

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Gabriela Rêgo de Almeida Munõz

GESTÃO PARTICIPATIVA NO COLEGIADO DE GESTÃO NA ÁREA DE
PLANEJAMENTO 5.3 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2015

Gabriela Rêgo de Almeida Muñoz

GESTÃO PARTICIPATIVA NO COLEGIADO DE GESTÃO NA ÁREA DE
PLANEJAMENTO 5.3 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
em Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Dr. Ramon Peña

Co-orientadora: Dr^a. Vera Joana Bornstein

Rio de Janeiro
2015

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

M967g

Munõz, Gabriela Rêgo de Almeida

Gestão participativa no colegiado na área de planejamento 5.3 no município do Rio de Janeiro / Gabriela Rêgo de Almeida Munõz. - Rio de Janeiro, 2015.

116 f.

Orientador: Ramon Peña

Co-orientadora: Vera Joana Bornstein

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

1. Gestão Participativa. 2. Colegiado Gestor. 3. Estratégia da Saúde da Família. 4. Educação em Saúde. I. Peña, Ramon. II. Bornstein, Vera Joana. III. Título.

CDD 331.11

Gabriela Rêgo de Almeida Muñoz

GESTÃO PARTICIPATIVA NO COLEGIADO DE GESTÃO NA ÁREA DE
PLANEJAMENTO 5.3 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
em Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 08/06/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ramón Peña Castro (Fiocruz / EPSJV)

Profa. Dra. Márcia Cavalcanti Raposo Lopes (Fiocruz / EPSJV)

Profa. Dra. Sonia Acioli de Oliveira - Doutora (UERJ)

Profa. Dra. Vera Joana Bornstein (Fiocruz / EPSJV)

*Dedico este trabalho
aos meus pais, Anibal e Lourdes,
à minha família Aila, Luna e Eduardo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que sempre esteve do meu lado, me iluminando, dando coragem para prosseguir na caminhada, que por algumas vezes pensei em desistir e que me deu força e me fez acreditar que é possível sonhar e alcançar o sonho...

À minha família em especial aos meus pais Anibal e Lourdes que sempre me incentivaram e apoiaram. As minhas filhas Aila e Luna que por muitas vezes estavam do meu lado me dando força e condições para que eu seguisse em frente, só posso afirmar que agradeço por elas darem um sentido maior e melhor a tudo que realizo e sonho realizar... Ao Eduardo que por vários momentos assumiu papel duplo de pai e mãe favorecendo condições para que eu pudesse desenvolver a dissertação.

À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio que me trouxe oportunidades de refletir a minha relação com o campo da saúde, que me possibilitou reconhecer a educação profissional em saúde como um espaço de aprendizado e atuação, e que me permitiu um cotidiano de encontros com pessoas com as quais compartilho projetos, incertezas e trabalhos que dão sentido a minha vida profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro onde exerço minhas atividades laborais com grande amor e dedicação.

Ao Professor Ramon Peña, que desde o primeiro momento demonstrou confiança nas minhas escolhas de pesquisa.

À Vera Joana Bornstein minha mais que co orientadora, aceitou o desafio e acreditou no meu objeto de estudo intervindo de modo delicado e preciso para que eu fizesse desse processo um aprendizado singular na minha história, só tenho muito a agradecer.

As professoras Márcia Lopes e Sônia Acioli que contribuíram com suas anotações e observações no momento da qualificação.

À minha Coordenadora da CAP 5.3 Leila Marino que possibilitou e acreditou no meu investimento intelectual possibilitando minha liberação parcial da carta horária.

À assessora e amiga Ana Carla Bicaco que no dia a dia me incentivou e apoiou nesta trajetória.

Aos profissionais das Clínicas da Família Deolindo Couto, Lourenço de Mello e Valéria Gomes Esteves, mas em particular aqueles que me permitiram acompanhar de perto seu cotidiano; que me concederam entrevistas e me permitiram o envolvimento com várias

formas de acesso ao trabalho na Saúde da Família. Mantendo os pseudônimos: Valeska, Mário, Janaína, Débora, Maria, Vilma, Roberta, Kátia e Gilmar. Mil vezes obrigada.

As amigas Carmen, Ana Conceição, Naja, Danielle e Giselle Mendes que por várias vezes em minha ausência desenvolveram o trabalho de apoio e supervisão do território de atuação.

Aos colegas da CAP 5.3/ DAPS Hermes, Luis Alberto, Níria, Ana Cláudia, Ismael, Liliane, Lilian Gomes, Lilian Souza, Cláudia, Luciana Ribas, Mariana, Heliane, Andréa Conceição, Érica, Arari, Ludmila, Cristiane, Andréa Luna, Simere, Andrea Camilo, Carol, Cilene, Mariza, Mírian, Patrícia Fonseca, Juliana, Augusta, Débora, Jarbas, Patricia, Maria Beatriz e Gisele que solidariamente aceitaram incorporar atividades que poderiam ser a mim direcionadas, acreditando no meu trabalho e me dando força na trajetória. Essa é uma forma de apoio importante para quem concilia estudo e trabalho.

À Paula Brandão, Flávio Augusto e Luciana que me deram muita força e incentivo no início desta caminhada possibilitando cumprir mais uma etapa da minha vida profissional.

Ao colega Ricardo Melo que trabalhou comigo na formatação do trabalho.

Aos professores do mestrado, cujas disciplinas tiveram contribuição direta para essa pesquisa.

A todos os colegas de mestrado que com o decorrer do tempo se tornaram amigos e irmãos. Em especial ao Flávio Augusto, Luciana e Áurea que com suas sabedorias me ajudaram com orientações e discussões que fizeram a diferença na construção da dissertação.

A todos que indiretamente ou diretamente que me tocaram, me ouviram, me olharam com ternura e se fizeram importante durante a construção deste trabalho. Muito obrigada de coração.

*“Quem tem luz exterior caminha sem tropeçar,
quem tem luz interior caminha sem medo de
viver...”*

(Augusto Cury)

RESUMO

Esta dissertação analisa a experiência de implementação da gestão participativa proposta pela Secretaria Municipal de Saúde/RJ em três unidades de saúde da família da Área de Planejamento 5.3 tendo como referência o enfoque da educação popular. Em 2011, uma das diretrizes da SMS/RJ para a atenção primária foi à implantação do colegiado gestor nas unidades básicas tendo sido realizada uma Oficina de Formação para Colegiado de Gestão, a fim de formar profissionais para serem facilitadores dos colegiados de gestão no território. A metodologia utilizada neste trabalho foi à pesquisa qualitativa, utilizando a técnica da história oral. Foram entrevistados nove profissionais da ESF que haviam participado da Oficina realizada em 2011. No entendimento dos entrevistados gestão participativa está focada na melhora do funcionamento da unidade, o colegiado gestor se resume à participação das lideranças, limitando uma participação mais democrática da população e centrada no gestor da unidade. Os profissionais reconhecem a importância do colegiado gestor, mas não identificam a educação popular como uma metodologia para a valorização do saber popular e viabilização do diálogo. Foi constatada a necessidade de avançar nas práticas de uma gestão participativa mais democrática e na identificação do colegiado gestor como espaço para atividades voltadas à mobilização social. O enfoque de educação popular em saúde seria fundamental para a valorização do saber popular, o entendimento da percepção do usuário, a formação de uma consciência crítica e a promoção da autonomia das pessoas.

