em 3 grupos de sentidos, os quais estão inter-relacionados e são indissociáveis: a) integralidade relacionada às práticas e à organização dos serviços; b) integralidade relacionada à forma de perceber os indivíduos e ao cuidado; c) integralidade relacionada ao envolvimento do trabalhador e usuário na produção de saúde. Cabe ainda esclarecer que apesar de termos agregado distintas representações em grupos maiores, todas foram respeitadas e apresentadas individualmente, exatamente para poder deixar claro e valorizar todas as representações apontadas pelos gestores. Apenas a análise será realizada por grupos acima apontados.

Ainda é importante esclarecer que em alguns casos, os gestores fazem referência a integralidade como sinônimos de distintos termos e que ao mesmo tempo em que confirma a ampliação de novos sentidos e significados, traz a tona a preocupação apontada por Mattos (2001) e Paim e Silva (2010) sobre a utilização do termo de

forma aleatória e assim, esvaziar o sentido do mesmo. Essa preocupação vem ao encontro de nossa percepção de que em muitos momentos a palavra integralidade foi utilizada como sinônimo de outras em busca de dar respostas discursivas ao nosso questionamento, fazendo um movimento de encaixar o termo na experiência apresentada em vez de apontar as experiências a partir do entendimento do próprio termo.

Entendemos que as representações sociais se apresentam exatamente nas falas dos atores e no compartilhamento de ideias, mas concomitantemente, entendemos que, como O'dwyer e Mattos (2010) afirmam, em alguns casos, as respostas podem ser convenientemente construídas. Assim, ao associar essas afirmativas à nossa percepção de que os gestores apresentaram dificuldades em verbalizar os seus pensamentos no momento da entrevista em relação ao termo integralidade, confirmamos a necessidade de ampliar as discussões e reflexões sobre o tema.

Para facilitar o acompanhamento do leitor, apresentamos o Quadro 2 no qual é apresentado os grupos de sentidos, as ICs que compõem os respectivos grupos e os DSCs.

Quadro 2 - Organização das ideias centrais e DSCs da quarta questão

4) Você acha que essas experiências tem alguma coisa a ver com o princípio da integralidade?	
1º grupo de sentidos – relacionado às práticas e à organização dos serviços	
DSC 1 - Universalidade e garantia de acesso aos serviços de saúde	
DSC 2 - Integração com outras secretarias	DSC 2a – Interação, apoio, diálogo entre secretarias
	DSC 2b - Centralização da responsabilidade na secretaria de saúde
DSC 3 - Integração intermunicipal e interfederativa	DSC 3a – Integração para oferta de serviços e construção de redes de atenção
	DSC 3b – Integração para otimizar as ações administrativas e burocráticas
DSC 4 - Integração intra-secretaria e trabalho em equipe	
DSC 5 - Integração entre as antigas e novas gestões	
DSC 6 - Centralização de serviços	

DSC 7 – Relacionado ao acesso a todas as informações sobre o usuário	
2º grupo de sentidos – relacionado à forma de perceber os indivíduos e ao cuidado	
DSC 8 – Compreender o indivíduo como um todo	
DSC 9 - Escuta, acolhimento e construção de vínculos como práticas para a integralidade	DSC 9A – Ouvir como prática do gestor
	DSC 9bB – Ouvir como prática da equipe nas unidades de saúde
3º grupo de sentidos – relacionado ao envolvimento do trabalhador e usuário na produção de saúde	
DSC 10 - Participação da população como prática voltada para integralidade	DSC 10A - Participação social nos espaços formais
	DSC 10B - Participação da população nas ações de saúde
DSC 11 – Relacionado a um olhar para o trabalhador	
DSC 12 – Não sei	

1º grupo de sentidos – relacionado às práticas e à organização dos serviços

Em relação ao 1º grupo referente aos sentidos da integralidade, relacionada às práticas e organização dos serviços, foram construídos 8 DSCs e representaram 29 das 46 respostas apontadas nessa questão (63,04%), o que aponta a ênfase atribuída pelo gestor em relação a este grupo. Esta expressividade do referido grupo está relacionada com o lugar que o gestor ocupa no contexto atual, isto é, com o seu próprio papel de gestor, na medida em que a organização dos serviços é uma das macro funções gestoras (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2004).

Por entender que a integralidade se apresenta na postura que adotamos diante da produção de saúde, esse grupo de sentidos refere-se à forma com que o gestor encaminha suas ações seja a partir do desenho macro organizacional da saúde quanto nos micro espaços de produção de saúde.

Dentre as ICs que compõem esse grupo, a mais expressiva refere-se ao entendimento da integralidade relacionada à garantia de acesso da população aos diversos serviços de saúde e foi composto com 17,39% das 46 respostas (Tabela 5).

DSC 1 - Universalidade e garantia de acesso aos serviços de saúde

A integralidade na verdade é a gente tar dando a oportunidade às pessoas de terem acesso a todo o trabalho, a todos os serviços, que ele tenha seu tratamento né, toda a sua condição ali a necessidade, tudo o que ele precisar, então a partir do momento que a pessoa acha que não tem acesso ao serviço de saúde automaticamente ela tá fora da integralidade. Então, seria muito melhor pra população, ter serviços próximos, e aí que entra o princípio da integralidade, se é mais longe, ele não vai dar tanta ligação, porque nós somos muito relaxados assim com a nossa saúde. Por isso que quando você fala de integralidade do serviço, do acesso no conceito, eu falo assim, mais integralidade em relação ao acesso. Sabe, eu acho assim, município do interior, distante da capital, ele sofre muito pelo fato de você tar longe dos principais serviços de saúde e você depende muito de outras áreas, é acho que a gente tem sofrido muito nessa visão da integralidade, quer dizer até que ponto você vai buscar uma atenção integral ideal né, com tudo tão distante do povo? Então no CRE, o que falta pra pessoa ser atendida de forma integral é ela ter pelo menos as especialidades que deveriam ter ou o Estado trazer alguns serviços mais próximo da população, então elas seriam atendidas de forma mais completa na sua integralidade. Acho que tudo tem a ver com integralidade sim, se o CGR conseguir trazer isso mais próximo, o princípio da integralidade vai tar mais garantido. Na verdade todos esses caminhos são estradas que a gente tem buscado pra poder garantir a integralidade do SUS porque, o consórcio veio pra garantir a integralidade, uma maior oferta de exames e o CGR veio pra garantir no norte novos serviços ou que seja NASF, novas equipes de Saúde da Família. Mas às vezes você é tolida de umas ações por causas das decisões políticas. Por exemplo, você tem x vagas, aí político de cá, o deputado, senador, aí alguém que conhece aí atravessa, entra na frente e as vagas são ocupadas dessa maneira, pela janela e não pela via normal. Mas teve momentos que nós usamos desse serviço também, de indicação, de depender da influência política pra poder conseguir um atendimento ali que era urgente e a gente não tinha como. Outra coisa que acontece hoje, acaba outras pessoas que não são do município sendo atendida, o SUS é pra todos, mas aí você atende aquele cidadão que não é do seu município e deixa de entender de forma integral um que é do seu. E ainda tem a questão da judicialização que interfere negativamente na integralidade, porque eles furam a fila, eles querem se livrar do problema que tá na frente deles e porque hoje no Brasil uma coisa que é muito complicada é o lobby da indústria farmacêutica. A gente sofre muito com isso né, e se o médico disser pra você que você tem que tomar o remédio x e eu só tenho y que é similar ao seu x, mas você quer o x e o juiz não entender, então eu vou pagar muito mais caro por um desconhecimento. Até porque a partir do momento que a pessoa acha que não tem acesso ao serviço de saúde automaticamente ela tá fora da integralidade, não tá atingindo as suas necessidades que ela acha importante. Mas por exemplo, a ESF hoje ela tem esse princípio da integralidade porque ele acaba atendendo a população como um todo, rico, pobre, claro que você tem que dar uma atenção ao menos favorecido, mas ele tem toda aquela área de atuação e a equipe tem que dar essa atenção pra ele, pros menos favorecidos um pouco mais né, mas de uma forma igual pra todos.

O discurso aponta para o entendimento de integralidade como garantia de acesso aos serviços de saúde, seja a APS, a consultas ou exames de maior complexidade e ainda, aponta algumas dificuldades para garantir esse acesso. Esse entendimento, segundo Mattos (2004) se faz presente na literatura.

O discurso relaciona a efetivação da integralidade enquanto garantia de acesso à aproximação dos serviços ao local de residência dos indivíduos, porém aponta uma distinção quanto à importância dessa proximidade.

Primeiro aponta para as ações de prevenção e nesse sentido, o gestor considera que oferecer os serviços próximos aos usuários garante que a população faça prevenção. Neste caso, aponta para a representação de que o usuário não prioriza a prevenção e que para que ele se previna, o governo deve facilitar. Por outro lado, também associa as ações de prevenção à tecnologia dura, apontando para a valorização da mesma, seja no tratamento ou na prevenção. Já no caso de serviços de assistência, o gestor entende que a proximidade garante o acesso da população aos mesmos e assim, a integralidade é efetivada.

No primeiro caso, emerge a representação de que a integralidade está relacionada com a realização de procedimentos de prevenção de doenças a partir de tecnologias duras e o segundo aponta para a oferta de serviços de maior complexidade tecnológica (tecnologia dura).

Em relação à APS, o DSC afirma que a integralidade seria alcançada com a garantia de acesso a toda população, independente de sua condição sócio-econômica. Assim, o termo integralidade está sendo utilizado como sinônimo de universalidade do acesso.

Nesse aspecto, o discurso traz à tona a discussão sobre a inter-relação entre os três princípios do SUS e concomitantemente, a necessidade de se perceber a distinção entre os mesmos. Ayres (2009) apresenta a distinção e a complementaridade dos referidos princípios ao afirmar que, a universalidade está relacionada à garantia de acesso para todos; a equidade está voltada a pactuar com todos o que cada um necessita e a integralidade se apresenta como um desafio para saber e fazer o 'quê' e 'como' fazer saúde, para responder universalmente às necessidades de cada um.

Para nós, a efetivação da universalidade, não representa necessariamente o desenvolvimento de práticas pautadas no princípio da integralidade. Ainda que seja fundamental o atendimento de toda a população por parte da equipe de saúde da família, conforme afirmado no discurso, esse atendimento pode ser direcionado de várias formas e não necessariamente com vistas à efetivação da integralidade.

O discurso apresenta os Consórcios e o CGR como caminhos para se alcançar a integralidade, na medida em que a partir do primeiro, disponibilizam-se procedimentos especializados e a partir do segundo, são autorizados a abertura de novos serviços da APS. Emerge um entendimento limitado do CGR enquanto autorizador de serviços.

O discurso também aponta para um entendimento de integralidade voltada para o serviço, isto é, afirma que para o CRE atender a pessoa de forma integral, ele deve garantir outras especialidades. Assim, cada unidade deveria ter todos os serviços disponíveis para garantir um atendimento integral. Desta forma, não há um olhar para a construção de redes de atenção e para a linha do cuidado.

Entendemos que a oferta e a facilidade de acesso aos serviços de saúde são fundamentais para responder parte das necessidades dos usuários, porém a integralidade extrapola a garantia de acesso e exige continuidade na atenção e uma inter-relação entre os diversos serviços oferecidos voltados para atender as necessidades do usuário. Assim, integralidade está direcionada para um acesso como o direito ao uso, de forma oportuna e resolutiva, das tecnologias necessárias, sejam elas duras, leves ou leve-duras e a garantia de um atendimento tanto às demandas objetivas quanto a subjetividade do usuário.

Porém, no discurso nos parece que a prioridade está voltada para o acesso aos serviços que envolvem tecnologia duras, considerada por nós, um entendimento de acesso limitado e fragmentado. Esse acesso, para nós, fortalece o modelo médico assistencial.

Outra questão é o fato de que a garantia do acesso aos diversos níveis de atenção, mesmo que atenda algumas necessidades do indivíduo, não necessariamente garante que as ações de prevenção, promoção e assistência estejam sendo garantidas em todos os níveis de atenção, o que para Mattos (2004) é fundamental

para garantir a apreensão ampliada das necessidades de saúde. No entanto, essa perspectiva da integralidade não é expressa no discurso.

Em relação às dificuldades enfrentadas para garantir o acesso, o discurso aponta para a procura de indivíduos de um município por serviços disponibilizados em outro município, ocupando as vagas e limitando o acesso dos próprios munícipes, interferências políticas e a judicialização associada a interesses das indústrias farmacêuticas.

Essas dificuldades também possibilitam algumas reflexões. No que se refere à procura por serviços em outros municípios, partimos da afirmativa que a saúde é um direito do cidadão, assim ele pode procurar o serviço onde quiser, por outro lado, também existem os limites financeiros, estruturais e humanos dos municípios que impõem limites para garantir esse acesso universal, também apontado no discurso. Porém, o que chamamos a atenção não é apenas para essa contradição, mas sim buscamos respostas em relação aos motivos que levam os indivíduos a procurar serviços em outros municípios que não são os de sua residência sem ter um fluxo organizado.

Nesse sentido, apontamos três possibilidades. A primeira refere-se ao fato de que o seu município de residência não atende as suas necessidades, assim não garante uma atenção integral e a segunda, refere-se à falta de participação social na construção de fluxos de atenção, assim ele não sabe qual é o caminho que ele deve percorrer para ter sua necessidade atendida. Ou ainda, o arranjo regional organizado pelo gestor não é o ideal sob a perspectiva da população. Independente de qual for a causa, podemos perceber que há uma fragilidade em relação aos fluxos de atenção organizados pela gestão, comprometendo a efetivação da integralidade.

Para Mattos (2007) negar os serviços para indivíduos de outros municípios “é apenas o exercício do poder de vedar o acesso aos serviços de saúde demandados” e aponta como uma possível consequência a procura pelos planos de saúde por parte dos usuários que não tiveram acesso ao serviço que pensava necessitar. Essa possibilidade vem reforçar os interesses das instituições privadas e concomitantemente fragiliza o sistema público na medida em que direciona a população com maior poder aquisitivo para a medicina suplementar (MATTOS, 2009).

Assim, entendemos que é necessário fortalecer as relações intermunicipais para construção de redes de atenção que realmente vão ao encontro das necessidades dos usuários associado a um investimento junto à população para garantir a participação da população nesse processo.

Em relação à judicialização, na representação do gestor trata-se de uma ação que nega as filas de espera e que fortalece os interesses das indústrias farmacêuticas, dificultando assim, a efetivação da integralidade. Em contra ponto, Mattos (2010a) faz uma distinção entre a ação judicial voltada para os interesses do mercado, que defendem interesses individuais e a ação judicial voltada para garantir o legítimo direito do cidadão.

Ainda, aponta para a possibilidade dos processos judiciais contribuírem para uma reorientação dos serviços de saúde com vistas a aproximar os referidos serviços às necessidades da população. No entanto, na representação do gestor, a judicialização se mantém atrelada a uma demanda individual em detrimento de se tornar um processo social.

Desta forma, entendemos que a judicialização é uma possibilidade que pode limitar a efetivação dos princípios do SUS e contribuir para a lógica do mercado, na medida em que favorece as empresas de prestação de serviços e indústrias farmacêuticas e contribui para transformar o usuário que até então, se apresenta enquanto um 'consumidor falho' em um 'consumidor eficiente' e assim, valorizar os interesses individuais.

No entanto, acessar os órgãos responsáveis pela abertura de processos judiciais também exige eficiência por parte do consumidor, trazendo novamente uma distinção entre os consumidores falhos e os eficientes, isto é, entre aqueles que têm conhecimento e que conseguem buscar os órgãos competentes. Esta distinção que separa aqueles que conseguem acessar a judicialização e os que se mantêm alheios inclusive a este processo, mais uma vez, impede a garantia do direito à saúde de forma universal.