Palavras-Chave: Gestão Participativa. Colegiado Gestor. Estratégia da Saúde da Família. Educação Popular em Saúde.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the implementation experience of the proposed participatory management by the Municipal Health / RJ in three family health units of Planning Area 5.3 with reference to the approach of popular education. In 2011, one of the guidelines of the SMS / RJ for primary care was the implementation of the Administration Committee in the basic units having been held a training workshop for Board of Management in order to train professionals to be facilitators of management boards in the territory. The methodology used was the qualitative research, using the technique of oral history. Nine professionals were interviewed who had participated in the ESF workshop held in 2011. In the opinion of respondents participatory management is focused on Drive Health improves, the Administration Committee comes down to the participation of leaders, limiting a more democratic participation of the population and centered unit manager. Professionals recognize the importance of the Administration Committee, but did not identify the popular education as a methodology to value the popular knowledge and facilitation of dialogue. The need to advance the practices of a more democratic and participatory management in identifying the Administration Committee as a space for activities aimed at social mobilization was found. The popular education focus on health would be fundamental to the appreciation of popular knowledge, understanding of user perception, the formation of a critical conscience and the promotion of people's autonomy.

Keywords: Participative Management. Collegiate Manager. Family Health strategy. Popular Education in Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mapa do Município do Rio de Janeiro por bairros	66
Figura 2 Mapa com Localização das Unidades de Saúde da Área	70
Figura 3 Mapa da 5.3 com a divisão em complexos	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Pirâmide populacional da AP 5.3	67
Gráfico 2 Principais grupos de causa de óbito AP 5.3	68
Gráfico 3 Expansão da Estratégia de Saúde da Família no ano de 2009 a 2014	73
Gráfico 4 Número de pessoas cadastradas – IBGE 2010xPEP 2014	73

LISTA DE QUADROS

Quadro1 Profissionais que participaram da oficina por unidades e que se mantiveram na ESF até 2014	28
Quadro2 Expansão da população das famílias cadastradas da ESF por unidade no período de 2009 à 2013 na AP 5.3	72
Quadro 3 Situação das unidades de acordo com a execução dos serviços da Carteira básica de Serviços da Atenção Primária	76

LISTA DE SIGLAS

ANEPS – Articulação

AP - Área de Planejamento

APS – Atenção Primária à Saúde

CAP – Coordenação de Área de Planejamento

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CTA – Comissão técnica de Acompanhamento

CF – Clínica da família

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FHC – Fernando Henrique Cardoso

GP – Gestão Participativa

GAT – Grupo de Apoio Técnico

HO – História Oral

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

MCP – Movimento de Cultura Popular

MOBRAL – Movimento Brasileiro de Alfabetização

NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

NGP – Nova Gestão Pública

OSS – Organização Social

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PEP – Prontuário Eletrônico

PNGEP – Política Nacional de Gestão Participativa

PDRAE – Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PROESF – Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família

PNEPS – Política Nacional de Educação Popular

SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SUBPAV – Superintendência de Atenção Primária e Vigilância e Promoção de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TEIAS – Território Integrado de Ações em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	13
1.1.	OBJETIVO GERAL	23
1.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
II.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
2.1.	UNIVERSO DE PESQUISA	28
2.2.	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	29
2.3.	IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	30
III.	REFERENCIAIS TEÓRICOS	31
3.1.	MODELOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA E A INSERÇÃO DO COLEGIADO GESTOR NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	31
3.1.1.	Os espaços de participação popular nas políticas de saúde no Brasil	31
3.1.2.	A política nacional de atenção básica e a estratégia de saúde da família	35
3.1.3.	Entendimento de gestão na saúde, gestão participativa e cogestão	36
3.1.4.	O espaço dos colegiados gestores	42
3.2.	EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO METODOLOGIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO COLEGIADO GESTOR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	48
3.2.1.	Educação popular em saúde e sua historicidade	48
3.2.2.	Educação popular em saúde como política	52
3.2.3.	A relação da educação popular com os profissionais de saúde	54
IV.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	61
4.1.	ANÁLISE DOCUMENTAL: A GESTÃO PARTICIPATIVA NO TERRITÓRIO DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.3	61
4.1.1.	Localização geográfica da área programática 5.3 (AP 5.3)	61
4.1.2.	Características demográficas e socioeconômicas	62
4.1.3.	Situação epidemiológica	63
4.1.4.	Território integrado de assistência à saúde	64
4.1.5.	Evolução da atenção primária na AP 5.3	66
4.1.6.	As diretrizes da gestão participativa no município do Rio de Janeiro	69
4.1.7.	Contrato de gestão da SMS/RJ-CAP 5.3 com a organização de saúde - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM	72
V.	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: A GESTÃO PARTICIPATIVA NA AP 5.3 NA PERSPECTIVA DOS ENTREVISTADOS	75
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	98
	ANEXO 1	106
	ANEXO 2	107
	ANEXO 3	108
	ANEXO 4	109
	ANEXO 5	112
	ANEXO 6	115

I. INTRODUÇÃO

Este estudo visa analisar as práticas utilizadas pelas unidades de Saúde da Família da Área de Planejamento 5.3 (AP) do Município do Rio de Janeiro, para implementação da gestão participativa, tendo como referência o enfoque da educação popular.

Meu interesse em estudar a Estratégia de Saúde da Família surge em 2001, ao cursar a especialização em “Enfermagem na Saúde da Família e da Comunidade” na UERJ e como enfermeira do Grupo de Apoio Técnico (2003) atuando no nível da gestão operacional. Em 2007, ao assumir a “Supervisão Operacional” da estratégia, inserida na Coordenação de Área de Planejamento 5.3 (CAP 5.3) despontaram as primeiras inquietações sobre a organização do processo de trabalho das equipes e sua discussão junto à comunidade. No ano de 2010/11 cursei a Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos e Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos em Saúde pela ENSP/FIOCRUZ obtendo assim uma maior aproximação com a gestão. Posteriormente participei da construção do Território Integrado de Ações em Saúde (TEIAS) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

As experiências no âmbito da gestão na Coordenação de Área de Planejamento 5.3 (CAP 5.3) despertaram meu interesse de aprofundar o conhecimento sobre a gestão participativa na perspectiva das equipes de saúde da família, dado seu caráter transversal, e no meu entendimento de ter um forte valor no processo de transformação social. Este interesse foi ampliado a partir da Oficina de Formação para Colegiado de Gestão realizada em abril de 2011, a fim de formar profissionais das Áreas de Planejamento para serem facilitadores dos colegiados de gestão no território.

A Área de Planejamento 5.3 abrange três bairros da Zona Oeste (Santa Cruz, Paciência e Sepetiba), possui uma superfície geográfica de 163.730 km² e uma população de 368.534 habitantes (IBGE, 2010), o que corresponde a 6% da população do município.

A rede municipal de saúde até 2009 era composta pela Policlínica Lincoln de Freitas Filho, o Centro de Atenção Psicossocial Simão Bacamarte e treze Unidades Básicas de Saúde (UBS). No âmbito estadual, a rede contava com o Hospital Estadual Pedro II, localizado em Santa Cruz, e uma Unidade de Pronto Atendimento, além de quatro unidades particulares conveniadas ao SUS: Clínica de Repouso Santa Edwiges (Psiquiatria), Centro Médico Palmeiras (Fisioterapia), Casa de Saúde República da Croácia e Santel (Diálise).

O processo de implantação da ESF na AP 5.3 foi iniciado em 2000, sendo utilizadas como sedes unidades da rede já existentes e recursos humanos terceirizados. A partir de

2001, iniciou-se a ampliação da cobertura da ESF, com equipes formadas por funcionários da rede e novos profissionais terceirizados. Os locais de implantação foram definidos pela CAP junto aos Conselhos Distritais.

Em 2007, foi iniciado o processo de transformação de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) tidas como tradicionais, para atuarem como Unidades de Saúde da Família.

O cenário no final do ano de 2008 apontava para a cobertura de aproximadamente 32% da população, com 35 EqSFs (Equipes de Saúde da Família), 18 ESBs (Equipes de Saúde Bucal) e 2 equipes de PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde).

No município do Rio de Janeiro, o alinhamento político dos entes federal, estadual e municipal no ano de 2009 permitiu um investimento inicial de cerca de R\$ 140 milhões entre recursos municipais e federais, a serem aplicados na Área de Planejamento 5.3 do município do Rio de Janeiro, para reorganização da Atenção Primária e cobertura de 100% da população com Estratégia de Saúde da Família, através do Projeto Saúde Presente.

Todas as unidades primárias de saúde municipais estão subordinadas localmente a CAP 5.3. Em 2014, a região alcança a marca de 97% de cobertura da ESF, com 114 equipes de saúde da família. O núcleo central da gestão municipal da saúde optou pelas organizações sociais de saúde (OSS), como modalidade de gestão, considerando esta uma alternativa de flexibilidade e agilidade gerencial, autonomia financeira e administrativa. Este modelo teve sua implantação garantida através da Lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009, conhecida como Lei das OSS.

A operacionalização da Oficina de Formação para o Colegiado de Gestão na AP 5.3, aconteceu em três unidades no segundo semestre de 2011: Clínica da Família (CF) Valéria Gomes Esteves com 05 equipes, CF Lourenço de Mello com 04 equipes e CF Deolindo Couto com 05 equipes. Os encontros ocorreram durante as reuniões de equipe, onde havia a participação da maioria dos profissionais que ali se encontravam. Em um primeiro momento do encontro, problematizamos o conceito de colegiado de gestão através de uma dinâmica onde todos tiveram a oportunidade de expor o seu saber sobre o tema. No segundo momento foi trabalhado um texto sobre a temática, (material discutido na oficina) de fácil entendimento, e as leis 8080 e 8142 do SUS, embasando a discussão da participação popular. O objetivo deste encontro era de sensibilizar as equipes para a aproximação com os usuários da localidade, com o intuito de compartilhar e discutir de forma democrática os problemas relativos ao território, exercendo um gerenciamento participativo e democrático, na pactuação e responsabilização pelas decisões tomadas. As unidades ficaram com a missão de convidar

lideranças formais ou informais para apresentação da proposta de implantação do colegiado de gestão através de um encontro. Avaliando as oficinas desenvolvidas, percebi a dificuldade das equipes e dos gestores em relação ao entendimento e aprimoramento do colegiado de gestão, como parte do processo de trabalho destas equipes. Uma das diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro para a atenção primária é a implantação do colegiado gestor nas unidades básicas, orientação esta, que consta na **carteira de serviços da atenção primária**.¹

Baseada em tais experiências surgiram questionamentos que me levaram à necessidade de desenvolvimento de novos saberes, tanto no campo das habilidades específicas da profissão, quanto no campo da gestão do serviço e nos conhecimentos voltados para a saúde pública.

Um dos aspectos relevantes que motivou a investigação deste tema foi a percepção de que a estratégia de saúde da família teria um grande potencial para o desenvolvimento da gestão participativa, numa perspectiva de emancipação, autonomia, solidariedade, justiça e equidade por ser uma proposta de trabalho multiprofissional direcionada para reorganização do modelo de atenção a saúde, com foco na família, inserção no território, participação da comunidade e intersetorialidade.

Por outro lado, este interesse se fundamenta também no contexto internacional e nacional, onde a participação popular toma importância na gestão dos serviços.

No contexto histórico internacional, destaco alguns documentos construídos no decorrer do século XX que estimulam a participação da comunidade no desenvolvimento da saúde, principalmente a Declaração de Alma Ata (Cazaquistão), fruto da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978, cuja parte final enfatiza os cuidados primários como a melhor forma para a população alcançar uma saúde aceitável, em um futuro próximo. Ficou conhecida esta meta como “saúde para todos no ano 2000”, que culminou na implantação dos programas de atenção primária em saúde em vários países. Cabe ainda mencionar a Carta de Otawa (Canadá) em 1986, documento este que foi apresentado na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde onde são mencionados fatores importantes para o alcance de uma política de saúde para todos de forma equânime e universal, assim como a Declaração de Adelaide (Austrália) de 1988 que destacou a importância da ação comunitária para o desenvolvimento da saúde da população, enfatizando

¹ "Carteira de Serviços." A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) é um documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro. 2011. 23 Oct. 2013 <http://200.141.78.78/dlstatic/10112/137240/DLFE-228988.pdf/carteiraresumida_final1..pdf>

o tema de políticas públicas saudáveis. Estes documentos enfatizam, entre outros, a participação social na gestão e no controle das atividades do campo da saúde.

Nos anos 80, inicia-se no Brasil um movimento de Reforma da Saúde, integrando as lutas para uma redemocratização do país. A consolidação da proposta da Reforma Sanitária é resultado do avanço do movimento sanitário, da ampliação da organização popular e da emergência de novos atores sociais no campo da saúde. Importantes marcos na criação do SUS foram a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que fortaleceu o Movimento de Reforma Sanitária, e posteriormente, a Constituição Brasileira (1988) que definiu a saúde como “um direito de todos e dever do Estado”.

O SUS foi implantado de forma gradual em aplicação das Leis nº 8.080 e a Lei 8.142, ambas de 1990, sendo que esta última tem como uma de suas principais características o controle social, ou seja, a participação dos usuários na gestão do serviço.

O Sistema de Saúde Brasileiro foi marcado por transformações intensas nas últimas décadas, com mudanças que ocorreram ao mesmo tempo, no âmbito político-institucional a partir dos anos 80, no chamado processo de redemocratização.

Em 1988 a participação social no SUS tornou-se um direito reconhecido na Constituição Federal, como resultado da luta dos movimentos sociais, abrindo a gestão pública a novos atores sociais. No contexto específico da saúde, a participação surge como um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do planejamento, na implantação e na fiscalização das políticas públicas em saúde, por meio dos conselhos e conferências. No entanto, percebem-se desafios para a efetivação da participação social, pois apenas a garantia legal da existência desses espaços não garante sua real concretização como instâncias de participação e controle social (VIEIRA, 2013).

Segundo as recomendações do SUS, é de competência dos municípios a organização dos serviços de atenção básica, que envolvem:

...um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2012. p.19)

Neste contexto, o Programa de Saúde da Família foi idealizado em 1993, oficializado em 1994, mas a sua expansão nacional efetiva ocorreu a partir de 1995 (BRASIL, 1997).

Passa a ser prioridade no Plano de Metas do Ministério da Saúde, desde 2006 sendo considerada uma estratégia de governo e assumindo o nome de Estratégia Saúde da Família.

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012. p.54)

No Município do Rio de Janeiro em 1999 começaram a ser implantadas as primeiras equipes de Saúde da Família. No ano de 2003, com o Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família (PROESF) foram implantadas novas equipes no município. Inseridas nesta perspectiva e com o objetivo de apoiá-las quanto a sua implantação, acompanhamento do processo de trabalho, educação continuada das equipes, assessoria técnica e avaliação da estratégia, criou-se o Grupo de Apoio Técnico (GAT) nas 10 Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro, grupo este específico do município que foi extinto em 2009. Posteriormente a nível nacional foi implantado o NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família) uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família.

A modernização do país tem sido conservadora, sem mudanças em elementos expressivos do passado, não havendo ruptura de estruturas de profunda desigualdade econômica, social, cultural e educacional (BEHRING, 2008). No campo da saúde existem espaços como os conselhos e as conferências de Saúde, no entanto, a participação se dá, sobretudo por meio de representantes de organizações e instituições, tendo uma participação limitada diretamente da população em geral.