Porém, a judicialização também pode impulsionar o sistema de saúde com vistas à uma transformação das práticas e à efetivação do SUS a partir do momento que

possibilita a garantia do direito à saúde que, de outra forma, o usuário não estaria sendo garantido pelo sistema.

Ainda, os processos judiciais apontam para a relação entre demanda e oferta, o que pode ser utilizado para, de forma responsável, direcionar os serviços de saúde tanto no que se refere à organização dos processos de trabalho quanto à definição de serviços oferecidos. Nesse sentido, os interesses individuais podem contribuir para alcançar os interesses coletivos.

O discurso ainda aponta outros atores envolvidos no processo de judicialização. Referimo-nos às indústrias farmacêuticas que, são apontadas como as beneficiadas pelos mandatos judiciais, reforçando a lógica do mercado e sobrepondo os interesses desse aos interesses do Estado. E ainda, aponta para o papel do médico que, a partir do seu poder legitimado socialmente e cientificamente, direciona sua prática em seu cotidiano para também beneficiar os interesses do mercado. Essa postura do profissional também reflete o entendimento de que o mesmo apesar de trabalhar para o Estado reproduz os interesses do mercado.

Outro ponto apresentado no discurso refere-se à interferência política nas ações de saúde. Na representação do gestor, se por um lado essa interferência privilegia determinados grupos em relação ao acesso a saúde, dificultando a efetivação da integralidade, por outro, é um mecanismo utilizado por eles mesmos para garantir o acesso aos serviços de saúde em determinados momentos. Ainda que pareça contraditório, a nosso ver, trata-se de uma prática legitimada historicamente no contexto brasileiro e torna-se uma estratégia tanto da população quanto dos gestores para ter as suas necessidades atendidas.

Porém, a nosso ver, se os serviços forem capazes de se organizar de forma a responder as necessidades da população e os atores envolvidos tiverem uma participação ativa nessa construção, fortalecendo o sentimento de pertencimento de cada um, a interferência política se tornará desnecessária. Assim, a efetivação de uma atenção integral pode ser um caminho para eliminar, ou ao menos, minimizar os efeitos das intervenções políticas e da judicialização.

A associação das dificuldades apresentadas no discurso para a garantia do acesso, que segundo o mesmo, garante a integralidade, reflete o a relação entre os três

poderes instituídos no país, a relação entre o Estado e o mercado, o papel do profissional e aponta para a fragmentação e a disputa de poderes que perpassa a produção de saúde e que a distancia, muitas vezes, dos interesses da população. São nessa tensão entre diferentes interesses que o gestor direciona as suas ações e que torna a produção de saúde um grande desafio.

DSC 2 - Integração com outras secretarias

O DSC referente à 'integração com outras secretarias' foi construído a partir de 15,22% das 46 respostas apresentadas e aponta para o entendimento da integralidade relacionada à integração da secretaria da saúde com outras secretarias (Tabela 5).

Para essa IC construímos 2 DSCs, o primeiro aponta para essa integração como a interação, o apoio e o diálogo entre as secretarias e o segundo aponta o entendimento oposto, assim entende a integralidade como a centralização da responsabilidade na secretaria de saúde.

DSC 2A – Interação, apoio, diálogo entre secretarias

Pra mim, a saúde enquanto saúde integral ela tem que ser tratada como política pública integrada a todas as demais ações, então não podemos puxar toda essa responsabilidade pra saúde, que nós não vamos resolver esses problemas, mas é de conversar com os colegas, com os gestores, com os políticos pra que comece a se pensar saúde de uma forma integral. Nós precisamos integrar, a saúde não funciona sozinha, não adianta eu fazer saúde e a outra parte não contribuir com a educação, com a ação social, com a cultura. A secretaria de saúde depende de projetos sociais, como educação, a secretaria de assistência social e das demais secretarias de forma direta e indireta, porque se não, eu vou ter que fazer saúde assistencial a vida inteira. Então, eu penso que integralidade é tudo junto, saúde, educação, cultura, esporte, moral, acho que tem tudo a ver com integralidade. Então, lá a gente consegue a integralidade muito boa com a ação social e educação e lá, até os eventos a gente faz em parceria. Por exemplo, aquele resgate que faz de criança e adolescente em risco, sofrendo abuso, criado pra ação social e a gente na saúde acompanha cara a cara, até porque quem dá assistência é a saúde, eles referenciam. Mas por exemplo, psicólogo, na saúde não tem, então assim, cede o psicólogo deles, então há essa troca muito grande. Na educação a mesma coisa, quando precisa de um, quando precisa não, precisa sempre né, as ações feitas na escola, gravidez na adolescência são altíssima, então as equipes entram com muita força. Ah! Com o Centro de Referência e Assistência Social, a secretaria tem desenvolvido trabalhos em parceria, quando nós temos que assistir algumas famílias, principalmente na questão do álcool e

outras drogas. Então, a gente trabalha muito em conjunto aqui, secretaria de assistência social, educação e saúde e ultimamente a secretaria de meio ambiente. Então nós fazemos projetos, cada um na sua área, a gente faz em conjunto, mas depois cada um leva pra sua área e desenvolve esses projetos na sua área. Isso é integralidade, você trabalhar de forma intersetorial. Então nós procuramos integrar, sempre uma tentando ajudar a outra e às vezes eu busco ajuda de um veículo da ação social, da educação, da secretaria de transporte. Às vezes eu preciso de uma pessoa da secretaria de obras pra fazer um reparo na minha unidade de saúde, então a gente criou um grande respeito dentro de todas as secretarias e todas as vezes que essas pessoas também precisam da secretaria de saúde, eu tô sempre procurando atender também, é uma troca bacana, bonita onde todos tentam se ajudar mutuamente. Um projeto também dentro dessa integralidade que acontece, é o PSE, programa de saúde nas escolas, é uma parceria com a Secretaria de Educação. Através desse PSE proporcionou fazer um levantamento das crianças que estavam com problemas de vista, uma das situações que dificultava o aprendizado, aí foi feito capacitação dos professores, a secretaria de saúde disponibilizou consulta com especialista e até óculos foi doado e assim pode observar uma melhoria no aprendizado da criança na fase escolar. Também pudemos fazer um trabalho de vacinação dos alunos, na fase escolar. Outra ação também que foi feito de forma integral, foi outros exames também de rotina mesmo. Tem também essa integração com a secretaria de pesca, agricultura e meio ambiente né, a gente percebe que as atividades que são voltadas para os catadores de caranguejo, para os pescadores né, essa orientação junto da saúde, também tem gerado um fruto interessante que as pessoas começam a ver alguns hábitos de forma melhor. Então tem tido resultados sim, infelizmente são resultados muito lentos porque eles envolvem mudança de hábito né, e a mudança de hábito leva tempo para que a pessoa venha a absorver.

DSC 2B – Centralização da responsabilidade na secretaria de saúde

O usuário de drogas e tal, o atendimento ficava solto, a gente não tinha isso ainda incorporado que era uma responsabilidade também nossa, ficava assim: - ah! isso aí é da assistência! Mas o problema de saúde dele tá onde? Tá com a gente, então ficava totalmente a parte, agora quando você começa a juntar isso aí, quando eu puxo pra saúde pra tentar achar uma solução embora, tava falando, a gente tá batendo a cabeça, mas só o fato de você puxar, você já tá pensando, não resolvendo, mas já ta pensando formas de resolver, então já tô buscando essa integralidade né, cumprir a integralidade da saúde.

O discurso aponta a integralidade associada à integração entre secretarias, sob várias formas de entendimento. Aponta para uma integração enquanto participação pontual de uma secretaria em ações realizadas por outra e sensibilização dos secretários municipais sobre a situação de saúde da população e da importância das ações de todos na produção de saúde em momentos de encontro.

Outra forma de entendimento apontado no discurso é a perspectiva de apoio material e humano entre as secretarias ou ainda o desenvolvimento de uma determinada ação pela secretaria de saúde num ambiente reconhecido como sendo de outra, como é o caso de ações nas escolas.

Com menor ênfase aponta a integração de secretarias para a elaboração conjunta de alguns projetos, ainda que esses sejam encaminhados de forma independente pelas mesmas.

Entendemos que essas iniciativas apresentam como ponto comum não apenas o fato de ultrapassarem os muros da secretaria de saúde, mas também trazerem em seu bojo o entendimento de que a saúde extrapola a abordagem biomédica. Nesse sentido, essas iniciativas apontam para um avanço no que se refere ao direcionamento de práticas pautadas no princípio da integralidade na medida em que rompe com o paradigma de saúde direcionado exclusivamente aos procedimentos médicos assistenciais.

Porém, ainda que o discurso aponte para a ideia de que “*a saúde integral tem que ser tratada como política pública integrada a todas as demais ações*” e afirme a necessidade da saúde trabalhar em conjunto com outras secretarias, a perspectiva de ações fragmentadas desse processo, onde cada um faz a sua parte de forma independente prevalece.

Pauli (2007) apresenta a intersetorialidade como uma estratégia para mudar as práticas governamentais, na medida em que propõe a “*integração dos vários segmentos que compõem o governo municipal [...] voltada para mesmos objetivos, criando uma cultura organizacional de resolutividade dos problemas [...]*”.

Nesse sentido, consideramos então importante fazer uma reflexão sobre o que se entende por trabalho intersetorial, isto é, se está voltado para ações de apoio ou de sensibilização ou se entende que essas ações extrapolam essa perspectiva e avançam para a responsabilização de todos os envolvidos pelos objetivos propostos, pelos encaminhamentos, pelos resultados e conseqüentemente, pela resolução dos problemas de forma conjunta. E para nós, é a partir desse entendimento que será possível organizar os serviços de forma a desenvolver práticas pautadas no princípio da integralidade.

Porém, exatamente pela dificuldade de se garantir a efetivação de ações intersetoriais (entre secretarias) o DSC 2B apresenta como estratégia para a efetivação da integralidade a unificação dos encaminhamentos em uma única secretaria, isto é, sugere que a secretaria de saúde assuma integralmente o problema de determinadas populações, com vistas a evitar a fragmentação do mesmo. Nesse sentido, aponta para o perigo de muitos assumirem uma parte do problema e por fim, ninguém assumir a responsabilidade da questão.

Entendemos que essa fragmentação está relacionada à representação de integração entre as secretarias voltada para a realização de ações direcionadas para uma mesma clientela ou para cobrir o déficit de recursos materiais e de pessoal das mesmas, apontada no DSC 2A.

Fazemos aqui um questionamento a esse entendimento. Partimos do fato de que no âmbito municipal, as políticas públicas são direcionadas para os seus municípios e as secretarias municipais são as responsáveis pela execução das mesmas. Assim, independente de haver ou não uma integração entre as secretarias, as ações desenvolvidas por essas estão voltadas para a mesma população e deve responder as necessidades da mesma. E ainda, se elas ocorrem num mesmo espaço físico, no caso o município, envolvem os mesmos indivíduos e estão voltadas para o mesmo objetivo no que se refere as necessidades da população. De alguma forma, em algum momento e independente do desejo de uma ou de outra secretaria, as ações desenvolvidas não se aproximam? Então qual seria o diferencial das ações realizadas conjuntamente?

Entendemos que para tentar responder esses questionamentos e para que a 'integração entre as secretarias' não reproduza as ações que estas já deveriam realizar independente de ser de forma individual ou conjunta, é importante ter clareza de qual é o objetivo dessas ações e a quem interessa?

No que se refere aos objetivos dessa integração, o discurso aponta para uma preocupação em tornar a vida da população mais fácil. Assim questionamos o que se entende por vida mais fácil? Como a integração das secretarias poderá contribuir para alcançar esse objetivo?

Se levarmos em consideração que a integralidade parte do pressuposto de que o cidadão está na centralidade dos serviços oferecidos pelas distintas secretarias, porém sem negar as especificidades de cada uma delas, de que forma efetivamente a integração entre as secretarias poderá contribuir para a efetivação da integralidade?

Entendemos que essas secretarias têm dois pontos em comum. O primeiro, como já afirmamos, referimo-nos ao cidadão e para que ele se mantenha na centralidade dos serviços, ele deve participar da construção desse arranjo. É ele que poderá contribuir com o direcionamento das ações a partir da definição de quais são as prioridades a serem assumidas conjuntamente pelas diversas secretarias e qual é o melhor arranjo para melhorar a própria vida.

Assim, os objetivos comuns, o encaminhamento das ações e os resultados obtidos poderão ser assumidos por todos os atores envolvidos e estará voltado para a atenção integral.

O segundo refere-se a uma ação que é (ou deveria ser) desenvolvida por todas as secretarias. Trata-se das ações de fomento à autonomia e empoderamento da população.

Entendemos que é a partir dessa ação, que transversaliza todas as secretarias, será possível garantir a participação da população no encaminhamento das políticas públicas e direcionar e potencializar as ações que já são da competência de cada secretaria e que devem ser desenvolvidas, independente de qualquer arranjo.

No entanto, o discurso aponta para a população enquanto receptora dos serviços e reforça o entendimento, já apontado em DSC anteriores, de que o gestor detém o conhecimento e que através da transmissão desse, irá modificar o comportamento da população.

Entendemos que a necessidade de envolver várias secretarias na produção de saúde torna-se cada vez mais necessária na medida em que a sociedade contemporânea apresenta uma realidade na qual a relação entre o homem e o ambiente, a sociedade e consigo mesmo contribuem para um adoecimento individual e coletivo.

O discurso aponta o trabalho intersetorial como uma prática para mudar o modelo médico assistencial vigente, porém acreditamos que afirmar que a doença envolve outros determinantes não é suficiente para gerar essa mudança, se o direcionamento das práticas se mantiver exclusivamente voltadas para a saúde enquanto ausência de doença e não houver um reconhecimento do papel do usuário, enquanto um sujeito ativo, nesse processo.

DSC 3 - Integração intermunicipal e interfederativa

O DSC referente à integração intermunicipal e interfederativa, composto com 15,22% das 46 respostas (Tabela 5), trás a necessidade de garantir a integração entre as três esferas de governo para a efetivação do princípio da integralidade, porém aponta para a dificuldade de se garantir essa articulação e a construção de redes de atenção.

O referido DSC foi subdividido em dois discursos que se diferenciam em relação ao entendimento do gestor em relação ao propósito dessa integração.

DSC 3A – Integração para oferta de serviços e construção de redes de atenção

Com certeza, toda aproximação que você faz com outro município que é benéfica pra população, quando você tiver uma necessidade, você não conseguir atender a pessoa no seu município, se um vizinho seu conseguir atender, você tá automaticamente ajudando esse princípio da integralidade. Pra isso, a CIB começou a sentar com os municípios, os municípios conseguiram se colocar o que era importante pra eles e o que ele também poderia oferecer pra ajudar o outro município e a gente conseguiu avançar muito com essa integralidade. Outra coisa que mudou muito é que o Estado começou a entender que em vez de penalizar, ele precisava oferecer suporte. Então veja bem, alguns exemplos da integralidade é fazer com que o sistema funcione. Nós, município faz a parte dele, aí tem a média complexidade e tem a alta complexidade que também é responsabilidade do Estado. Então se não tiver essa integração, não adianta só levantar os problemas se não tiver resolução desses outros segmentos. Por exemplo, é a questão da materno infantil, que se tivesse essa integração, a garantia do acesso do paciente em todas as instâncias com certeza poderia ser bem melhor, então acho que tem que haver essa integração tanto do município, o Estado e Ministério né, ter essa integração que tudo é voltado para o paciente. Então eu não posso falar da integralidade hoje na rede da gestante porque tá faltando fechar, a gente tá na maior dificuldade com as referências. Por isso que às vezes, eu acho que de alguma forma a gente vai contra né. Pelo menos na minha gestão você vai contra um pouquinho essa questão da integralidade, quando você quer fazer as coisas funcionarem de qualquer forma, de qualquer jeito, mas ao mesmo tempo

you know what is of each sphere, of each competence of each organ, of each sector. In reality, I think that the network is a great example of integrality because it is exactly what is to be done, in the way that is preconized, because it is almost a manual like this, in this way it saves money. So I think that the network is an example of this, but effectively, practicing the network is another question.