No entanto, a participação da sociedade não se deu na formulação das políticas. Ao mesmo tempo, a aparelhagem estatal se eximiu da execução direta das políticas sociais e repassou recursos e responsabilidades à iniciativa privada para sua execução. A “nova” sociedade civil organizada, de acordo com Duriguetto (apud NEVES, 2005, p. 97) “é concebida como uma esfera pública não estatal de cidadania, como espaço de interação social que também homogeneamente, aglutina esforços na direção do bem comum, do interesse público”.

A noção mistificada e mistificante de “capital humano” (anos 60/70), proposta por Schultz, caracteriza um montante de investimentos que a nação ou o indivíduo fazem na expectativa de retornos adicionais futuros. Esta vem sendo redefinida ou ressignificada pelas noções de “sociedade do conhecimento”, “qualidade total”, “pedagogia das competências” e empregabilidade. (FRIGOTTO, 2009, p.68).

Adotando a tese do investimento em capital humano no Brasil, Simonsen idealizou o Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL), com a perspectiva da teoria econômica neoclássica ou marginal, segundo a qual o indivíduo mais escolarizado é mais produtivo, obtendo maior renda, já que o capital supostamente remunera os fatores de produção de acordo com sua contribuição na produção.

A teoria do capital humano, coerente com a ideologia legitimadora da ordem capitalista ignora a realidade das relações econômicas e políticas, de poder e dominação do capital sobre o trabalho alienado.

Frigotto (1997, p. 90) destaca o surgimento de novos sujeitos sociais que emergiram nas duas últimas décadas, com o intuito de romper com os esquemas das classes dominantes² brasileiras, que historicamente definem “a democracia² para poucos”. Estes novos sujeitos coletivos estão organicamente vinculados às lutas pelos direitos, não apenas políticos, mas sociais, das classes populares².

Sinaliza que o caminho não é a regressão, de face à crise, mas é o salto para novas formas sociais, que vários autores denominam de socialismo com democracia. O socialismo, como nos indica Hobsbawm (1992), ainda está no programa. Neste programa reside a alternativa às relações sociais de exclusão e um projeto educativo que desenvolva as múltiplas dimensões do humano – **educação omnilateral e, portanto, politécnica**³. Frigotto, (1997, p. 104 – 105)

Formação que leve em conta as múltiplas necessidades do ser humano, que trabalhe o interior das contradições, na sua virtualidade e negatividade, que forme cidadãos com conhecimento crítico, livres, que reconheçam a importância da sua participação em movimentos, ideais, para construção de espaços democráticos.

Esta discussão tem sustentação a partir das formulações de Gramsci, (1975),

²Dicionário do pensamento Marxista – Tom Bottomore – p.64 (classes) e p. 97 (democracia).

³ "Omnilateralidade - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio." 2010. 23 Oct. 2013
<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/omn.html>>

todos os homens são filósofos, são intelectuais. Todos os homens têm uma concepção de mundo, integram organismos sociais, trabalham, realizam uma atividade criadora qualquer, deliberam sobre os rumos de sua vida. Assim sendo, todos os homens são intelectuais em sentido amplo.(p.1516)

Para Poulantzas, (2000, p. 130) o Estado é uma condensação de relações de classe cujas estruturas estão dominadas pelos interesses de classes dominantes, pela relação de forças dessas classes, em luta permanente que determina o desenvolvimento histórico do Estado.

A “participação social”, tem um caráter político e em sentido amplo pode significar democratização, ou regressão (exemplo ditadura militar brasileira) empoderamento dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade.

Para Valla (1998, p. 9) participação social, implica "múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social".

Nas discussões, cada vez mais intensas, sobre os rumos técnicos e políticos do SUS, a questão da participação social tem merecido destaque. Desde o movimento da reforma sanitária, a participação popular assumiu importante papel na saúde coletiva, onde os conselhos de saúde aparecem como instâncias de ação política, para transformar e reconstruir, democraticamente, o espaço público e as relações entre a sociedade civil e o Estado (OLIVEIRA, 2004).

A Reforma Sanitária visava a produzir um novo conhecimento e uma nova práxis, que refletisse as causas populares através da materialização de proposta alternativa de saúde, como um direito de cidadania. Em síntese, o movimento lutava pela transformação social, pela constituição de sujeitos dotados de consciência social, conquistada através das lutas pela saúde pública (PEGO; ALMEIDA, 2001).

Neste sentido, a participação popular se faz de extrema importância, devido ao fato, de só ser possível avançar na qualidade dos serviços e ações de saúde com a participação efetiva da população, na medida em que seus atores se tornam capazes de apontar os problemas e as soluções relativas às suas reais demandas (ANDRADE; VAITSAMAM, 2002).

No Brasil, as políticas públicas são desenvolvidas como no resto do mundo, por meio de ações, programas, projetos, regulamentações, leis e normas que o Estado desenvolve para administrar os diferentes interesses sociais e atender às necessidades demandadas pela sociedade em áreas diversas, como educação, saúde, trabalho, previdência, saneamento, meio ambiente etc. Donnangelo, (1975, p. 44) “afirma que tais políticas não representam alteração

significativa nas relações de produção e que, além da retórica discursiva que caracteriza a política profissionalizada e a defesa dos interesses imediatamente econômicos do capital.” Tais políticas ameaçam nunca a estrutura de poder e, adquirem sua potencialidade na manipulação do processo político.

A formulação da política de saúde deveria emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre gestão descentralizada, desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular. Entre as políticas que apelam à participação popular, cabe mencionar a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), que orienta as ações na promoção, qualificação e aperfeiçoamento de uma gestão estratégica e democrática das políticas públicas, do Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Humanização, como política “transversal” no SUS, se insere plenamente na ideia de participação popular, ao objetivar:

ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
 - Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores; [...] (BRASIL, 2004, p. 24).

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS enfatiza a gestão participativa como estratégia transversal, presente nos processos cotidianos de gestão do SUS, possibilitando a formulação e a deliberação do conjunto de atores no processo de controle social que requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. (BRASIL, 2009a)

Os princípios e diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS têm por base:

- Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como universalidade, equidade, integralidade e participação social.
- Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.
- Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde.

- Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes.
- Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.
- Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde.
- Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS
- Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamental e não governamental relacionado com os condicionantes e determinantes da saúde.
- Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas.

Estes princípios e diretrizes do ParticipaSUS podem ser considerados um avanço para o controle social. No entanto, o efetivo desafio apresentado à gestão participativa é a definição de parceiros (profissionais de saúde e representantes da comunidade) a adoção de práticas e mecanismos inovadores que possibilitem o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, da identificação e ampliação de espaços coletivos e públicos.

Práticas participativas que impliquem, na construção de consensos, que identifique e reconheça os dissensos, onde as alternativas sejam indicadas a partir de diferentes opiniões para atingir resultados mais expressivos e duradouros. É no Pacto pela Saúde que se reafirma a importância da participação e do controle social (BRASIL, 2009a).

Pretende-se com a criação de canais de comunicação entre o cidadão e o gestor, por meio da participação nos conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada de gestão regionais e/ou local, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, polos de educação permanente em saúde, entre outros, fortalecer a mobilização e o controle social (BRASIL, 2009a). Com as práticas de gestão participativa se busca inovar nas mesas de negociação, como ferramenta para a gestão do trabalho, tanto na esfera federal, estadual, quanto na municipal.

Uma das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica é a implementação das diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização e fomento da autonomia e o protagonismo dos diferentes sujeitos representantes de classes ou frações de classe, sujeitos

com interesses conflitantes, como por exemplo, o privado, o mercado, os empresários e do outro lado a população, os desfavorecidos, os trabalhadores que estão implicados na produção de saúde, no compromisso com a ambiência, com as condições de trabalho e o cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras. (BRASIL, 2012).

Como ferramenta para o desenvolvimento do diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2009a), destaca os processos de educação popular em saúde no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS. Bem como, a promoção do diálogo para a construção da autonomia e emancipação dos grupos populacionais, que historicamente foram excluídos, em seu modo de entender a vida, em seus saberes e nas oportunidades de participar dos rumos da sociedade brasileira.

Segundo Vasconcelos (2007), a Educação Popular favorece a participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) e de agentes sociais do povo neste trabalho político. Busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social.

A educação popular é um saber importante para a construção da participação, servindo não apenas para a criação de uma nova consciência sanitária, como também para uma democratização mais radical das políticas públicas. Não é apenas um estímulo de comunicação e ensino, mas também um instrumento de gestão participativa de ações sociais. (VASCONCELOS, 2007)

As questões que norteiam este estudo são: Qual o conhecimento dos profissionais de saúde da família sobre gestão participativa? Como os profissionais trabalham a gestão participativa em seu território de abrangência? Quais as estratégias utilizadas pelas equipes, para o fortalecimento da gestão participativa no seu território? Os profissionais reconhecem a Educação Popular como uma ferramenta para alcançar este tipo de gestão?

A presente proposta tem por objeto de estudo a construção da gestão participativa pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e comunidades, na Área de Planejamento da 5.3., no município do Rio de Janeiro tendo como referência a educação popular enquanto enfoque privilegiado para esta construção.

OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar a experiência de implementação da gestão participativa proposta pela SMS/RJ em três unidades de saúde da família da AP 5.3 a partir do referencial da educação popular.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o entendimento que os profissionais de saúde das equipes de saúde da família possuem sobre gestão participativa;
- Avaliar quais as práticas utilizadas pelas três unidades de saúde da família da AP 5.3 para implementação da gestão participativa;
- Analisar a forma de implementação dos colegiados gestores locais, identificando os obstáculos e as perspectivas, objetivas e subjetivas, nas três unidades de saúde.

II. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

O presente trabalho adota a pesquisa descritiva, de cunho qualitativo no sentido de buscar a compreensão das relações causais entre fenômenos ou processos sociais para entender e explicar suas determinações e transformações.

Para fundamentação teórica foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os conceitos de Gestão, Gestão Participativa, Colegiado Gestor, Educação Popular e Participação Popular. A busca foi realizada em junho de 2013 na base de dados Scielo, utilizando as palavras chave: educação popular; colegiado de gestão; conselho gestor + participação popular. Em relação à educação popular, foram encontrados 200 resultados, tendo sido selecionados 05 artigos que versavam sobre a Estratégia Saúde da Família. Em relação ao termo “Colegiado de gestão” foram encontrados 06 artigos, sendo que somente um se referia também à participação dos usuários. No que se refere ao Conselho gestor, foram encontrados 14 artigos, sendo que foram selecionados 02 que abordavam a Estratégia Saúde da Família e a participação popular.

Considerando a indicação da banca de qualificação, foi feita uma busca na base de dados Scielo em maio de 2014, sobre as palavras chaves “organização social” + “saúde”, tendo sido encontrados 57 artigos dos quais 04 foram selecionados.

As ciências sociais, a pesquisa qualitativa, opera em um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (TRIVIÑOS, 1995)

A análise da gestão participativa no território da AP 5.3, está embasada na revisão documental sobre Colegiado Gestor no Município do Rio de Janeiro, além de entrevistas com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família da Área de Planejamento 5.3 das CF Valéria Gomes Esteves, CF Lourenço de Mello e CF Deolindo Couto que participaram da oficina realizada no segundo semestre de 2011 na Área de Planejamento 5.3. O número total de profissionais de saúde que participaram da Oficina de Colegiado de Gestão em 2011 foi de 105 profissionais. Em dezembro de 2014 foi realizado um levantamento dos profissionais de saúde que permaneciam nas unidades e que participariam da coleta de dados sendo, encontrado um total de 63 profissionais, conforme quadro abaixo.

Quadro 1 - Profissionais que participaram da Oficina e que se mantiveram na ESF por unidade até 2014

	Participaram da Oficina	1º Levantamento em Agosto de 2014	2º Levantamento em Dezembro de 2014
CF Deolindo Couto	29	18	15
CF Valéria Gomes Esteves	38	31	26
CF Lourenço de Mello	38	25	22
Total	105	74	63

Fonte: Lista de presença assinada no dia das oficinas (abril-2011)

Dentre os que permaneceram na ESF, foram entrevistados 09 profissionais sendo 03 de nível universitário, 03 técnicos e 03 profissionais não técnicos.

A ideia inicial era de entrevistar 03 profissionais em cada uma das 03 Clínicas da Família. Ao chegar à Clínica da Família (CF) Valéria Gomes Esteves só foi possível entrevistar dois profissionais, devido às licenças e compensações de carga horária, portanto foi feita a compensação entrevistando 04 profissionais da CF Lourenço de Mello, e 03 profissionais na CF Deolindo Couto.

A AP 5.3 foi selecionada para cenário de estudo devido à realização das oficinas de colegiado gestor e também por ser a área de atuação profissional do pesquisador, interessado em analisar as experiências da gestão participativa nas três unidades de saúde da família desta região. Considerando que a autora deste projeto foi facilitadora da Oficina de Formação para Colegiado de Gestão foram escolhidos aqueles profissionais que mostraram mais interesse pelo tema gestão participativa.

A técnica de coleta de dados utilizada foi a História Oral (HO) que é um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, compartilhadas por grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, (ALBERTI, 1989). Considera-se que tudo que é oral, gravado e preservado pode ser história oral. Por meio desta técnica a pesquisa é construída através dos relatos individuais possibilitando múltiplos olhares sobre os fatos históricos.

Segundo Haguette (1997, p.80), “a HO está preocupada com o que é relevante e significante para a compreensão da sociedade.” Além de gravar as lembranças do passado, há também a possibilidade de reflexão e de opiniões daqueles que ainda continuam envolvidos em atividades públicas. A interlocução entrevistador/entrevistado/ é a forma de captação da

HO, relembrar o passado, de um presente dinâmico, vivo e de um futuro desconhecido e aberto. (HAGUETTE, 1997)

De acordo com a Resolução 466/12 a eticidade da pesquisa implica em “respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida”.

Procedeu-se a pesquisa, após a aprovação do Comitê de Ética da Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro através do parecer nº 902.612 (anexo 1) e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2) pelos participantes, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde que trata das pesquisas com seres humanos.

Foram realizadas entrevistas considerando como menciona Bornstein (2007) que a entrevista pode ser entendida como prática discursiva fruto de uma situação relacional que deve se dar no âmbito de uma interação dialógica entre pesquisador e participantes.

O tipo de entrevista centrou-se na temática sobre o Colegiado Gestor do Município do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi feita através de um roteiro para entrevista semi-estruturado (anexo 3), servindo de guia e orientação para o andamento da interlocução.

O entrevistado tem seu relato gravado, arquivado, transcrito e conferida a fidelidade da informação. Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo, escrito ou digital, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período de 05 anos após o término da pesquisa (Resolução 466/12). Esta técnica permite que sejam revistas as entrevistas, incorporando questões se necessário para um próximo encontro ou retornar a assuntos já discutidos e que necessitem de esclarecimentos (HAGUETTE, 1987).

O número de entrevistados foi definida pela disponibilidade e **critério de saturação**⁴ que orienta qualquer pesquisa qualitativa. Bertaux, (1980), designa como saturação o fenômeno pelo qual, passado certo número de entrevistas, o pesquisador tem a impressão de não mais apreender nada de novo.