DSC 3B – Integração para otimizar ações administrativas e burocráticas

Let's take the question of regional integration, it's difficult to talk about the world as it is, but in the hour of putting it on paper to make it work, it's difficult. In reality, talking about what exists is complex, I think it should be. If it existed from top to bottom making that integration would be more possible than from bottom to top, if those rights were passed in a hierarchical way, in a way that would make the municipalities interact and save money, because that's how it is. For example, when bidding together, it's much cheaper. If that were required, but the political question is a headache. I also don't want to say that it's right or wrong, it's a suggestion, it would have ways to impose, that's the word, impose that integration. Talking about integration can be a dream, but I think it's the way. Ah! There's another thing that also has to do with integrality, it's the pacts. There are pacts with integrality, but there are so many sheets, so many pacts that sometimes people get lost, I think that if there were an instrument a little bigger, that was made in an integral way also between the municipality, between the Region, between the State, between the Ministry.

O DSC 3A aponta a integração intermunicipal e interfederativa como a forma de oferecer os serviços assistenciais à população e garantir a efetivação da integralidade e para tanto, cada instância federada deve assumir o seu papel. Porém segundo o entendimento do gestor, esse papel não é garantido pela esfera estadual, o que dificulta a efetivação da integralidade.

Diante dessa realidade, o discurso aponta dois entendimentos. Por um lado, afirma que o município não consegue garantir a integralidade da atenção, pois não tem como oferecer os serviços que não são de sua competência. Esse entendimento se apresenta contrário a determinação legal apresentada no Pacto pela Saúde que amplia as responsabilidades da gestão municipal na medida em que assume garantir a atenção integral à saúde de sua população de forma solidária com o Estado e a União (BRASIL, 2006b), apontando para as contradições entre as exigências formais e as possibilidades reais.

Essa discussão levanta o questionamento de quem seria a responsabilidade pela atenção ao usuário. Trevisan e Junqueira (2007) afirmam que “não existe o doente

federal, estadual, municipal ou comunitário. Existe o cidadão que está exercendo o direito constitucional de ter acesso à saúde [...]” e assim, esse direito deve ser garantido.

Porém, no discurso, o gestor transfere para a esfera estadual a responsabilidade pela não garantia da integralidade. Emerge assim, a representação de que a integralidade está relacionada com a disponibilização de serviços assistenciais, em todos os níveis de atenção, para atender as necessidades da população.

Por outro lado, o discurso também apresenta algumas estratégias para superar as dificuldades apontadas e afirma que o município se vê obrigado a assumir a responsabilidades de ofertar procedimentos que não são de sua competência a fim de dar respostas às necessidades do usuário, independente da definição formal de competências.

Ainda que o gestor aponte que essa ação representa a preocupação com a garantia de uma atenção integral ao usuário, no seu entendimento essa estratégia fere o referido princípio exatamente por não seguir as determinações formais que definem as competências presente no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b).

Por isso que às vezes, eu acho que de alguma forma a gente vai contra né. Pelo menos na minha gestão você vai contra um pouquinho essa questão da integralidade, quando você quer fazer as coisas funcionarem de qualquer forma, de qualquer jeito, mas ao mesmo tempo você sabe o que é de cada esfera, de cada competência de cada órgão, de cada setor.

Nesse caso, o gestor aponta para outra representação sobre a efetivação da integralidade, que está relacionada com o cumprimento do desenho do sistema de saúde e não ao atendimento às necessidades do usuário.

O discurso aponta para uma melhoria na relação entre Municípios e Estado e, afirma que o Estado começa a ‘sentar com os municípios’, ‘entender que em vez de penalizar, ele precisava oferecer suporte’. Emerge a representação quanto às relações verticalizadas entre os entes federados na qual os municípios se mantêm numa posição hierarquicamente inferior.

Entendemos ser necessário fortalecer os espaços de discussão e negociação com vistas ao fortalecimento de uma relação horizontal, cooperativa e de co-gestão

interfederativa. Dessa forma, tanto o Estado quanto os Municípios deverão assumir o papel de protagonista e de co-responsáveis pela condução da política de saúde regional, sem uma transferência de responsabilidades ou de culpas para a não efetivação da integralidade.

Para tanto, entendemos que o CGR é um espaço formalmente constituído e de fundamental importância para a efetivação desse processo, porém cabe fazer uma reflexão sobre a forma que ele vem funcionando. O discurso apresenta o referido colegiado (apresentado no discurso como CIB), como espaço de encontro entre os municípios e entre esses e o Estado e se aproxima a alguns dos objetivos do CIB regional relacionados à “viabilização da integração e da harmonização do sistema de saúde e negociação e integração dos gestores da três esferas de governo [...]” (BRASIL, 2009), porém ainda está distante do propósito do CGR que aponta para a “qualificação do processo de regionalização, aprimoramento dos princípios do SUS, espaço permanente de pactuação e co-gestão [...]” (BRASIL, 2009).

Outra representação para a integralidade enquanto integração intermunicipal e interfederativa está relacionada ao bom funcionamento administrativo da secretaria (DSC 3B). Nesse sentido, aponta para a integração dos municípios para otimizar compras e reduzir custos ou ainda integração de instrumentos de gestão.

Porém, sugere duas possibilidades para efetivar essa integração. Uma propõe que tenha a participação de todas as instâncias federadas e a outra, sugere que esta integração seja uma determinação das esferas federal ou estadual.

Se existisse de cima pra baixo fazer que essa integração seria mais possível de que de baixo pra cima, se esses direitos fossem passados de forma hierárquica, de forma que fizesse com que os municípios interagissem e economizassem, porque tem como.

Assim, reforça a representação de que a relação de subordinação dos municípios em relação às outras esferas é legítima e que deve ser mantida.

Para nós, esse entendimento vai na contramão da construção de uma gestão cooperativa, solidária e responsável e inviabiliza a atuação do CGR como um espaço permanente de pactuação, cogestão e de decisão bipartite.

Desta forma, para nós, a integração interfederativa apresenta-se mais voltada para definir competências para orientar 'quem deve fazer o que', do que uma preocupação com 'para quem fazer'. Com essa inversão, a relação interfederativa pode tornar-se uma mera transferência de responsabilidades correndo-se o risco de deixar a necessidade do usuário para 2º plano e assim, o seu direito a saúde não ser assegurado e se distanciar da efetivação do princípio da integralidade.

DSC 4 - Integração intra secretaria e trabalho em equipe

O discurso sobre a integração intra-secretaria foi construído a partir de 6,52% das 46 respostas encontradas na pesquisa (Tabela 5), e aponta para a relação entre a forma que os setores e os profissionais da saúde se relacionam e o princípio da integralidade.

Integralidade são vários setores em conjunto então, pelo fato dele ter todas essas portas de entrada, essas especialidades, então acaba tendo uma coisa ligando a outra. Vamos pensar, não tem como somente o PSF trabalhar sozinho, então tem que ter a integração com a vigilância ambiental, com a vigilância epidemiológica, com a sanitária, tem que ter a integração com a nossa unidade, então tem que ter toda essa integralidade pra que funcione. Que somente uma equipe não tem como assistir toda a essa população. Também acho que as ações integradas é essencial pra qualquer funcionamento de um projeto, de uma ação. Vamos começar no setor saúde, se não der bem lá desde o médico ao da pessoa que tá fazendo o serviço de limpeza, o processo pode atrapalhar, então as pessoas necessitam umas das outras pra fazer o processo funcionar. Eu acho que trabalhar com outras pessoas é um processo lento porque é um processo de mudança de cultura e acho que é um desafio muito grande fazer essa mudança acontecer. Mas a gente tem tomado algumas decisões de gestão que apesar, a população de fato visa o médico, como naquela parte curativa, mas pelo fato de nós ter montado uma estrutura contemplando outras áreas por exemplo, fisioterapia, nutrição, assistente social ou até outra especialidade médica, a gente acabou montando um fluxo próprio da secretaria e mesmo que a pessoa, ela ainda vem querendo aquela parte curativa, querendo médico e, pelo fato da gente ter uma rede, acaba forçando um pouco o paciente a trilhar por essas portas de entrada e acaba o próprio paciente vendo que essas outras coisas também é importante. Aí a gente faz não só a parte curativa, o médico, mas esses outros profissionais tem proposta, metodologia de trabalho por exemplo, trabalho preventivo, é palestra, é trabalho em grupo, é trabalho com a gestante, trabalho com os hipertensos, todos esses profissionais trabalham de fato. É uma integralidade de todas as áreas. Tem outra coisa, como é que eu colocaria, o próprio entrosamento da equipe é até a integralidade. Assim, bucal tá focado em saúde bucal, pessoal da imunização, tá lá separado, então você tava tendo, salas, unidades separadas e quando você

traz todo mundo pra um núcleo, a própria equipe, acaba conhecendo o que ela tem.

O discurso aponta a integralidade associada à integração dos diversos setores e profissionais da secretaria de saúde sob dois enfoques. O primeiro refere-se a uma integração necessária para atender as necessidades da população. Expressa ainda que a efetivação da integralidade extrapola as atribuições da ESF.

O segundo refere-se a uma integração para melhorar o entrosamento entre os profissionais e a troca de informações sobre serviços ofertados pela secretaria com vistas a alcançar o bom funcionamento dos serviços. Nesse sentido, entendemos que se a primeira prioriza o usuário, o segundo prioriza o serviço.

O discurso também aponta para a importância de inserção de outros profissionais para atuar na área da saúde, porém resgata a representação de que o médico é responsável pelas ações assistenciais e os demais pelas ações de prevenção. Nesse sentido, reforçam um entendimento de que os profissionais atuam de forma fragmentada, cada um assumindo uma função.

Por outro lado, entendemos que a inclusão de novas profissões nos serviços de saúde vem ao encontro dos interesses do mercado, na medida em que oferecem novos 'produtos de saúde' para serem consumidos e amplia o campo de trabalho para uma série de profissionais, tornando-os concomitantemente mercadorias de desejo e aumentando sua capacidade de consumidor sem, contudo estimular o trabalho em equipe que se mantém individualizado. Por outro lado, pode ser uma possibilidade para gerar novos arranjos institucionais com potência para produzir práticas pautadas no princípio da integralidade e fortalecer a representação da saúde como direito do cidadão.

Dessa forma, podemos encontrar profissionais de várias áreas atendendo o mesmo usuário de forma individualizada, o que Peduzzi (2001) apresenta como agrupamentos de agentes que reproduzem a fragmentação dos serviços e efetivam a justaposição das ações, mas também podemos encontrar equipes com práticas que valorizam a troca de saberes, embasadas em um plano de intervenção construído conjuntamente, no qual todos assumem de forma solidária a

responsabilidade pela assistência ofertada e pela atenção integral ao usuário/coletivo.

Porém, a representação do gestor em relação à integração entre os diferentes profissionais aponta prioritariamente para o primeiro agrupamento de agentes expresso por Peduzzi (2001) como se a inclusão de outras profissões no atendimento ao usuário fosse suficiente para garantir a integralidade.

Para nós, essa inclusão é apenas o primeiro estágio, cabendo ao gestor, aos outros profissionais envolvidos e aos usuários construir os melhores arranjos para direcionar a atenção integral, na medida em que, como Merhy (2005) afirma, a integralidade pressupõe sair dos territórios pré-estabelecidos e se abrir para novos modos de produzir o cuidado com o envolvimento de todos os atores envolvidos na produção de saúde.

Associado a este ponto, o discurso reforça a distinção entre as ações de prevenção e assistência, a partir da representação de que os outros profissionais (não médicos) atuam na prevenção e possuem metodologias diferenciadas para tal. O discurso também expressa que a expectativa da população em relação aos serviços de saúde está voltada para o atendimento médico assistencial.

Esta representação, que coloca o profissional médico na centralidade da saúde, vem ao encontro da afirmativa de Peduzzi (2001) de que independente da forma que os profissionais atuam, seja de forma fragmentada ou em equipe, ainda observa-se o predomínio da diferenciação técnica dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a cada uma das profissões envolvidas. Segundo o autor, esta diferenciação, legitimada socialmente, define posições hierárquicas entre os profissionais envolvidos.

Outro aspecto que o discurso aponta são os mecanismos utilizados pelo gestor para inserir outros profissionais no atendimento ao usuário.

...mas pelo fato de nós ter montado uma estrutura contemplando outras áreas, por exemplo, fisioterapia, nutrição, assistente social ou até outra especialidade médica, a gente acabou montando um fluxo próprio da secretaria e mesmo que a pessoa, ela ainda vem querendo aquela parte curativa, querendo médico e, pelo fato da gente ter uma rede, acaba forçando um pouco o paciente a trilhar por essas portas de entrada...

Diante da afirmativa, levantamos alguns questionamentos: Quem determinou que é melhor para a população ser atendida por vários profissionais? Será que sempre será melhor seguir os fluxos pré-estabelecidos pela gestão para alcançar o desejado, que segundo o discurso é o atendimento médico? Será que essa inserção também não é uma proposta sugerida, ou induzida pelo âmbito federal e incorporada na esfera municipal, como é o caso da odontologia na ESF, a fisioterapia e as academias de ginástica, os profissionais da saúde mental com o CAPS? E por fim, se realmente essa é a melhor alternativa, por que tem que ser imposta para a população e não simplesmente ser oferecida?

Nesse sentido, emerge a representação de que o gestor tem um saber e ocupa uma posição que lhe confere a capacidade e o direito de definir e implantar as rotinas que julgar serem as melhores para atender o usuário. E por outro lado, o usuário é entendido como aquele que não tem conhecimento suficiente para saber o que é melhor para ele mesmo, o que nos reporta novamente ao questionamento sobre a participação da população na condução dos serviços de saúde e na sua própria saúde.

DSC 5 - Integração entre as antigas e as novas gestões

O DSC sobre a 'integração entre as antigas e as novas gestões', apesar de representar apenas 2,17% das 46 respostas apresentadas (Tabela 5) traz alguns pontos de reflexão que merecem destaque.

Então essa descontinuidade pra mim é uma preocupação, acho que falta essa integralidade, é uma coisa que quem não tem o compromisso de continuar o que o outro começou então, o cara começou, é uma coisa discutida com a sociedade, é uma coisa que foi lá, sentou a comunidade, eles querem isso? Queremos. Então tudo bem, só que quem tá chegando, tem que assumir o compromisso, que aquilo foi discutido ali, a população mostrou que precisa, eu tenho que ir até o final, não é chegar ali, opa! Interrompeu. Não, pra mim isso ai não é prioridade, vou mudar o foco e parar com aquilo ali. Então eu acho que tem essa descontinuidade, perde essa integralidade de gestão, na verdade integralidade de gestão.

O discurso aponta a integralidade enquanto a integração entre a antiga e a atual gestão, isto é, associa o termo integralidade a continuidade da gestão. Reporta o entendimento de que a efetivação da integralidade está relacionada com a gestão assumir os compromissos firmados com a população e continuar com os projetos em

andamento, independente de questões político partidárias. Concomitantemente reflete o entendimento de que os gestores municipais não respeitam as decisões da população e que o interesse pessoal se sobrepõe ao interesse coletivo.

Porém notamos uma contradição na medida em que num primeiro momento expressa que há participação social na decisão dos serviços e ações a serem encaminhados numa gestão e posteriormente nega qualquer participação da mesma na decisão do novo gestor. Nesse sentido, não fica claro qual é a participação efetiva da população na construção e encaminhamento das ações de saúde local.

DSC 6 - Centralização dos serviços

O DSC sobre a integralidade enquanto a 'centralização dos serviços' representou 2,17% das 46 respostas apresentadas conforme apresentado na Tabela 5.

Não vão existir farmácia nas unidades, então todo mundo que for medicado, vão ter que vir aqui na farmácia cidadã. Hoje toda unidade tem medicamento e nós vamos centralizar na farmácia cidadã porque a idéia é, isso é um programa do governo, que é centralizar as farmácias, centralizar tudinho. Então inicialmente é isso, a preocupação nossa é que vai ter essa repercussão negativa, porém a gente sabe que colocando essa farmácia cidadã aqui ela vai ser um avanço para o município, aí depois, acho que vai passar uns meses aí, as pessoas vão entender que é muito bom. Então integralizar é a palavra correta que você colocou aí. A gente vai sim, com certeza atender esse público aqui, porém com uma maneira diferenciada, centralizada e você nem imagina o benefício que a gente vai ter, a redução de despesa com essa farmácia porque nós não temos um controle efetivo de medicamentos que são dispensados.

O discurso aponta a integralidade associada a integração de todos os medicamentos em um único espaço físico, isto é, a centralização do referido serviço. Entendemos que esse é um dos exemplos no qual o gestor buscou 'encaixar' o termo a uma determinada experiência, com o objetivo de dar uma resposta ao nosso questionamento e aponta certo desconhecimento ao utilizar o termo 'integralizar'.

Porém, no momento em que levantamos o sentido atribuído, propomos uma reflexão sobre qual a forma que os serviços estão sendo organizados e de que forma esta organização contribui para a efetivação da integralidade. Nesse caso, o gestor apresenta a 'integralidade', a partir do seu entendimento, enquanto uma estratégia para redução de custos e deixa claro que é uma proposta pessoal que terá repercussões negativas diante da coletividade. Entendemos que mais uma vez, a

saúde é vista como uma mercadoria que deve ser administrada como tal e assim, o interesse econômico se sobrepõe ao interesse social.

Outro ponto que merece destaque refere-se à forma como o gestor encaminha as ações a qual é baseada naquilo que ele considera a melhor solução. Essa forma verticalizada de direcionar as ações de saúde já foi apontada em DSCs anteriores. Ainda, assim como nos outros DSCs, para justificar essa ação de forma a minimizar essa prática normativa, afirma que a população posteriormente lhe dará razão e legitimará seu encaminhamento. Emerge a representação de que realmente o gestor tem sempre razão.

Essa afirmativa do gestor em relação à certeza de que a população irá concordar com a sua atitude e que ele pode decidir a partir daquilo que ele considera ideal, no nosso entendimento pode estar relacionado com as características históricas do país, marcado pelo regime de exceção e que repercute até a atualidade no que se refere à submissão da população em relação às determinações de representantes do poder legitimado.

Podemos também entender que esta estratégia vem se contrapor à preocupação apontada no DSC sobre a garantia de acesso, na medida em que retira esse serviço das unidades, diminuindo as portas de entrada.

Outro ponto é a forma com que os municípios encaminham projetos governamentais. A farmácia cidadã é apresentada no discurso como *'um projeto do governo'*, porém, o mesmo contempla apenas a estruturação física das farmácias e não faz referência à centralização do serviço (ESPÍRITO SANTO, 2012). Entendemos que ou há um desconhecimento do gestor em relação ao referido projeto, ou o projeto oficial é utilizado para legitimar a sua ação e garantir o recurso estadual.

DSC 7 - Relacionada ao acesso a todas as informações dos usuários

O referido DSC envolveu 4,35% do total das 46 respostas encontradas (Tabela 5) e aponta o entendimento de integralidade relacionada ao acesso a todas as informações dos usuários.

A partir do momento que a gente tem um controle de todo um sistema de saúde informatizando, você tá interligado. Então você vai no hospital, você vai numa unidade e vai em outro lugar, você ter um histórico de vida do paciente é evidente que vai ser muito difícil, vai ser complicado no início, vai ter uma certa rejeição, vai ter um certo desconforto, mas dentro de um processo aí de você criar facilidade para o paciente é uma forma de integralizar, isso aí nada mais é que você vai facilitar a vida de um paciente. E eu acredito que vai trazer melhorias principalmente aos profissionais, a gente dá um conforto maior para os profissionais, você integralizar é isso aí, você colocando, interligando essas unidades. Outro coisa boa é quando você leva pras unidades, por exemplo, implanta um hiperdia na sua integralidade, você vai ter a facilidade de tar monitorando melhor os programas de hipertensão, quais são aqueles que inspiram maior cuidado, que você tem que fazer uma visita com mais freqüência, ou não.

Esse discurso traz a utilização do termo integralidade como sinônimo de totalidade (implantação de um sistema em sua totalidade) e de agregar (agregar informações sobre o usuário e o acompanhamento direcionado a ele em um único sistema de informação). Acreditamos que, assim como no DSC anterior, neste também houve o uso da palavra sem uma reflexão maior sobre o seu sentido, tentando apenas aproveitá-la em seu discurso sobre uma experiência apresentada.

Ainda assim, consideramos que esse discurso levanta o questionamento sobre a contribuição dos sistemas informatizados para a efetivação da integralidade. Entendemos que ter acesso a informações sobre a situação de saúde do indivíduo e as informações sobre os serviços de saúde oferecidos e utilizados por esses indivíduos podem contribuir para organizar os referidos serviços e buscar direcionar as ações para dar respostas às necessidades dos usuários. Nesse sentido, os sistemas de informação são entendidos como meios para alcançar um objetivo e não enquanto um fim em si mesmo.

Porém, segundo o discurso, a valorização dos sistemas de informação está em si mesmo e assim, não aponta para uma preocupação qualitativa em relação aos dados.

É importante compreender a forma com que essas informações são geradas e analisadas, a sua utilização e quem estará envolvido nesse processo. Para nós, os dados inseridos nos sistemas, só terão um sentido a partir da definição de como foram obtido, o que será feito com esses dados, para que e para quem.

Caso esses questionamentos não fiquem claros, as informações podem simplesmente manter-se 'engaioladas' nos próprios sistemas sem gerar nenhuma ação. Para Santos-Filho (2012) a importância da informação está voltada para provocar coletivos e fomentar reflexões na perspectiva de uma avaliação participativa, formativa e emancipatória. Porém, o discurso expressa uma preocupação apenas para a obtenção e a apropriação individualizada de dados sem, contudo priorizar o caráter reflexivo em relação aos próprios dados.

Entendemos que esse desejo apontado no discurso em investir em sistemas de informação, é fruto do contexto atual o qual se afirma como a era da informatização e dos avanços tecnológicos. Porém, ainda que seja possível o acesso a diversos dados, favorecendo a agilidade na tomada de decisão, seja na gestão ou diretamente na prestação de serviços, esses avanços não contribuem necessariamente para o fomento de processos reflexivos e de encaminhamentos coletivos.

Outro ponto levantado no discurso, o qual vem corroborar com o já exposto em DSCs apresentados anteriormente, refere-se à forma verticalizada do gestor de encaminhar ações e a afirmação dos mesmos quanto à ciência que haverá críticas, mas que posteriormente a população acabará aceitando, reforçando assim a visão de uma população subordinada e passiva diante das decisões do poder legitimado socialmente.

2º grupo de sentidos – relacionado à forma de perceber os indivíduos e ao cuidado.

Nesse grupo foram incluídos 2 DSCs, que ao nosso ver estão diretamente relacionados e apontam para o entendimento que se tem em relação ao indivíduo, as suas necessidades, as formas de apreensão dessas necessidades pelos profissionais/equipe e a relação entre esses atores. Esses pontos estão relacionados com sentidos atribuídos à integralidade encontrados na literatura que, ainda que abordados de formas diferenciadas, são apontados por diversos autores (CARVALHO, 1991; MATTOS, 2001; CECÍLIO, 2001; PINHEIRO, 2001; GIOVANELLA, 2002; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004; CARVALHO, 2006;

PINHEIROS; GUIZARDI, 2008; AYRES (2006 apud AYRES, 2009); ALMEIDA; PINHEIROS, 2010; PAIM; SILVA, 2010; BRASIL, 2011c).

O primeiro DSC (DSC 8) refere-se à compreensão do indivíduo como um todo e o segundo (DSC 9) refere-se à escuta e construção de vínculos como práticas da integralidade.

DSC 8 - Compreender o indivíduo como um todo

O DSC sobre a integralidade voltada para a compreensão do indivíduo como um todo foi elaborado com a utilização de 10,87% das 46 respostas encontradas na referida resposta (Tabela 5) e expressa o entendimento de que a integralidade representa atender e entender o homem em sua totalidade.

Quando eu penso em integralidade é olhar o indivíduo como um todo, desde a sua estrutura enquanto indivíduo, o ambiente onde ele tá inserido, a família, a cidade a região, as potencialidades e os riscos dos bairros onde ele tá inserido. O homem né, tem que ser visto como um ser integral, como um todo, eu não posso pensar nele segmentado, como um pedaço. Então essa integralidade não seria só de tratar o individuo, mas de dar uma visão dentro do contexto maior. Então manter a criança na escola por mais de um turno com atividades físicas e culturais, a construção de praças, campos de futebol, atividades de lazer também é fazer saúde. Então na minha convicção, se não se pensar saúde nesse ponto de vista de integralidade nós não vamos conseguir saúde nunca, nós vamos continuar trabalhando meramente os efeitos de determinados problemas. Na verdade eu acho que assim, se tem essas experiências Saúde da Família, essas coisas, a gente tá trabalhando no geral, buscando essa integralidade, essa visão integral e eu acho que a gente tá caminhando pra isso. Eu vejo que as equipes, elas são preparadas pra trabalhar o todo, não só o processo do adoecimento, mas de ter o olhar holístico. Na prática, eu tenho sentido na atualidade é que tá voltando a velha prática do tratar só o organismo, porque tem algumas coisas que vão na contramão, a própria academia, formação do profissional médico. Também tem o paciente que foi educado durante muito tempo a pensar que saúde era um tipo de trato, então cabe a nós agora, nessa geração mostrar que a saúde ela vai dentro de uma assistência um pouco maior e com o PSF isso é possível. Então, por exemplo, na Saúde da Família nós temos as pastas da família e ali, a equipe começa a conhecer a realidade como um todo daquela família. Olha só, nós recebemos vários mandatos de juízes pra internar pessoas por conta de uso de drogas aí você pega, trata, interna e depois que ele esta, entre aspas, controlado, ele volta pra um ambiente que não foi tratado, então fazer saúde hoje, ela tem que se pensar integralidade. Tem um exemplo, que a secretaria de saúde faz além pra ajudar, e aí vamos falar talvez um pouco de integralidade na minha visão. Pra recuperação do menor drogado, que tão internados muito longe da nossa cidade, e aí os pais tem que ir visitar esses meninos, quem

é que leva? O ônibus da saúde, que não é pra isso não, então nós tamos fazendo um pouquinho além também do que de fato a gente deveria tar fazendo. Mais um exemplo, em questão da integralidade, nós tínhamos muita gente morando em condições sub humanas. E aí bairros novos estão sendo construídos, as pessoas não passam mais fome aqui, porque a própria prefeitura se incumbem de ajudar de todas as formas. Agora a gente precisa aprimorar a parte do lazer porque essa falta de lazer tá direcionando os jovens para as drogas. A gente percebe também que a gente conseguiu mudar a postura da população que agora tem prática de atividade física.

O discurso aponta para a integralidade associada ao indivíduo em sua totalidade, isso significa segundo o entendimento do gestor, levar em consideração não apenas os aspectos individuais, biológicos e psicológicos, mas também a sua rede familiar e comunitária e suas condições sócio-econômicas. Essa relação entre a integralidade e a forma de perceber o indivíduo já é apontada por Brasil (2011c), Giovanella et al. (2002) e Carvalho (2006) entre outros.

No discurso essa compreensão de totalidade do ser humano, além de ser expressa discursivamente aponta para experiências diversas, com ênfase na dependência química e a ESF.

A preocupação com a dependência química vem ao encontro da realidade nacional que apresenta essa questão como um desafio da atualidade para a saúde pública (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2011) e a ESF vem ao encontro do seu próprio propósito relacionado à atenção integral. Uma das experiências apontadas está relacionada com os serviços prestados ao dependente químico.

Aí você pega, trata, interna aquele indivíduo e depois que ele está, entre aspas, controlado né, ele volta pra um ambiente que não foi tratado, então fazer saúde hoje, ela tem que se pensar integralidade.

Nesse caso, o entendimento do gestor é de que para tratar o dependente químico é necessário intervir em outros fatores que vão além do aspecto biológico da questão. Essa representação nos leva a duas possibilidades. Em primeiro lugar, podemos pensar que esse desafio tem se apresentado como uma oportunidade para os gestores e demais profissionais da saúde (ou não) buscarem estratégias mais abrangentes que possam efetivamente dar respostas às necessidades da população. Em segundo lugar, a representação da saúde relacionada aos diversos fatores biopsicosociais pode ser compreendida como uma forma de justificar o

próprio insucesso das secretarias de saúde diante da expectativa da sociedade. Ainda, acreditamos que essas duas possibilidades emergem conjuntamente no DSC, porém enquanto a primeira direciona as práticas para uma possível mudança dos serviços de saúde, a segunda contribui para a manutenção da realidade e um distanciamento de políticas pautadas no princípio da integralidade.

Outra experiência que o discurso traz envolve um conjunto de ações municipais direcionadas para populações carentes economicamente. Nesse sentido, emerge a representação de que a integralidade está associada a ações direcionadas apenas para um determinado segmento da população e não como um princípio universal. Assim a representação de que o SUS é um sistema de saúde para populações menos favorecidas economicamente é fortalecida.

Também traz uma relação entre a efetivação da integralidade e a construção de políticas públicas no âmbito municipal que respondam as necessidades básicas da população, além de propor atividades apresentadas como práticas saudáveis. Neste caso, traz a integralidade como uma proposta de mudança macro estrutural e de mudanças de comportamento da população. Estas apontam para o movimento das 'cidades saudáveis' caracterizado pela intersetorialidade e em prol da qualidade de vida da população (ADRIANO et al, 2000). Porém, o discurso não aponta uma característica fundamental desse movimento que se refere a participação e a corresponsabilidade de todos os atores envolvidos nesse processo.

Nesse sentido, as propostas apresentadas, mantêm as características já apresentadas em discursos anteriores em relação a uma relação de subordinação da população às determinações daqueles que detêm o poder instituído e assim, distancia-se do modelo da promoção da saúde.

Ainda, Lefevre e Lefevre (2004) apontam para uma preocupação em relação ao movimento das 'cidades saudáveis' associado aos serviços de saúde na medida em que essa proposta amplia tanto o entendimento de saúde que pode torná-la uma 'entidade genérica destituída de especificidade e de peso político específico' e assim, acabar por não ser assumida efetivamente por nenhum órgão.

Outro exemplo apresentado no discurso refere-se à utilização de prontuário da família. Na representação do gestor, a utilização dessa ferramenta significa o

atendimento e o acompanhamento do usuário de forma integral. No entanto, para nós, a utilização do prontuário da família não significa necessariamente que se compreenda o indivíduo como um todo.

Entendemos que é possível utilizar essa ferramenta e manter a visão 'biologicista' e para que essa visão do indivíduo em sua totalidade represente uma mudança na forma de produzir saúde, torna-se necessário uma mudança no processo de trabalho o que, segundo Santos-Filho, Barros e Gomes (2009), envolve as relações entre os atores envolvidos nos serviços (trabalhadores entre si e com gestores e usuários).

Nesse sentido, para que esse processo de trabalho possa gerar mudanças efetivas, é necessário que esteja voltado para o fomento da autonomia e a corresponsabilidade desses atores na produção de saúde e de sujeitos. Porém, no discurso, os pontos citados por Santos-Filho, Barros e Gomes (2009) não são considerados.