A análise de dados foi através da organização sistemática das entrevistas mediante transcrição na íntegra, seguida de leitura flutuante do material (BARDIN, 2002). Foi realizada uma análise de conteúdo sobre as percepções e interpretações dos entrevistados em relação ao

⁴Bertaux (1980) afirma que a saturação é um processo que se observa no plano das representações – e não no da observação – que o pesquisador vai elaborando a partir dos primeiros sujeitos encontrados, podendo ser questionada com entrevistassubsequentes, dentro de um mesmo grupo social.

tema. A estratégia utilizada para análise de conteúdo foi a organização das informações em categorias significativas em relação aos fundamentos teóricos deste trabalho.

O método de análise dos dados retomou as principais etapas de uma pesquisa segundo Spink & Lima (2000, p. 106):

- Imersão no conjunto de informações coletadas a fim de confrontar os conhecimentos e informações que surgiram durante o processo de pesquisa com a revisão bibliográfica realizada;
- A categorização – que definiu as unidades de análise privilegiadas;
- Ordenação dos dados: que inclui a transcrição das gravações; releitura do material; organização dos relatos em determinada ordem;
- Classificação dos dados por meio de uma leitura exaustiva dos textos;
- Análise final – relacionado aos dados obtidos com os pressupostos teóricos.

A exploração do material evidenciou unidades de análise que deram sentido as falas. Com base nas ênfases, foi possível realizar inferências à luz da fundamentação teórica e pressupostos oriundos da prática institucional. Foram consideradas as seguintes categorias e sub categorias organizadoras dos dados:

- A) Lembrança da Oficina;
- B) Entendimento sobre Gestão Participativa;
- C) Significado sobre Colegiado Gestor;
- D) Experiência de implementação de Gestão Participativa;
- E) Experiência com Colegiado Gestor;
 - Implantação do colegiado gestor
 - Participação dos profissionais e dos usuários no colegiado
 - Dificuldades para a implantação do colegiado gestor
 - Facilidades na implantação do colegiado gestor
 - Sugestões para superar as dificuldades segundo os profissionais entrevistados
 - Importância do colegiado gestor
- F) Significado de Educação Popular.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados no estudo com pseudônimos para lhes preservar a identidade: Valesca, Mário, Janaína, Débora, Maria, Vilma, Roberta, Kátia e Gilmara. As três unidades de saúde da família do território permanecerão com as suas denominações: CF Deolindo Couto, CF Lourenço de Melo e CF Valéria Gomes Esteves. As

categorias profissionais representadas por: méd. (médico), enf. (enfermeiro), téc.enf. (técnico de enfermagem), tsb (técnico de saúde bucal), acs (agente comunitário de saúde).

2.1. UNIVERSO DE PESQUISA

No ano de 2011, com vistas a estimular a prática de gestão colegiada, a Superintendência de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) através da Coordenação de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro, realizou a 1ª Oficina de Formação para Colegiado de Gestão. Participei desta oficina como uma das representantes da AP 5.3, compartilhando uma temática interessante e necessária para a organização do processo de trabalho. A missão, após a oficina, era de implantar o colegiado gestor nas unidades de saúde da região de atuação, no meu caso a AP 5.3.

Como foi dito acima, o universo desta pesquisa é a Área de Planejamento da 5.3 que compreende Santa Cruz, Paciência e Sepetiba.

Iniciei o trabalho pelas Clínicas das Famílias: Deolindo Couto, Valéria Gomes Esteves e Lourenço de Melo. O motivo da escolha destas unidades se deve ao fato de serem unidades pequenas no número de equipes e de coincidir com o meu trabalho de planejamento de acordo com os turnos de reunião de equipe (espaço destinado à educação continuada e permanente com as equipes).

As três são unidades básicas de saúde com cobertura em todo o território com estratégia de saúde da família. São unidades de Clínica da Família construídas no Governo do Eduardo Paes, 2009, Projeto Saúde Presente.

Descreverei a seguir cada unidade de saúde e mais detalhadamente a área de planejamento da 5.3 no capítulo V.

Clínica da Família Valéria Gomes Esteves fica localizada em Sepetiba, onde existia desde 2005, 01 equipe de saúde da família e 01 equipe de saúde bucal em uma estrutura adaptada para receber a estratégia. A Clínica como tal foi inaugurada em Julho de 2011 contando atualmente com 05 equipes de saúde da família e 03 de saúde bucal, atendendo a uma população de aproximadamente 17.775 pessoas, com 5.406 famílias cadastradas segundo prontuário eletrônico. (VitaHisCare®AP5.3, 2013).

Clínica da Família Deolindo Couto localizada no centro de Santa Cruz e inaugurada em Novembro de 2010. Desde 2012, está com 05 equipes de saúde da família e 03 de saúde

bucal. A população cadastrada é de aproximadamente 17.000 pessoas e 5.614 famílias, segundo prontuário eletrônico (VitaHisCare®AP5.3, 2013).

Clínica da Família Lourenço de Melo inaugurada em Julho de 2010, a princípio para 05 equipes de saúde da família e 03 de saúde bucal, localizada em Paciência. Após o cadastramento das famílias percebeu-se uma população menor do que se esperava, ficando atualmente com 04 equipes de saúde da família e 03 saúde bucal. Pelo prontuário eletrônico são 3.398 famílias cadastradas (VitaHisCare®AP5.3, 2013) aproximadamente 11.200 pessoas.

Descreverei mais detalhadamente a área da 5.3 no capítulo V.

2.2. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos diferentes, com a realização de consulta documental e entrevistas:

Fonte documental:

Foram consultados documentos de fonte primária, referentes aos registros locais, e documentos de fontes secundárias, nas quais se inserem os registros realizados por instituições parceiras. Estas consultas possibilitaram retomar a memória da Oficina realizada em 2011, recuperando a metodologia aplicada nas oficinas realizadas com as unidades de saúde.

Fontes Primárias:

Folder da 1ª Oficina de Formação para Colegiado de Gestão - 2011

Texto utilizado na 1ª Oficina realizado pela SUBPAV – Colegiado Gestor como Estratégia de Promover Mudanças - 2011

Relatório de Gestão da CAP 5.3 - Saúde na Era da Informação 2014

Fonte secundária:

Prontuário Eletrônico VitaHisCare® 2013

Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde

Contrato de Gestão da SMS/RJ com a OSS SPDM

Documento referente à Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParicipaSUS – 2009

2.3. IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS.

Foi utilizado um roteiro para entrevista semi-estruturada e a escolha dos participantes obedeceu aos seguintes critérios: disponibilidade para entrevista, ter participado da Oficina de Formação para Colegiado de Gestão, e ter permanecido na estratégia até o momento da coleta de dados (entrevista) na unidade, onde foi realizada a oficina. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A entrevista iniciou-se com o resgate da oficina realizada no segundo semestre de 2011; avaliando o entendimento e as experiências sobre gestão participativa e colegiado gestor; levantamento das informações a cerca do colegiado gestor e verificando o entendimento e experiência sobre educação popular.

Foram realizadas 09 entrevistas, sendo 02 profissionais da CF Valéria Gomes Esteves, 03 da CF Deolindo Couto e 04 da CF Lourenço de Melo. Destes, 03 são Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 02 Médicos, 02 Técnicos de Saúde Bucal (TSB), 01 Enfermeiro e 01 Técnico de Enfermagem. Dos 09 entrevistados somente um era do sexo masculino. Com relação ao tempo de serviço na Estratégia de Saúde da Família 08 estão há 04 anos e meio e 01 há 11 anos. A idade dos entrevistados variou entre 25 a 52 anos.