Por outro lado, o discurso aponta a ESF como a possibilidade para a efetivação da integralidade. Se associarmos esse entendimento a forma que a referida estratégia é apontada nos diversos discursos anteriormente apresentados quanto às dificuldades de efetivação da ESF, emerge um entendimento de que existem dificuldades para a efetivação da integralidade.

Em relação à equipe, o discurso aponta para uma mudança no perfil dos profissionais.

Eu vejo que as equipes, elas são preparadas pra trabalhar o todo, não só o processo do adoecimento, mas de ter o olhar holístico. Na prática, eu, e uma parte dos meus técnicos, nós enxergamos que a pessoa tem que ser tratada como um todo, de forma integral só que eu tenho sentido na atualidade é que tá voltando a velha prática do tratar só o organismo, porque tem algumas coisas que vão na contramão, a própria academia, formação do profissional médico.

Nesse sentido, aponta uma representação de que inicialmente o profissional tinha um perfil para atuar de forma biologicista. Posteriormente, houve mudanças e o profissional passou a apresentar uma visão mais ampla em relação ao conceito de saúde. Porém, atualmente, houve um retorno a visão hospitalocêntrica. Entende que a causa está relacionada à formação acadêmica.

Outro exemplo prático apresentado no discurso é a disponibilização de transporte para a realização de visitas de familiares aos dependentes químicos internados em outros municípios. O que queremos chamar a atenção, não é a ação em si, mas a forma com que essa ação é encaminhada. Nesse caso, para o gestor, a efetivação da integralidade, garantida a partir dessa ação, exige a disponibilização de serviços que extrapolam a competência da saúde, assim o referido princípio passa a ser associada a um favor e a uma iniciativa pessoal e não a uma responsabilidade da esfera pública e uma prática institucionalizada e conseqüentemente, se distancia da representação da saúde como um direito.

Ainda, entendemos que tais práticas vêm responder às necessidades imediatas da população e camuflam pontos centrais para intervir no problema como a ausência de redes de atenção que levem em consideração a realidade local e as reais necessidades da população.

Porém, tais práticas são estimuladas pela sociedade contemporânea na qual os desejos e as respostas a esses desejos exigem rapidez. Dessa forma, a secretaria oferta essas respostas de forma ágil, ainda que não sejam respostas que possam mudar a realidade dos dependentes químicos e familiares e concomitantemente, fortalecem uma imagem positiva da secretaria, indo ao encontro, mais uma vez, de uma sociedade que valoriza as mercadorias, no caso os serviços oferecidos pelo setor saúde, muito mais pelo que elas representam ser do que pelo que realmente são, reforçando a ideia de uma economia de engano (BAUMAN, 2008).

Entendemos que a visão de totalidade do homem deve extrapolar o discurso e direcionar práticas que realmente possam trazer mudanças efetivas para a produção. Porém, deve-se tomar cuidado tanto para não criar propostas que na prática não se sustentem, devido a sua magnitude e assim tornar a integralidade apenas um ideal não alcançável, quanto para não reduzir a ações voltadas apenas para garantir uma boa imagem perante a sociedade e escamotear a reprodução do caráter biomédico da atenção.

DSC 9 - Escuta, acolhimento e construção de vínculos como práticas para a integralidade

O DSC sobre 'escuta, acolhimento, construção de vínculos como práticas da integralidade' foi construído a partir de 8,70% das 46 respostas encontradas (Tabela 5) e aponta para a importância de se ouvir e acolher a população.

A referida IC possibilitou a construção de 2 DSCs, conforme apresentado no Quadro 2. O primeiro refere-se a ouvir o usuário como prática do gestor e a segunda, aponta a prática de ouvir envolvendo os profissionais das unidades de saúde.

DSC 9A – Ouvir como prática do gestor

Eu acho que integralidade parte disso né, a gente tem que ouvir o que o povo quer, conhecer as necessidades, os anseios do povo de forma integral até porque é esse cidadão que vai te dar as respostas. Esse cidadão que vai determinar a necessidade daquela população, daquela comunidade. Se você não estabelece esse vínculo, não tem como você saber o que é bom pra ele, o que ele precisa mais urgente, o que é prioridade pra eles. De cima pra baixo você não consegue saber e eu consigo isso é no corpo a corpo, por ser um município pequeno eu podia fazer isso e num município grande coitado do gestor, ele vai ter que usar os representantes de comunidades. Lá é pequeno, eu conheço praticamente a metade da população, numa cidade onde fui criada então assim, muita coisa eu já sou patente mesmo porque eu fui criada ali, então eu sinto na pele as necessidades e a outra parte é no corpo a corpo mesmo, é entrando de casa em casa.

DSC 9B – Ouvir como prática da equipe nas unidades de saúde

Eu acho importante lá nos serviços que todos sejam atendidos não só pelo médico né, porque às vezes as pessoas querem que os funcionários que o profissional ouve, às vezes ele não quer nem a medicação, mas ele quer ser ouvido. Muitas vezes a gente reclama da população: - ah! A população não procura. A população tá procurando particular, mas quantos procura e não é bem atendido? Aí você acaba afastando a pessoa da unidade. Então você procurando atender bem e atender principalmente aquela necessidade que ela tá naquele momento é muito importante porque aí você vai ganhar a confiança daquele paciente, de voltar na unidade mais vezes, de tar procurando outros serviços de saúde. Um problema no município que acaba afetando essa questão da pessoa se sentir bem, é mais em relação à unidade mesmo de saúde porque se você me perguntasse assim hoje, você tá com os profissionais que você quer nas funções que você acha essencial, eu iria te responder que não. Eu ainda falo que por conta de acordo, disso, daquilo, você ainda tem algum profissional que tá num cargo que você acha que não tá fazendo um trabalho bom.

O discurso aponta a integralidade relacionada à prática de ouvir e criar vínculos com a população. O ouvir é apresentado como uma prática para conhecer as necessidades da população e assim, aproximar os serviços às essas necessidades.

Nesse sentido, aponta para a representação de que o usuário é capaz de apontar não só as suas necessidades, mas também os caminhos para solucioná-los. Porém, esse entendimento se contrapõe a todos os outros DSCs anteriormente apresentados, nos quais o saber do indivíduo não é levado em consideração.

O DSC 9A aponta a prática do 'ouvir' como uma prática exclusiva do gestor. Emerge a representação de que se trata de uma iniciativa pessoal e não como uma prática institucionalizada de forma a garantir a participação do usuário no processo de gestão. Ao associar esses pontos, levantamos o questionamento se as 'respostas' apontadas pelos usuários são vistas como 'respostas vivas' que efetivamente direcionam as práticas ou apenas 'respostas ouvidas'.

Outro aspecto levantado é a distinção entre as estratégias utilizadas para ouvir a população nos municípios de pequeno porte e nos grandes centros. O discurso expressa que no 1º caso, o contato é corpo a corpo e como no 2º essa prática é inviável, o gestor é obrigado a ouvir através dos representantes.

... eu consigo isso é no corpo a corpo, por ser um município pequeno eu podia fazer isso e num município grande coitado do gestor, aí ele vai ter que usar os representantes de comunidades.

Emerge uma representação de que o contato com as lideranças é ruim e o contato pessoal é valorizado. Nesse sentido, observa-se uma desvalorização dos movimentos de organização social e fortalece o caráter individualista presente na sociedade atual.

O discurso ainda aponta para o fato de que grande parte das necessidades da população já é conhecida pelo gestor visto que esse foi criado no mesmo município. Porém, a forma que se percebe essas necessidades, ainda que todos vivam num mesmo espaço físico, podem ser diferentes, pois cada um as vê a partir do seu olhar, o qual está relacionado com o espaço que ocupa na sociedade. Assim, se o gestor parte do princípio que ele já sabe o que a população precisa, esse entendimento pode contribuir para a construção de propostas verticalizadas que não necessariamente irão ao encontro das necessidades e expectativas da população.

O DSC 9B levanta a preocupação com o acolhimento e a construção de vínculo entre profissional/equipe e o usuário. Expressa a importância de que todos os

trabalhadores das unidades estejam disponíveis para ouvir o usuário e não só o médico. Ainda que não expresse um entendimento dessa prática enquanto uma tecnologia de produção de saúde conforme apresentado por Merhy (2004), aponta a representação de que a saúde não se resume a procedimentos médico assistenciais e de que outros trabalhadores também tem importância no atendimento às necessidades do usuário.

A escuta e o acolhimento são práticas fundamentais para atender as necessidades da população e conseqüentemente contribuir para a efetivação da integralidade, como já apontado por Ayres (2006 apud AYRES, 2009). O autor alerta sobre a importância de qualificar esse ouvir, o que para nós refere-se a uma escuta ativa que acolhe e valoriza o saber e o sentir do usuário e implica no reconhecimento de sua subjetividade em interação com o profissional que o atende e não apenas uma forma passiva e estática de ouvir.

Outro ponto expresso no discurso é a preocupação em oferecer um bom acolhimento para o usuário com o objetivo de garantir o seu retorno, assim resgata a importância da construção de vínculos, porém na representação do gestor, o perfil do profissional dificulta essa prática.

Entendemos que além do perfil do profissional, o processo de trabalho deve ser organizado para favorecer essas práticas. Nesse sentido, torna-se fundamental a compreensão de que a gestão e os serviços são indissociáveis, com vistas a encontrar e efetivar os melhores arranjos para a produção de saúde e de sujeitos.

No entanto, não podemos negar que os vínculos e o acolhimento, vão na contramão de uma sociedade de consumidores na qual, os vínculos face a face são desvalorizados e o caráter educativo não é preconizado na medida em que qualquer prática reflexiva pode ampliar a autonomia, gerar uma articulação coletiva e fragilizar o individualismo, característico da sociedade atual.

3º grupo de sentidos - relacionado ao envolvimento do trabalhador e usuário na produção de saúde

Esse grupo representa o entendimento do gestor sobre a relação entre o envolvimento da população e dos trabalhadores nas ações de saúde e a efetivação do princípio da integralidade. O grupo foi composto por 2 DSCs, o primeiro refere-se

à participação da população e o segundo está direcionado para o trabalhador da saúde.

DSC 10 - Participação da população como prática voltada para a integralidade

Das 46 respostas encontradas nessa questão, 10,87% apontaram a relação entre a participação da população e o princípio da integralidade (Tabela 5). Para essa idéia central, construímos 2 DSC sendo que o 1º está relacionado a participação popular nos espaços formais de participação, isto é, nos Conselhos e Conferências de Saúde (DSC 10A). Já o 2º discurso (DSC 10B) aponta para a representação da integralidade voltada para uma participação da população em ações da saúde, com ênfase nas campanhas (Quadro 2).

DSC 10A - Participação social nos espaços formais

Esse tempo atrás numa reunião do Conselho, uma pessoa ah! Não vou mais na reunião, no final só vê o usuário reclamando! Mas na verdade ele tá reclamando, visando o que? Justamente isso, é melhorar o sistema, é você ter um atendimento de forma mais humana, de forma a garantir que seja atendido. Então eu acho que tá totalmente interligado né, quando você adota como princípio da atenção primária, a saúde da família com a participação através dos Conselhos, você tá buscando justamente isso né, esse atendimento de forma integral. Sabe, eu acho que essa é uma via, até porque a visão dos conselheiros com essas conferências, a participação das pessoas, poder ouvir, aprender, dizer sobre isso, opinar, fazer um controle né, também sobre as ações, de regular mesmo, nada daquela coisa como se fosse uma pirâmide, mas no sentido mesmo de tar todo mundo numa coisa transversal. Porque uma coisa é você falar da saúde a partir do seu olhar, da sua experiência teórica né, e outra coisa é fazer a pessoa participar e a partir disso, ela também poder dizer a respeito do sistema. Então assim, a gente batia muito em cima disso, pra que pudesse ser essa via de mão dupla mesmo, porque quem tá na gestão tem muito papel, tem muita burocracia entendeu, e a burocracia ela é muito bonita, os papéis são muito legais, as diretrizes, tem tudo muito tranqüilo. Como que você executa isso com gente? Então a gente precisava convocar as pessoas pra que pudessem escutar a respeito, que olhar que elas teriam a respeito disso, sobre a efetivação de um sistema que é feito pro usuário. Mas infelizmente o Conselho não assume o seu papel. Eu acho que interfere e muito na integralidade, não há esse trabalho técnico. Se bem que eu acho que o Estado deveria investir mais em capacitação dos conselheiros porque acho que não funciona por falta de conhecimento.

DSC 10B – Participação da população nas ações de saúde

Sabe, se você fizer uma campanha, é ótimo, a pessoa vem. É onde tá a integração, é isso, fazendo através das campanhas né, tudo é através de

campanhas, noticiário, você solta na mídia, é onde você integraliza toda uma sociedade. Então pra mim, tem tudo a ver com integralidade. A gente não consegue fazer uma campanha isolado, se não houver esse envolvimento. Outro exemplo é num projeto que fizemos, nós mobilizamos a casa, a família, então acho que o maior resultado foi por causa dessa integração, isso humaniza a saúde. Porque quando você passa uma ação friamente, quando você envolve mais pessoas enriquece a coisa, um vai dando ideia, traz uma humanização maior no trabalho. Essa integralidade faz com que as pessoas entendam melhor o sistema, o funcionamento das coisas, se sentem parte dele. Porque na verdade a resposta não humana é que eles precisam disso, uma resposta humana é que eles fazem parte do sistema.

O DSC 10A aponta duas representações sobre o papel dos espaços formais de participação social. A primeira expressa o papel de regulação e de controle social e a importância de garantir uma relação horizontal entre os membros dos Conselhos e Conferências de Saúde. Já a segunda, aponta prioritariamente a representação de que o Conselho Municipal de Saúde é um espaço de troca de informações, de expressão de queixas e de necessidades.

Entendemos que há uma tênue distinção entre o DSC anterior referente à escuta e este. Ainda que os dois apontem a necessidade de ouvir a população, o primeiro aponta para um momento individualizado e a necessidades individuais e o segundo, ainda que de forma sutil, aponta para espaços e encaminhamentos coletivos.

Outro ponto levantado pelo discurso refere-se ao entendimento sobre de quem é e para quem é o SUS.

Então a gente precisava convocar as pessoas pra que pudessem escutar a respeito, que olhar que elas teriam a respeito disso, sobre a efetivação de um sistema que é feito pro usuário.

Nesse sentido, emerge uma representação de que o próprio gestor não é usuário do SUS e reforça a relação já apontada em outros discursos de que o SUS é um sistema voltado para a população menos favorecida economicamente.

O discurso também aponta uma preocupação em relação à efetiva representatividade dos conselheiros e a falta de qualificação dos mesmos para assumir o seu papel. Esse primeiro ponto vem ao encontro da afirmativa de Guizardi, Pinheiro e Machado (2005) de que estes espaços não asseguram a efetiva

participação da população, e nessa perspectiva, a PNH propõe a participação da sociedade no cotidiano dos serviços do SUS e não apenas nas instâncias formais (BRASIL, 2009b). Porém, essa forma de participação não se faz presente no discurso.

Feuerwerker (2005) ainda aponta para a necessidade dessas instâncias de participação social avançarem para se tornar efetivamente mecanismos de gestão democrática e participativa. A partir do entendimento expresso no discurso, concordamos com o autor, na medida em que esses espaços ainda não são apontados pelo gestor com o propósito ao qual eles foram criados (BRASIL, 1990b).

O 2º DSC expressa a participação da população relacionada à integração dessa com os profissionais em determinadas ações, com ênfase nas campanhas. Afirma que a integração dos profissionais com a comunidade contribui para o sucesso das atividades propostas e para a população compreender melhor o sistema.

O discurso ainda aponta para a representação sobre os motivos que fazem com que o gestor valorize a integralidade, entendida como a participação da população nos eventos.

Essa integralidade faz com que as pessoas entendam melhor o sistema, o funcionamento das coisas, se sentem parte dele. Porque na verdade a resposta não humana é que eles precisam disso, uma resposta humana é que eles fazem parte do sistema.