As entrevistas foram realizadas entre 12 e 17 de dezembro de 2014, nas próprias unidades de saúde, nos turnos de reunião de equipe no período da tarde, em consultórios que não estavam sendo utilizados naquele momento. O tempo médio das entrevistas foi de uns 30 minutos, variando entre 20 e 45 min.

Todos os nove profissionais ao serem convidados a realizar a entrevista tiveram uma boa aceitação e se apresentaram tranquilos no momento da entrevista.

As 09 entrevistas foram realizadas com roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram audiogravadas através de suporte tecnológico de MP3, após o consentimento dos entrevistados.

Optamos por encerrar a coleta de dados quando as entrevistas começaram a se apresentar saturadas, ou seja, quando os dados se tornaram repetitivos. De acordo com Bertaux (1980), é a suspensão de inclusão de novos participantes considerando que os dados obtidos passam a apresentar na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição. Concluídas as coletas de dados, procedeu-se a análise dos resultados.

III. REFERENCIAIS TEÓRICOS

Neste capítulo abordo conceitos que fundamentarão a análise da experiência de implementação da gestão participativa nas unidades de saúde da família da AP 5.3 pensando no desafio da produção de saúde. Refiro-me aos espaços de participação popular nas políticas de saúde, apresento a Política Nacional de Atenção Básica e, especificamente, a Estratégia Saúde da Família e os conceitos de gestão na saúde, gestão participativa e cogestão. Utilizarei estes elementos para discutir os espaços dos colegiados gestores considerando o trabalho das equipes de saúde da família.

Ainda neste capítulo, abordarei os conceitos de participação popular e Educação popular, a partir de autores como Freire, Vasconcelos, Albuquerque, Stotz, Brandão, Valla, Bornstein, Acioli e outros. Tratarei também da formação dos profissionais de saúde em relação à realidade do trabalho hoje na estratégia de saúde da família e apresentarei a Educação popular como uma metodologia para o desenvolvimento do diálogo permanente com os movimentos populares, no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS.

3.1. MODELOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA E A INSERÇÃO DO COLEGIADO GESTOR NO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

3.1.1. Os espaços de participação popular nas políticas de saúde no Brasil

O caminho mais adequado para enfrentar os problemas que assolam a democracia, segundo Bordenave (1994), é a introdução de mecanismos de participação popular que contribuiriam para a consolidação real do regime democrático possibilitando assim uma gestão baseada na institucionalização das relações Estado e sociedade, alcançando uma intervenção direta da população na vida pública.

A ideia de participação popular no Brasil foi retomada ganhando maior importância no final da década de 1970, quando os movimentos populares, em contraposição à ditadura, iniciaram a luta em busca da redemocratização e adquiriram caráter político (GUARANÁ E FLEURY, 2008).

Na década de 80, mobilizados pela redemocratização do país, resurge com nova força, o termo ‘participação popular’, para designar a participação da população no Brasil, o que representou um aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas contra o sistema dominante (CARVALHO, PETRIS & TURINI, 2001).

Acioli (2005) nos diz que a participação no Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta através de diversas experiências que indicam serem várias as referências e os espaços de participação da sociedade civil organizada. A autora também afirma que são vários os sentidos de participação social. Citarei alguns deles: “a participação associada à ideia de integração de grupos tidos como marginalizados; a participação associada ao chamado ‘desenvolvimento comunitário’, e a participação entendida como participação popular”. (ACIOLI, 2005)

Destacarei a participação popular, que de acordo com Acioli (2005) “é uma forma de participação que enfatiza a expressão política de grupos representativos da sociedade civil, junto aos espaços de definição de políticas públicas de cunho social”. Este tipo de participação é pouco incorporado ao cotidiano da sociedade civil, implica em disputas por espaços de poder e pelo controle das verbas públicas no espaço público. Acioli (2005) acrescenta dizendo que a participação popular não será a responsável por resolver todas as questões apresentadas em relação ao acesso e ao controle dos serviços de saúde. Mas, o poder estar vivenciando e construindo experiências de participação, nos mostra uma trajetória importante de participação política desta população, seja ela institucionalizada ou não.

Um acontecimento relevante no campo da saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986 que aprofundou na discussão temas importantes que subsidiaram a Assembleia Nacional Constituinte e as demais Conferências. Na 8ª Conferência surgiu a proposta de reforma do sistema de saúde no país, apontando para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e também a indicação da necessidade de garantir constitucionalmente a saúde como direito de todo o cidadão e dever do Estado.

Outro marco importante foi o fato deste evento não contar exclusivamente com profissionais da saúde, mas de contar também com a participação de outros setores da sociedade brasileira, começando assim uma maior inserção e participação da comunidade nas questões ligadas ao campo das políticas de saúde no Brasil (SOUZA, 2007). Em suma, a participação popular aparece como um dos princípios que devem reger o “novo” sistema nacional de saúde.

Depois de iniciada a Reforma Sanitária, a Lei n. 8.142, de 28 de novembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu que cada esfera de governo, além de organizar e manter conselhos de saúde teria de realizar conferências com a periodicidade de quatro em quatro anos.

As possibilidades de participação da população no SUS se ampliam através do princípio da descentralização que se refere à organização e execução das ações de saúde com o desejo de socializar o poder de decisão e a capacidade de implementação das decisões em várias instâncias de gestão, seja com a participação de profissionais e de usuários. (ACIOLI, 2005)

A proposta era que os Conselhos de Saúde tivessem como objetivo influir na formulação de políticas em suas áreas de atuação, exercendo o controle social sobre a execução, acompanhamento avaliação das ações e políticas de saúde, inclusive em suas dimensões financeiras e administrativas. Os Conselhos devem ser organizados de forma paritária, composta por representantes de usuários e da gestão, trabalhadores da saúde e prestadores de serviço e devem estar representados nos três níveis de governo, pelo Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual e Conselho Municipal de Saúde. As ações devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo (BRASIL, 2009b)

As Conferências de Saúde tem como objetivo avaliar a situação de saúde em cada uma de suas áreas de competência e propor as diretrizes para a formulação de políticas (BRASIL, 2009b).

De acordo com Souza (2007, p.124), “a instituição das Conferências Nacionais de Saúde data de 1937” estas faziam parte de um processo centralizado político-administrativo no Estado brasileiro. Souza nos diz que as conferências sofreram transformações em sua forma e organização, e hoje:

Constituem-se como importantes fóruns de discussão e participação social nos debates sobre as questões relacionadas à saúde da população brasileira. (SOUZA, p.124)

Antes da Lei nº 8.142, foram realizadas 08 Conferências sendo que a primeira a se realizar a partir desta lei foi a 9º Conferência Nacional de Saúde em 1992. A partir desta data foi obedecido o intervalo de quatro anos, com exceção da 12º convocada em 2003, com apenas três anos de intervalo da anterior (BRASIL, 2009b).

Segundo Souza (2007), a 9º Conferência teve como temário básico a democratização do conhecimento e a descentralização.

Em 1996 realizou-se a 10ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como pauta a construção de um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida por meio do SUS.

A discussão da efetivação do SUS por meio do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social, aconteceu na 11ª CNS no ano 2000. Em 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde enfatizou a necessidade de estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã, através do Controle Social na formulação, regulamentação e execução das políticas públicas para uma construção mais efetiva do SUS.

Esta conferência abordou os seguintes temas: seguridade social; organização da atenção em saúde; gestão participativa; as três esferas de governo e a construção do SUS; ciência e tecnologia e a saúde; intersetorialidade; trabalho na saúde; direito à saúde; financiamento; comunicação e informação em saúde (BRASIL, 2003).

Existe, portanto um reconhecimento da importância da participação popular no SUS como forma de desenvolver a democracia no nosso país.

Contudo, Souza (2007) atenta para o fato de que ainda existem grupos sociais excluídos de tal participação:

[...] há que se atentar para o fato de que mesmo possibilitando a ampliação da participação de segmentos sociais em esferas decisórias como os conselhos de saúde, podemos constatar que segmentos sociais ainda assim ficarão à margem dos processos decisórios, pois o acesso à participação é norteado pelos grupos sociais que dispõem de maiores recursos econômicos e de poder. (p.129)

Segundo Acioli, frequentemente o termo participação é confundido com controle social. A expressão controle social passou a fazer parte do senso comum sendo muito utilizada na saúde e pelo poder público. (ACIOLI, 2005)

A noção de controle social, no início do século XX, apresentava um significado oposto ao que é utilizado atualmente: “desejava muito mais entender as raízes da ordem e da harmonia social do que as condições de transformação e da mudança social”. (SOUZA, 2007, p. 118). Atualmente se entende o controle social como um recurso para apreender os mecanismos de cooperação e de coesão voluntária daquela sociedade. O significado original da expressão controle social é apresentado por Bottomore (1987):

A regulação do comportamento da sociedade quer por indivíduos ou por grupos, é compreendida de duas formas: pelo uso da força e pelo estabelecimento de valores e normas que podem ser aceitos mais ou menos integralmente pelos membros da sociedade como normas de conduta obrigatórias. A expressão controle social é geralmente usada pelos sociólogos para denominar esse segundo tipo de controle, onde o recurso a valores e normas resolve ou minora as tensões e conflitos entre os indivíduos e grupos a fim de manter a solidariedade de algum grupo mais inclusivo.

A expressão é também utilizada para se referir às disposições pelas quais os valores e normas são comunicados e instilados. (p.199)

No relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde, consta que, o controle social seria a capacidade de intervenção da sociedade organizada nas políticas públicas, buscando, estabelecer e atender suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde (BRASIL, 1992).

Propostas surgiram a partir das conferências, dentre elas a de “reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde...” (BRASIL 2009a, p.16) considerando atores estratégicos na gestão participativa. Guizardi (2011) nos lembra que:

o conceito de participação foi se modificando a partir da década de 90 marcada pelo neoliberalismo e pela reorientação das políticas públicas, a mobilização apontou mais no sentido do controle social, a partir da compreensão de que era preciso fiscalizar e controlar o Estado para garantir a efetivação das conquistas obtidas.(p. 3)

A autora aponta também, algumas diferenças entre a concepção de participação e controle social: o cerne do controle social é a questão da representação, que é mediada por uma parcela da sociedade que faz parte de uma estrutura. Essa não era a ideia de participação, que marcava a intervenção direta dos grupos e movimentos sociais.

3.1.2. A política nacional de atenção básica e a estratégia de saúde da família

Publicada pelo Ministério da Saúde, a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta Política caracteriza a Atenção Básica como um conjunto de ações individuais e coletivas, abrangendo a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação com vistas à redução de danos e manutenção da saúde do indivíduo, sua família e comunidade. (BRASIL, 2011).

O objetivo das ações indicadas pela PNAB 2011 é desenvolver uma atenção integral que impacte nos determinantes e condicionantes de saúde através de práticas de cuidado e gestão democrática e participativa sob a forma de trabalho em equipe. Preconiza-se também “estimular a participação popular e o controle social” (BRASIL, 2011, p. 28).

A importância da ESF para a reorientação do modelo a partir da Atenção Básica e como estratégia para imprimir uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde consta desde 1997 no Plano de Metas do Ministério da Saúde e é também reafirmada pela PNAB (BORNSTEIN, 2009).

Nos últimos anos, no Brasil, houve um grande incentivo das políticas de governo em relação à expansão da Estratégia Saúde da Família em especial nas regiões metropolitanas.

Em relação às especificidades das Equipes de Saúde da Família (ESF), o documento menciona alguns dos itens necessários como: uma equipe multiprofissional composta por no mínimo um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal: um cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar e/ou um técnico em saúde bucal.

Cada equipe deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. O número de ACS deve cobrir 100% da população cadastrada, com no máximo 750 pessoas para cada ACS, não ultrapassando o limite máximo de pessoas para cada equipe. Todos os profissionais de saúde deverão estar cadastrados obrigatoriamente em apenas uma equipe de saúde da família, exceção feita somente para o profissional médico que poderá atuar no máximo em duas equipes. Às 40 horas semanais aplicam-se a todos os profissionais de saúde com exceção do médico que poderá cumprir carga horária de 20 ou 30 horas semanais, de acordo com a realidade do município e definições estabelecidas pela portaria em vigor. (BRASIL, 2011)

Consta também desta Política que o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) deve fortalecer as ações voltadas para gestão local compartilhada.

3.1.3. Entendimento de gestão na saúde, gestão participativa e cogestão

Falar em gestão na saúde no Brasil, nos remete à Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 do SUS, onde se apresenta a gestão como uma atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual e nacional) e a gerência como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.).

Para Motta, (1991) os conceitos de gerência, gestão e administração são sinônimos:

No rigor vernacular, as palavras administração, gerência e gestão são sinônimas. O mesmo se pode dizer no sentido conceitual: nenhum conceito novo foi introduzido quando se procurou acentuar o uso de uma palavra em detrimento de outra... (MOTTA, 1991, p.14)

Num sentido mais amplo e empresarial Ansoff (1977) diz que a gestão refere-se ao processo ativo de determinação e orientação do caminho a ser seguido “[...] para a realização de seus objetivos, compreende um conjunto de análises, decisões, comunicação, liderança, motivação, avaliação e controle [...].” Segundo Garay (2006) a gestão faria um desenho da estrutura, da organização do trabalho, das relações, das estratégias, dos objetivos, dos meios de decisão e de controle entre outros.

A função do gestor estaria voltada basicamente para a decisão. Por outro lado, de acordo com Motta (1991), não existem dissociações entre dirigentes e executores nos dias de hoje, visto que ambos decidem e estabelecem sentidos de direção para as organizações.

Segundo Cattani (2006, p.145), Gestão Participativa (GP) implica em “situações nas quais os trabalhadores, diretamente ou por delegação, estejam investidos da capacidade de decisão na organização do trabalho [...]”.

A Gestão Participativa depende de vários fatores, como a organização, a capacidade de intervenção dos agentes, do sistema das relações profissionais, do quadro jurídico e econômico que se apresenta e de todo um contexto político. A GP pode vir a possibilitar aos trabalhadores quando politicamente organizados o poder e a intervenções(coisa)pública. Por outro lado, segundo Cattani,

[...] a Gestão Participativa pode resultar de estratégias patronais, que por meio de concessões localizadas, obtém a redução dos conflitos, e mais envolvimento e dedicação dos trabalhadores, o que resulta em ganhos de produtividade. (2006, p.145)

A GP no capitalismo possui um objetivo final de buscar o aumento da produção, como uma estratégia da empresa, com o intuito de aumentar a circulação do capital. Por outro lado, o que observamos segundo Cattani (2006), é que a necessidade de coletivos estáveis de trabalhadores que participem da gestão, entra em contradição com o processo de terceirização do trabalho, que vem ocorrendo a partir dos anos 90 e que tem levado à precarização do vínculo empregatício. Para se neutralizar as reivindicações dos trabalhadores e o crescimento dos sindicatos nos espaços produtivos, o empresariado local passou a adotar o participacionismo como estratégia. A direção concede a delegação de responsabilidade e

entende que estes são procedimentos que facilitam a autonomia. O procedimento habitual é de se outorgarem espaços delimitados de participação, que difere do conceito de