Nesse sentido, emerge a contradição entre o que o gestor realmente acredita e o que ele acredita que seja correto apontar discursivamente. Assim entendemos que, apesar do gestor afirmar discursivamente que o usuário faz parte do sistema, a representação de que o usuário é um receptor de serviços está fortemente presente e aponta para a saúde como um favor concedido.

DSC 11 – Relacionado com um olhar para o trabalhador

O DSC que relaciona a integralidade ao cuidado com o trabalhador representa 2,17% das 46 respostas encontradas (Tabela 5).

A saúde do trabalhador, falar sobre isso, sobre esse adoecer dos profissionais que tanto cuidam e que não são cuidados ou que, porque precisam dar uma resposta ontem pro sistema ser efetivo e ser eficaz, às

vezes, não tem gente, não tem tanto profissional, às vezes você não pode pagar então eu acredito que sim, eu acho que é integralidade, quando você pensa assim, nesse nível. Eu vou usar até íntegro com tudo, com os setores, com as pessoas, de manter essa integridade na saúde numa forma geral assim né, é muito forte isso, mas é você estabelecer esse olhar pra tudo. Então isso também faz parte do integral, não é só o usuário, então vamos ver o trabalhador.

O fato do DSC ter uma expressividade pequena quantitativamente aponta o ‘pouco olhar’ do gestor para esse ator que para nós é fundamental na produção de saúde. Os profissionais são apontados com muita frequência em vários DSCs apresentados anteriormente como as causas de vários fatores que impossibilitam ou dificultam a efetivação dos princípios do SUS, com ênfase na integralidade. Nesse sentido, Campos (2007) afirma que há um esforço sistemático, da política, do mercado, da gestão e de muitas instituições para coisificar as pessoas e reduzi-las a objetos de pouca importância e assim aponta para o desrespeito ao trabalhador.

Porém, o discurso aponta para um olhar diferenciado ao trabalhador e busca associar a integralidade à compreensão desse trabalhador como um indivíduo, isso é, ‘descoisificar’ o trabalhador.

O discurso aponta para a percepção que o gestor tem em relação à pressão que o trabalhador vive no seu espaço de trabalho e associa essas condições com o adoecimento dos mesmos. Essas questões são apontadas por Santos-Filho (2007) o qual amplia essa preocupação e propõe mudanças no processo de produção de saúde que garantam a participação do trabalhador como sujeito ativo com potência para produzir mudanças a partir dos microespaços locais. Porém o discurso se limita a apontar uma preocupação com a saúde do trabalhador.

DSC 12 – não sei

Além dos três grupos de sentidos apresentados, construímos um DSC referente às respostas que expressam não saber se há relação entre a integralidade e as experiências apontadas. O discurso refere-se a 4,35% das 46 respostas encontradas nessa pergunta (Tabela 5).

Sim, eu acho que não há, não sei se há muita, na verdade, não sei, não sei te responder.

O fato de não saber pode tanto representar um desconhecimento do gestor em relação ao termo, como pode apontar para o fato de que as ações do gestor são encaminhadas sem o propósito de efetivar o referido princípio, assim quando questionado, assume não saber no sentido de nunca ter pensado no assunto.

5.2 ANCORAGEM

A partir das 4 questões que direcionaram a entrevista, encontramos 07 ancoragens. Na 1ª questão, encontramos 06 das 07 ancoragens, sendo que 01 delas foi novamente referida pelo mesmo sujeito pesquisado na 2ª questão, não sendo assim computada nos dados quantitativos. A 7ª ancoragem foi encontrada na 4ª questão. Porém fizemos a opção em apresentar uma única tabela com todas as ancoragens expressas nas entrevistas.

A identificação das ancoragens possibilita conhecer as crenças e os valores que embasam as representações do 'gestor coletivo'.

Tabela 6 – Ancoragem

INTEGRALIDADE				
A	a realidade dos municípios pequenos é diferente	6	35,29	%
B	os partidários do PT gostam de fazer reuniões	1	5,88	%
C	a expectativa da população em relação à Secretaria de Saúde é por serviços médico hospitalares	1	5,88	%
D	o SUS não funciona	5	29,41	%
E	pessoas educadas e mulheres cuidam melhor da sua saúde	2	11,76	%
F	o governo é o provedor das necessidades da população	1	5,88	%
G	o governo disponibilizou a vacina do idoso para acabar com eles	1	5,88	%
TOTAL DE RESPOSTAS			17	

A ancoragem de maior representação quantitativa é: 'a realidade dos municípios pequenos é diferente' e envolveu 35,29% das respostas.

DSC 1 - a realidade dos municípios pequenos é diferente

Sem dúvida que quem trabalha como secretário de saúde no interior, aliás com saúde no interior, o povo é muito dependente e aí a gente fica a disposição 24 horas, todos os dias, sem feriado, sem final de semana. Sabe,

por ser uma cidade pequena, as pessoas vão em busca do secretário, é gente batendo na porta, e por ser um povo muito carente a gente precisa atender a tempo e a hora. Até porque num lugar pequeno como aqui, o secretário é uma figura de destaque porque muita coisa depende dele. E não é só ele, o profissional de saúde é meio endeusado né, então assim, principalmente os médicos, eles são meio deuses, e a população tem essa referência realmente, a população tem essa visão. Mas tem outra coisa, no caso do interior é muito comum também a pressão da câmara dos vereadores e essa parte é muito complicada. E também tem a questão dos Conselhos numa cidade do interior, porque não é só aqui que é assim, são pessoas geralmente sem muita instrução, que não tem muito conhecimento.

O DSC possibilita a reflexão sobre algumas representações que afetam os serviços de saúde que segundo o entendimento do gestor, estão presentes em cidades do interior. Cabe ainda esclarecer que cidades do interior e cidades pequenas são entendidas da mesma forma.

Essa representação aponta para dois aspectos que merecem reflexões. O primeiro refere-se ao valor e ao poder atribuído no interior a pessoas que ocupam determinados cargos. Não se trata de poder a partir de uma divisão social de classes, mas um poder relacionado ao local que ocupam na sociedade e ao status que este espaço representa.

O poder delegado às pessoas que ocupam cargos de gestão e aos médicos, apontado no discurso, leva em consideração as formas de poder instituído na sociedade e nas organizações (macropolítica).

Converge a essa questão a percepção do gestor em relação aos conselheiros do interior. O discurso expressa que os mesmos não têm instrução nem conhecimento e emerge a representação de que esses não têm capacidade para participar do encaminhamento das ações de saúde.

Essas representações podem ser relacionadas com a pouca expressividade nos DSCs sobre a participação social e a não valorização da potência da população para participar efetivamente do encaminhamento das políticas públicas.

O 2º aspecto que merece destaque refere-se à forma como o gestor percebe a população. O discurso aponta para uma população dependente e carente, o que aponta para a representação de uma população que deve ser tutelada.

DSC 2 – O SUS não funciona

Essa ancoragem, construído com 29,41% das 17 respostas encontradas expressa que o SUS não funciona, porém, aponta para duas formas de pensar em relação a essa questão. Assim, construímos 2 DSC no qual o primeiro aponta uma posição de conformismo em relação a questão e a 2ª expressa um desejo de mudança.

DSC 2A – O SUS não tem jeito

A saúde é deficiente, todo lugar é e não vai deixar de ser, sempre foi, é e será, não tem jeito. A saúde nunca ninguém tá contente, não é verdade? Com isso, acaba que a população não acredita no serviço público, a população não acredita mais em políticos, o serviço público hoje é muito descrente. E não é só isso, quando você vê meus colegas, profissionais de saúde, totalmente desanimados com o quadro atual, a rapaziada de hoje, os jovem de hoje, eles não tem, não acreditam muito.

DSC 2B – É possível melhorar o SUS

Nós temos que lutar pra que realmente a gente faça do SUS, que é lindo no papel, que é perfeito em tudo, que parece que não deixa arestas assim, tão redonda! E fazer com que ele seja efetivamente eficaz, efetivamente eficiente. Porque que não dá certo? Porque todo mundo fala: O SUS não dá certo! Sabe, eu me pergunto isso, porque o SUS não dá certo? E o que faz que o SUS não dá certo, será que é porque é gerenciado por nós humanos? Não sei. São questões que eu sempre me pergunto porque dá muita angústia ver as pessoas falando da saúde pública, que não dá certo. Também tem a questão do funcionalismo. A gente sofre dessa questão do funcionário público, do agente público, porque criou-se uma imagem de que é um trabalho desclassificado ou desvalorizado e ainda, as pessoas pensam que funcionário público não é demitido, isso é um ledo engano, muito grande. Se ele não atender o interesse público, ele deve ser demitido. Então a gente faz esse trabalho de procurar educar, principalmente nos reunindo sempre com os agentes, foi sempre um trabalho de base, conversando orientando porque todos precisavam ter uma postura melhor.

Diante da afirmativa de que o SUS não funciona, o DSC aponta para duas formas de entendimento. O DSC 1 aponta para a representação de que não há solução para o SUS. Já o DSC2 aponta para um inconformismo diante dessa situação e um desejo de mudança, porém exala um sentimento de impotência e de muitas dúvidas sobre o que fazer.

Para nós essa questão reflete as tensões entre a efetivação do SUS e os interesses do mercado. Por um lado, o gestor levanta a bandeira do SUS, ainda que não saiba o que fazer. Por outro lado, o gestor se mantém passivo diante da situação e

reproduz a imagem negativa do sistema. Essa representação contribui para garantir os interesses do mercado, pois quanto mais ela for compartilhada, mais a medicina suplementar se torna o produto de desejo da população. Nesse sentido, emerge a representação de que o serviço público é ruim e o serviço privado é bom, tornando-se produto do desejo da população.

Existem divergências entre autores em relação à possibilidade de mudar essa representação, ainda que todos confirmem a sua hegemonia. Assim, Teixeira (2009) não vê possibilidades de mudança, já Mattos (2009) acredita que esta seja possível e aponta a atenção integral como possibilidade para a consolidação do SUS e para a reversão dessa representação.

DSC 3 – Pessoas educadas e mulheres cuidam melhor da saúde

Uma pessoa mais educada ela vai saber que ela tem que escovar seus dentes melhor, que ela vai ter que se alimentar melhor, que ela não vai ter que usar drogas, então tudo isso influi na saúde. Uma pessoa educada às vezes é bem mais saudável do que uma pessoa que às vezes vive a mercê da rua. E não é só ela que se cuida mais, então a mulher parece, não é porque ela tem mais tempo, não sei por qual é a razão ainda, mas ela se cuida mais. O homem não, o homem deixa sempre pra depois, só vai no hospital quando precisa, o homem né, mas a mulher se cuida mais.

O DSC envolveu 11,76% das respostas encontradas e expressa que pessoas mais educadas e mulheres cuidam mais da saúde.

O discurso aponta para uma cisão entre pessoas educadas e não educadas e relaciona essa característica com o conhecimento legitimada o qual, por sua vez está relacionado às condições sócio-econômicas do indivíduo. Pessoas com melhores condições sócio econômicas teriam maior conhecimento e esse por si só seria suficiente para garantir que pessoas entendidas como ‘educadas’, tivessem hábitos de vida saudáveis e cuidassem da saúde.

O discurso aponta também para uma distinção de comportamento relacionado ao gênero. Nesse sentido expressa que a mulher é mais cuidadosa do que o homem, porém não consegue apontar nenhuma causa. Nesse sentido, resgata-se a distinção de papéis do homem e da mulher na sociedade onde o primeiro é afirmado como o provedor, estando sempre ocupado, e a mulher como a cuidadora. Esta distinção vem se alterando no que se refere à representação do homem enquanto o provedor,

na medida em que, na sociedade contemporânea, as relações familiares foram alteradas e a mulher é vista como uma consumidora em potencial, assim como o homem. No entanto, a perspectiva da mulher enquanto cuidadora se mantém.

Chamamos a atenção para o local apontado pelo gestor quando faz referência a procura do homem por cuidados. Nesse sentido aponta o hospital e revela o seu entendimento em relação à porta de entrada dos serviços de saúde.

DSC 4 - A expectativa da população em relação a secretaria de saúde é por serviços médico hospitalares

Eu vejo que o modelo que tá na cabeça da população ainda é o modelo hospitalar, eu não posso deixar de fazer o hospital funcionar, porque senão, nós temos que trabalhar a gestão e nós temos que trabalhar a política né, então é muito complicado e na verdade, na cabeça das pessoas a saúde é a doença, então a gente trabalha na realidade a cura e não trabalha a prevenção e é tudo isso que a gente precisa mudar. Uma saúde pública de qualidade, mas que trabalhasse realmente toda a prevenção e não só a cura, é difícil, muito difícil porque na visão das pessoas saúde é: ter ambulância, ter hospitais, ter pronto socorro, ter médico 24 horas e não ter saneamento básico, não ter uma habitação digna, não ter lazer, não ter trabalho, não ter alimentação.

O discurso expressa que a população privilegia os serviços médico hospitalares e assim, há uma exigência social e política por esses serviços. Ainda que o gestor tenha um entendimento de saúde que extrapola a presença ou ausência de doença, ele se vê obrigado a investir nos serviços médico assistenciais. Dessa forma mantém-se a hegemonia do modelo médico assistência.

A expectativa apontada e as respostas exigidas refletem valores da sociedade contemporânea tanto pela valorização de tecnologias leve dura e duras, de procedimentos que garantam alívios imediatos aos problemas quanto pela necessidade de atender as expectativas com o objetivo de ter uma boa avaliação e garantir a sua manutenção no local que ocupa, isto é, não ser descartado e ainda ter o seu valor enquanto mercadoria valorizada.

DSC 5 – O governo é o provedor das necessidades da população

As pessoas às vezes pensam que não é necessário ter o planejamento familiar e cada vez que nasce crianças sem estruturação familiar, você vê que é o maior problema pro próprio município, pro próprio governo, que

aquilo ali, a pessoa já pensa que o governo tem que criar, a creche cuida, depois a saúde cuida, todo mundo cuida e vai criando o filho assim.

Esse discurso expressa que a população crê que Estado é o grande responsável pela vida das pessoas e aponta a representação de que a população, acostumada com um Estado paternalista, não assume os seus próprios problemas delegando esta responsabilidade para o Estado. Porém, expressa uma crítica a esse entendimento.

Esse discurso aponta para as tensões e contradições vivenciadas na atualidade no que se refere ao encaminhamento das políticas públicas num contexto em que a Constituição Federal de 1988 afirma a universalização dos direitos sociais e a política econômica vigente propõe reduzir a responsabilidade do Estado enquanto provedor de direitos sociais básicos à população.

DSC6 – O governo distribuiu a vacina de gripe para matar o idoso

Eu acho que em todas as campanhas, vacinação, principalmente os idosos, tinha uma rejeição muito grande com relação a vacina, tinha aquele mito aí: o governo quer matar os velhos né, e com a ajuda da população, com a conscientização e com envolvimento das entidades a gente conseguia o número, vacinar quase todos os idosos.

O discurso apresenta uma ancoragem referente à disponibilização da vacina de gripe para o idoso com o objetivo de matá-los. Essa afirmativa já foi apontada como um dos motivos para a não adesão à campanha da vacinação em estudo realizado por Santos e Cazola (2004). Neste estudo, Brum *et al* (2004 *apud* SANTOS; CAZOLA, 2004) afirma que a disponibilização da referida vacina levou a população a concluir que era uma estratégia utilizada pelo governo para matar os idosos e conseqüentemente se livrar do ônus da aposentadoria.

Esse discurso aponta para a representação de que o aposentado é um peso para os órgãos governamentais e reforça a percepção de que o idoso não tem valor, podendo ser descartado. Porém, é interessante refletir o papel que o mesmo ocupa na sociedade atual na medida em que hoje, o idoso se torna um consumidor em potencial.

Nesse sentido, o idoso pode ser um consumidor interessante para o mercado, porém não como aposentado para o Estado. Em ambas as situações, o valor do idoso está atrelado ao capital.

DSC 7 – O PT é que gosta de fazer reuniões

Eu gosto de reunião, como dizem, quem gosta muito de reunião é o PT né, é reunião pra marcar outra reunião, mas eu gosto de reunir com os coordenadores.

O referido discurso aponta uma ancoragem utilizada prioritariamente nos meios políticos e traz a possibilidade de duas reflexões sobre os espaços de reunião. A primeira refere-se a uma crítica às reuniões apontadas como estratégias com pouca efetividade para encaminhamento das ações. A segunda aponta para as reuniões enquanto estratégias para a efetivação da democracia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar as representações sociais dos gestores sobre a integralidade a partir da narrativa das práticas tornou-se um desafio excitante para nós. Foi possível percorrer pelas diversas funções e ações da gestão, as limitações e dificuldades encontradas e as respectivas formas de enfrentamento e, a cada percurso, buscamos perceber de que maneira a integralidade se fazia presente (ou não) no olhar do próprio secretário municipal de saúde que atua como gestor na microrregião São Mateus (norte do estado do Espírito Santo).

No decorrer deste estudo observamos as tensões vividas pelos gestores para a consolidação do SUS num contexto em que a saúde ora é apresentada como um direito garantido constitucionalmente, ora enquanto um produto que privilegia os interesses do mercado e ainda, às vezes é apontada enquanto uma estratégia para autopromoção, outras vezes enquanto uma oportunidade para praticar a caridade e a benevolência ou ainda como uma atuação técnica de extrema responsabilidade.

O contexto macro estrutural, a realidade microrregional do norte do estado e, as representações sociais envolvidas assinalam um quadro complexo que torna a efetivação da integralidade um grande desafio. Nesta inter-relação de contextos se encontram envolvidos aspectos objetivos e subjetivos. Os gestores expressam com propriedade suas experiências do dia a dia, suas práticas de gestão, a instrumentalização de seus processos decisórios, onde apesar de apontar para diversos sentidos da integralidade, demonstram dificuldade em fazer uma relação entre estes e suas práticas cotidianas. Dessa forma, percebemos que a integralidade não é priorizada para a organização dos serviços de saúde, encaminhamento das práticas ou para direcionar o modelo assistencial.

Os gestores ao expressarem seu cotidiano, exteriorizam um fazer próprio com proposições, inquietações, desafios e enfrentamentos semelhantes que nos levam a reconhecer um “grito” que representa o discurso da gestão do Sistema Único de Saúde dos municípios no norte do Espírito Santo. Grito este que emerge nas representações sociais presentes no discurso do “gestor coletivo” e que aponta a prática da integralidade de forma particular desta microrregião.

Estas representações são identificadas nos discursos, a partir da valorização dos significados apontados, sendo subdivididos em três grupos de sentidos, os quais para nós estão interligados e são indissociáveis: a) integralidade relacionada as práticas e à organização dos serviços; b) integralidade relacionada à forma de perceber os indivíduos e ao cuidado c) integralidade relacionada ao envolvimento do trabalhador e usuário na produção de saúde.

O grupo do sentido apontado nos discursos com maior expressividade refere-se à integralidade relacionada às práticas e à organização dos serviços. Este fato reporta o entendimento de que as representações sociais estão relacionadas com o espaço que o sujeito ocupa na sociedade e dessa forma, a integralidade tanto parte do seu cotidiano de trabalho e das funções que exerce quanto direciona o mesmo.

As práticas muitas vezes são encaminhadas pelos gestores sem uma reflexão sobre as mesmas. Assim, os discursos expressam que ainda que os gestores entendam a importância do planejamento enquanto ação prioritária para organizar os serviços, há inviabilidade dessa prática em decorrência de episódios tidos como 'incêndios', os quais demandam respostas ágeis voltadas para a assistência. Contraditoriamente, outro discurso aponta para o fato de que os gestores ocupam tempo considerável com atividades não prioritárias.

Ao associar as práticas dos gestores e os sentidos atribuídos às diversas 'integralidades' apresentadas no discurso, verificamos que existe um entendimento da necessidade de integração entre setores, profissionais, as diversas secretarias e os entes federados para prestação de assistência integral e efetiva, além do desejo em superar a fragmentação. Porém, a narrativa das práticas ainda aponta para ações pontuais e fragmentadas.

As ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, tratamento e reabilitação são apresentadas de forma dissociada, com espaços e profissionais específicos para cada ação. Discursivamente, o gestor menciona a importância da realização de ações de prevenção e promoção a fim de intervir positivamente na saúde da população, porém, ainda que apresente algumas iniciativas, novamente aponta a prioridade dada às ações médico assistenciais.

A fragmentação entre os serviços ofertados nos três níveis de atenção também é percebida nos discursos e há pouca expressividade de construção de redes de atenção à saúde. Se por um lado, os discursos apontam para a impossibilidade da ESF dar respostas às necessidades do usuário sem a garantia de acesso aos outros níveis de atenção, por outro, apontam com pouca expressividade a relação contrária, o que reflete um entendimento dos gestores de que os serviços especializados por si só são suficientes para garantir a efetividade dos serviços de saúde.

Os discursos assinalam, também, para as dificuldades regionais em garantir serviços denominados de média e alta complexidade em decorrência do não cumprimento do Pacto pela Saúde no que se refere às responsabilidades das três esferas de governo, das limitações financeiras e das limitações decorrentes da própria realidade regional que se apresenta como o maior vazio assistencial do estado e com baixos índices de desenvolvimento humano. Assim é fácil entender que as relações interfederativas são valorizadas e apontadas tanto como ações realizadas pelo gestor quanto como uma prática voltada para a efetivação da integralidade.

O estudo apresenta uma relação interfederativa verticalizada, na qual a esfera municipal ocupa um lugar hierarquicamente inferior, sem capacidade de negociação. Assim, legitima a sua atuação apenas como executor e não como co-responsável sujeito da construção e encaminhamento da política de saúde regional e local, fato que contribui para a distorção de ações de gestão integradas e articuladas entre as esferas de governo.

A ideia central mais expressa quantitativamente tanto no que se refere às ações realizadas pelo gestor quanto ao entendimento sobre a integralidade, indicam a garantia de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Isso confirma a importância atribuída ao acesso, porém a qualidade, a resolutividade, a aproximação com as necessidades reais do usuário e a organização das redes de atenção são muito pouco expressas. Reflete um entendimento limitado da integralidade, que não leva em consideração o 'acesso de qualidade'.

Alguns fatores foram levantados em relação à dificuldade de organizar os serviços de forma a garantir a integralidade da atenção. Além das dificuldades

interfederativas já apresentadas, apontam para a interferência política, os interesses de mercado, os processos de judicialização, a precarização dos vínculos de trabalho, o perfil do profissional médico, a falta de comprometimento de outras secretarias com as questões que envolvem a saúde, a falta de continuidade na gestão e a não adesão dos usuários ao modelo de atenção proposto, que segundo os gestores prioriza a APS com ênfase na ESF.

Verificamos também que apesar de algumas iniciativas para implantar modelos assistenciais alternativos, os serviços de saúde na micro São Mateus, se mantêm organizados a partir do modelo médico assistencial apontando ações de gestão que estão focadas na atenção ou atendimento das necessidades emergenciais, o que aponta a centralidade no conjunto de necessidades voltadas para a garantia do acesso às tecnologias para melhorar, recuperar ou mesmo garantir longevidade.

Já o segundo grupo de sentido atribuído à integralidade está relacionado à forma como o indivíduo é entendido, as relações construídas entre esse e os profissionais e gestores e o cuidado. Os discursos expressam o reconhecimento dos gestores de que os problemas de saúde extrapolam o conceito biomédico; de que é necessário ter um olhar mais ampliado para o usuário, que leve em consideração sua vida familiar, comunitária, psicológica, suas condições econômicas e culturais; e ainda, a escuta, o acolhimento e o vínculo são mencionadas como práticas que contribuem para efetivação da integralidade. Apresentam iniciativas para transformar esse entendimento em práticas como acolher o usuário pessoalmente ou fomentar esse acolhimento junto às equipes a partir de cursos, capacitações, reuniões, grupos de estudo e outros. Porém, concomitantemente, os discursos apontam para priorização da produtividade do trabalhador e valorização do alcance de metas quantitativas. Por outro lado, no nosso entendimento, a percepção do homem em sua totalidade está relacionada com a capacidade desse em gerir a própria saúde, o que implica no empoderamento e na autonomia dos indivíduos. Se esse 'indivíduo total' for alijado dessa capacidade ele se torna um usuário tutelado, ou melhor, um 'indivíduo parcial'.

Esses pontos, citados anteriormente refletem novamente as contradições entre o discurso e a prática. O discurso da totalidade do indivíduo é legitimado pelo conhecimento científico, porém o que se percebe é a prioridade para os aspectos

biológicos na produção de saúde e o pouco investimento em reflexões sobre o fomento da autonomia do usuário. Dessa forma, o sentido da integralidade relacionado ao entendimento do homem em sua totalidade pode acarretar em discursos vazios que contribuem para escamotear a reprodução do caráter biomédico da atenção.

O terceiro grupo de sentidos da integralidade está relacionado com o envolvimento dos trabalhadores e usuários na produção de saúde. O estudo assinala que os gestores têm ciência de que a efetivação da integralidade implica nesse envolvimento, porém na representação dos gestores o envolvimento da população está voltado prioritariamente para uma participação em eventos, ou com o objetivo de expressar suas necessidades. Já em relação aos trabalhadores e a integralidade, o discurso expressa a preocupação com o adoecimento dos mesmos e menciona a necessidade de se ter um olhar integral desse trabalhador.

Nesse contexto, em relação ao usuário, mais especificamente ao usuário do SUS, os discursos apontam representações de que se trata de pessoas de baixo poder aquisitivo, baixa instrução, merecedoras de atenção no sentido humanitário, interesseiras e acostumadas a práticas assistencialistas. Desta forma, os gestores assumem um papel de detentores do saber e de poder e produzem uma relação verticalizada. A partir desse entendimento, torna-se difícil aos gestores acreditar na potência da população e propor iniciativas de fomento para uma participação efetiva.

Já em relação ao trabalhador, mais especificamente ao trabalhador do SUS, são referenciados prioritariamente como profissionais interessados apenas em salários, descomprometidos com a sociedade e com a gestão, sem perfil para atuar em saúde pública. Assim, torna-se complexo os gestores terem um entendimento de que os mesmos podem participar na condução da política de saúde.

Os gestores ao mesmo tempo em que assumem para si a responsabilidade da gestão, transferem as causas dos insucessos para as outras instâncias federadas, para os outros poderes instituídos no país, para os interesses do mercado, para os profissionais ou para os usuários. E ainda, se mantêm em posição passiva tanto em relação à construção das políticas públicas no âmbito macro-organizacional, quanto aos encaminhamentos dessas no âmbito municipal. Nesse sentido, entendemos que

se cria uma situação de desresponsabilização com priorização dos interesses individuais, inibindo iniciativas singulares de mudança e, negando o espaço de gestão como campo privilegiado de negociação e decisão.

Não queremos com isso negar as limitações apresentadas para a efetivação do princípio da integralidade. Tampouco não podemos negar que o gestor vive em constante tensão entre os interesses da população e dos grupos que detém o poder instituído, os quais coexistem, porém apresentam-se muitas vezes de forma contraditória e tornam a produção de saúde um grande desafio.

Por outro lado, entendemos que os próprios gestores estão inseridos numa sociedade, e assim internalizam e reapresentam os valores, crenças e o entendimento sobre saúde presentes na mesma. Dessa forma, ao assumir o cargo de gestor, trazem consigo representações sociais que tensionam com o conhecimento científico adquirido a partir de cursos de capacitação, leituras e a própria prática e que apontam para um arcabouço normativo que em muitos momentos, se apresenta contrário às suas crenças e valores. Como fruto dessa tensão, encaminham as ações de saúde muitas vezes de forma conflitiva e contraditória.

7 REFERÊNCIAS

ADRIANO, J. R. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2012.

ALMEIDA, S.; PINHEIRO, R. A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre práticas avaliativas de integralidade no município de Volta Redonda. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR. A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 253-292.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2010.

ASENSI, F. D. Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 79-97.

ASSIS, M. M. A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p.324-335, set./dez. 2003.

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Cien. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, 2004, p. 583-592. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a06v09n3.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2012.

BARROS, M.E.B.; BENEVIDES DE BARROS, R. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO, S.; BARROS, M. E. B. de. (Org.) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em Saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 61-72.

BAUMAN, Z. **Vida para o consumo: a transformação das pessoas em mercadorias**. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 53-72.

BRASIL. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2010.

_____. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, [on-line], Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 05 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências, [on-line], Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>>. Acesso em: 05 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*. n. 4, supl 2, p. 5-25, 1996.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma do aparelho do estado e as mudanças constitucionais**: síntese e respostas a dúvidas mais comuns. Brasília: MARE, 1997. 23p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0017_M.pdf>. Acesso em: 04 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações de saúde**: dados de alfabetização – 1991 a 2003. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/alfes.def>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Índice de Desenvolvimento Humano, Municipal – 1991 a 2000**. Brasília, 2003b. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm)>. Acesso em: 05 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS**: olhares e vivências. Brasília, 2005.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática. **Regionalização Solidária e Cooperativa**. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS - perguntas e respostas**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual: orientações para organização e funcionamento**. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda**

positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações básicas das cidades**: dados da área da unidade territorial (Km²). Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações de saúde**: dados da população. Brasília, 2010c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popdes.def>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**, 2010d. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 25 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações de saúde**: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pinf10es.def>>. Acesso em: 09 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações de saúde**: Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC, 2011b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/pnves.def>>. Acesso em: 09 fev. 2011.

_____. Ministério das cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. **Panorama do saneamento básico no Brasil**: elementos conceituais para o saneamento básico. Coordenação Geral de Léo Heller. v. 1. Brasília: 2011c. Disponível em: <http://www.saneamentoweb.com.br/sites/default/files/PANORAMA_Vol_1.pdf>. Acesso em: 20 de set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2011d.

CAMARGO, K. R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2007, p. 37-46.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Apresentação. In: BARROS, M. E. B.; FILHOS SANTOS, S. B. (Org.). **Trabalhador de saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ed. Unijuí, 2007.

CARVALHO, M. R. de. **Modelos assistenciais de Unidades Básicas de Saúde e integralidade**. 1991. 412 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/upload%5Carquivos%5Carquivo1_2166.pdf>. Acesso em: fev. 2012.

CARVALHO, G. “Os governos trincam e trancam o conceito da integralidade”. **Radis**, n. 49, set. 2006. Entrevista concedida à Radis. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/49/02.html>>. Acesso em: fev. 2012.

CARVALHO, G. **Universalidade limitada ou integralidade regulada**. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/universalidadelimitada.doc>>. Acesso em: jun. 2011.

CATANI, A. M. A educação como ela é. **Revista Educação**, São Paulo, v. 5, Especial: Biblioteca do Professor, Dossiê: Bourdieu pensa a Educação, p. 16-25, set. 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2012.

CECILIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2010.

DALLARI, D. A. **Direitos Humanos e Cidadania**. 1.ed. São Paulo: Moderna, 1998.

ELIAS, P. E. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Saúde e Sociedade** [online], v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v5n2/03.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo**, 2003. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/pdres_2003_Plano_Diretor.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2010.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Colegiado Intergestor Bipartite microrregional – São Mateus/ES. **Registro memorial**: Instalação da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional de São Mateus. 3 f. Espírito Santo: 27 out. 2005.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Colegiado Intergestor Bipartite microrregional – São Mateus/ES. **Ata da décima terceira reunião ordinária da comissão intergestores bipartite microrregional São Mateus/ES**. 6 f. Espírito Santo: 29 nov. 2007.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Regionalização e Planejamento em Saúde** – nota técnica. Vitória, 2011a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008** – 2011. Vitória, 2008.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de Pactuação do Pacto pela Saúde**. Vitória, 2010b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Colegiado Intergestor Bipartite microrregional – São Mateus/ES. **Relatório da Comissão Intergestores Bipartite microrregional São Mateus/ES**. 1 f. São Mateus, 2011.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Gerencia Estratégica, Planejamento e Desenvolvimento Institucional. **Regionalização e Planejamento em Saúde**: nota técnica 1. Vitória: 2011a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite – CIB. **Resolução nº. 219/11, de 19 de dezembro de 2011**. Institui no Território do Espírito Santo 04(quatro) Regiões de Saúde: Região Norte, Região Central, Região Metropolitana e Região sul. 2011b.

_____. Gerência estadual de assistência farmacêutica. **Parâmetros e orientações gerais para implantação de farmácia cidadã na atenção primária à saúde**. Disponível em: <http://farmaciacidada.saude.es.gov.br/download/Parametros_e_Orientacoes_para_Implantacao_da_Farmacia_Cidada_Municipal.pdf>. Acesso em: fev. 2012.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. IN: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A.D.A. (Org.) **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S/A, 1988.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: fev. 2012.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.2, p.345-353, 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHAES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: FRANCO, T. B.; MAGALHAES JUNIOR, H. M. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2 ed. HUCITEC: São Paulo, 2004.

FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FURTADO, L. A. C.; TANAKA, O. Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 6, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: fev. 2012.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

GIOVANELLA, L. et al. Integralidade da atenção em sistemas municipais de saúde: metodologia de avaliação e intervenção. **Saúde em Debate**, n. 60, p. 37-61, 2002.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300005>>. Acesso em: 08 fev. 2012.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. de O. L. Integralidade, política e produção de conhecimento: em busca de uma sociedade cuidadora. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR. A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 349-365.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Vozes da Participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS: ABRASCO, 2005. p. 225-238.

JELIN, E. Cidadania Revisitada: Solidariedade, Responsabilidade e Direitos. In: JELIN, E. & HERSHBERG, E. (Org.). **Construindo a Democracia: Direitos Humanos, Cidadania e Sociedade na América Latina**. Tradução de Ana Luiza Pinheiro. São Paulo: EDUSP, 2006. p. 155-179.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. da C.; MENEGUZZO, M. **Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcio, parcerias e terceirização no setor saúde**. São Paulo: Annablume, 2006.

LECOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc saúde coletiva** [online], v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2010.

LEFREVE, F.; LEFREVE, A. M. C. **Promoção de saúde: A negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

_____. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n. 20, p.517-24, jul/dez 2006.

_____. **Pesquisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Brasília: Líber Livro Editora, 2010.

_____. **Princípios Organizadores das sociedades contemporâneas**: algumas notas preliminares. São Paulo: IPDSC, 2011.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; FIGUEIREDO, R. Comunicação em saúde e discurso do sujeito coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 5-10, 2010.

LOPES, T. C.; HENRIQUES, R. L. M.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2007. p.29-40.

LUZ, M. T. Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 17-37.

MACHADO, K. Experiências inovadoras no ensino da saúde. **RADIS comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 49, p. 10-15, set. 2006.

MATTOS, R. A. Sobre os limites e possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M.S. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e pesquisa**: resposta frente à AIDS no Brasil. ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro: 34, 1. ed., 1999.

_____. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

_____. O Incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p.77- 108, 2002.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2010.

_____. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p.369-383.

_____. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface – Comunic, Saude, Educ**, v. 13, supl. 1, p.771-780, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500028&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 dez. 2010.

MATTOS, R. Direito e saúde: caminhos para universalidade e equidade expositor. **V Seminário Internacional Direito e Saúde e IX Seminário Nacional Direito e Saúde** - mesa de exposições. Escola Nacional de Saúde Pública: 2010a.

MATTOS, R. A. (Re) visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. **Ciênc Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2327-2336, ago. 2010b. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2011.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1993.

_____. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário: O processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1994. p. 19-91.

_____. **Distrito Sanitário:** O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 1995.

_____. **A organização da Saúde no Nível Local.** São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. Avançando no federalismo sanitário brasileiro: a descentralização convergente. In: KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. da C.; MENEGUZZO, M. **Inovação e cooperação intergovernamental:** microrregionalização, consórcio, parcerias e terceirização no setor saúde. São Paulo: Annablume, 2006. p. 13-22.

_____. **A modelagem das redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/oficina_atencao_saude/A%20MODELAGEM%20DAS%20REDES%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20%C3%80%20SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: fev. 2012.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S.; CECÍLIO, C. L. C. (Org.). **Inventando a mudança.** São Paulo. HUCITEC, 1994a.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. **Democracia e saúde:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1998a. p. 125-141.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã Editora, 1998b. p. 103-120.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2011.

_____. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS:** Apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção, 2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-12.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2010.

_____. **Acolhimento na rede de serviços.** Palestra no Seminário sobre Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo: mar. 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-31.pdf>>. Acesso em: fev. 2012.

_____. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p.195-206

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Recife: UFPE, 2004. p. 45-76. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2010.

MINAYO, M. C. de S. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Ciênc Saude Coletiva**. São Paulo, v. 8, n.1, p. 97-107, 2003. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0245.pdf>>. Acesso em 23 jul. 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de Programação. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1993, 2 ed., p. 65-116.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciênc Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 jan. 2011.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: 2004, p. 41-94.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 609-623, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 dez. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. **Declaração Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: fev. 2012.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. IN: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

_____. **Desafios da saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

_____. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol Inst Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2012.

PAULI, L. T. S. **A integralidade das ações em saúde e a intersectorialidade municipal**. 2007. 211p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2010.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2001.

_____. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

_____. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. São Paulo: HUCITEC, 2004.

_____. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 17-37.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2006. p. 13-35.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. p. 23-38.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Apresentação da 4ª Edição. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007, p. 7-8.

PORTO, M. F. de.; ALMEIDA, G. E. S. de. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciênc saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 335-347, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 ago. 2010.

QUALIQUANTISOFT. Disponível em: <<http://www.spi-net.com.br/registro.asp>>. Acesso em: out. 2010.

ROLLO, A. A. É possível valorizar o Trabalho na Saúde num mundo “Globalizado”? In: SANTOS FILHO, S.; BARROS, M. E. B. de. (Org.) **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em Saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007, p. 19-60.

SAMPAIO, J.; ARAÚJO JÚNIOR, J.L. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. Recife: **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n.3, p. 335-46, jul/set. 2006.

SANTIAGO, L. V. As representações sociais na relação teoria-prática: possibilidades de pesquisas. **Anais do V Colóquio de Epistemologia da Educação Física**, Maceió-AL, Brasil, 22 e 23 de outubro de 2010.

SANTOS, B. S. Os processos da globalização. In: SANTOS, B. S. A (Org.) **Globalização e as ciências sociais**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2005. p.25-95.

SANTOS, N. R. A reforma do Estado ‘SUS’ e a proposta das fundações públicas ou estatais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 120-128, jan./abr. 2006.

SANTOS, L. **O SUS e o sentido de pertencimento**. Blog Direto Sanitário: Saúde e Cidadania, 2010. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/04/23/o-sus-e-o-sentimento-de-pertencimento>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizadas: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS FILHO, S.; BARROS, M. E. B. de. (Org.) **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em Saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007, p. 73-96.

SANTOS-FILHO, S. B. A; BARRO, M. E. B. de; GOMES, R. S. Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 603-13, 2009.

SANTOS-FILHO, S. B. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na atenção básica e hospitalar: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência**. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/estrategiabrasileirinhos/manualavaliacao5>>. Acesso em: fev. 2012.

SANTOS, M. D. M. dos; CAZOLA, L. H. de O. Adesão à vacina de influenza na área urbana de Aquidauana-MS coberta pelo Programa Saúde da Família. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, jun. 2008. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2011.

SCHIAVO, M. R.; MOREIRA, E. N. **Glossário Social**. Rio de Janeiro: Comunicarte, 2005. Disponível em: <<http://www.comunicarte.com.br/site-comunicarte/downloads/glossario-social.pdf>>. Acesso em: fev. 2012.

SCHRAIBER, L. B. Programação hoje: a força do debate. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). Programação em saúde hoje. São Paulo: HUCITEC, 1993, 2ª Ed., p. 11-35.

SILVA, F. H. da; BARROS, M. E. B. de. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010, p. 383-391.

SILVA JUNIOR; ALVES. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P. 27-41. Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>.

Acesso em: 10/04/2011.

SILVA, J. P.; GULJOR, A. P. Gestão em Redes e Construção da Integralidade da Atenção e do Cuidado em Saúde: notas para um debate. In: FERREIRA, S. C. C. (Org.). **Gestão em saúde**: contribuições para a análise da integralidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 23-42.

SOUZA, E. M. de.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1357-1360, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n5/30.pdf>>. Acesso em 08 ago. 2010.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Porto Alegre: **Sociologias**, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez, 2006.

SPEDE, S. M.; TANAKA, O. Y.; PINTO, N. R. da S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1781-1790, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n8/14.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf>. Acesso em: jan. 2012.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 287-303, 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 jan. 2011.

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.153-162, 2002.

_____. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.

_____. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 13, supl. I, p. 785-789, 2009.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de Saúde entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2007. p. 91-113.

TORO, B. **O que é Mobilização Social**. Disponível em: <<http://www.nossasalvador.org.br/site/colunas/135-o-que-e-mobilizacao-social>>. Acesso em: fev. 2012.

TRAD, L. A. B. Necessidades de saúde: desafios (que persistem) no plano conceitual e da sua operacionalização nos serviços sanitários. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 39-54.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação, São Paulo: Atlas, 2006.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report**. United Nations: New York: 2011. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf>. Acesso em: fev. 2012.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VIANA, A. L. D'Á.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e Federalismo: A Política de saúde em Novo Contexto - Lições do Caso Brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13027.pdf>>. Acesso em: fev. 2012.

VIANA, A. L. d' Á.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2011.

VIEGAS, S. M. da F. **Integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais**. 2010. 282f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem- Belo Horizonte. 2010.

APENDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PESQUISADOS

Dados de identificação:

Município: _____

Vínculo empregatício: _____

Função: _____

Cargo: _____ Tempo que atua ou atuou no cargo: _____

Dados pessoais

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____ anos

Escolaridade:

Médio ()

Técnico () Qual(is)? _____

Superior () Qual? _____ Ano da formatura: _____

Qual? _____ Ano da formatura: _____

Pós graduação: Especialização () Mestrado () Doutorado ()

Qual? _____ Ano da formatura: _____

Qual? _____ Ano da formatura: _____

Dados profissionais:

Já atuou na saúde: () sim () não

Já ocupou cargos de gestão anteriormente: () sim () não

Experiência profissional:

Função _____ Período: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1 - Conte um pouco sobre a sua rotina e as suas ações enquanto secretário de saúde

2 - Tem alguma experiência que você tenha implantado ou implementado e que avalie como uma experiência de sucesso?

3 - Tem alguma experiência que você tenha implantado ou implementado e que avalie como uma experiência que não deu certo?

4 - Você acha que essas experiências têm alguma coisa a ver com o princípio da integralidade?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Eu, Bela Feiman Sapiertein Silva estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Integralidade: saberes e práticas de gestores municipais de saúde” que tem como objetivo “Analisar o entendimento teórico e a narrativa das práticas dos gestores municipais da microrregião São Mateus-ES sobre o princípio da integralidade”

Acredita-se que a partir deste estudo será possível compreender a realidade dos processos de gestão no que se refere a efetivação da integralidade na microrregião São Mateus de forma a contribuir com a reorganização destes processos de gestão para a consolidação dos princípios do SUS.

O(A) Sr.(Sra.) esta sendo convidado(a) para participar desta pesquisa a qual será de caráter voluntário, não havendo nenhum tipo de remuneração para tal. Para tanto solicitamos que leia as informações sobre a mesma e sobre sua participação como sujeito da pesquisa e caso concorde, pedimos que dê seu consentimento livre e esclarecido, fazendo constar a sua assinatura ao final deste documento.

Na coleta de dados serão utilizados dois instrumentos: Anexo 1 – Formulário de identificação do gestor; Anexo 2 – Roteiro para entrevista semi-estruturada. Os instrumentos serão aplicados em encontros entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa, em local e data previamente agendados, respeitando a disponibilidade dos mesmos. As entrevistas terão um tempo duração de cerca de 30 a 60 minutos, serão gravadas e transcritas para posterior análise do material a partir de uma abordagem qualitativa. Todas as informações obtidas neste estudo serão analisadas em conjunto, resguardando a identificação nominal do sujeito pesquisado, porém, por se tratar de uma pesquisa que envolve narrativa das práticas do cotidiano nos municípios, entende-se que o anonimato pode não ficar garantido.

Não haverá nem acarretará nenhum tipo de risco(s) nem desconforto para o(a) Sr.(Sra.) pela sua participação. Também não trará gastos de qualquer natureza. Outrossim, se sentir necessidade, o(a) Sr.(Sra.) poderá solicitar esclarecimentos à pesquisadora e interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem ônus de qualquer natureza. Asseguramos que o que for dito será respeitosamente utilizado. Desde já agradecemos a sua atenção e colaboração.

Informações:

Mestranda: Bela Feiman Sapiertein Silva. familiafeiman@terra.com.br, (27) 9918-9938.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gladys Amelia Veléz Benito. gladysv@terra.com.br, (27) 9709-0924.

Autorização: Eu.....portador do RG.....declaro que li as informações contidas neste documento, recebi uma cópia deste formulário e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar como sujeito dessa pesquisa e autorizo o uso parcial ou integral das informações por mim prestadas, para fins exclusivos do desenvolvimento do estudo acima referido.

Vitória,..... de.....de 2010.

Obs: Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa do pelo telefone 33357504 ou pelo e-mail cep@ccs.ufes.br.

APÊNDICE D – TABELA DE CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES

TABELA 1 – Caracterização dos gestores

Características	N	%
Sexo		
Feminino	08	50,0
Masculino	08	50,0
Total	16	100,0
Idade (anos)		
27 a 35	04	25,0
36 a 47	09	56,2
48 a 58	03	18,7
Total	16	100,0
Tempo no cargo		
< 1 ano	03	18,7
> 1 ano	13	81,2
Total	16	100,0
Vínculo empregatício		
Comissão	12	75,0
Efetivo	04	25,0
Total	16	100,0
Grau de escolaridade		
Superior completo	05	31,2
Superior incompleto	01	6,2
Pós-graduação na área da saúde	09	56,2
Pós-graduação fora da área da saúde	01	6,2
Total	16	100,0
Já ocupou cargo de gestor		
Sim, na área da saúde	07	43,7
Sim, fora da área da saúde	03	18,7
Não	06	37,5
Total	16	100,0
Já atuou na área da saúde		
Sim	13	81,2
Não	03	18,5
Total	16	100,0
Profissão		
Administrador	07	43,7
Assistente Social	02	12,5
Biólogo	01	6,2
Dentista	01	6,2
Enfermeiro	01	6,2
Gestão em recursos humanos	01	6,2
Pedagogo	01	6,2
Psicólogo	01	6,2
Técnico em Enfermagem	01	6,2
Total	16	100,0

**ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Vitória-ES, 09 de dezembro de 2010.

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Gladys Amélia Vélez Benito
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado:
**“Integralidade: percepção sobre a própria prática na vivência dos gestores
Municipais de saúde que compõem a Microrregião São Mateus - ES”.**

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 233/10 intitulado: **“Integralidade: percepção sobre a própria prática na vivência dos gestores Municipais de saúde que compõem a Microrregião São Mateus - ES”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 08 de dezembro de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

Prof.^a Dra. Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES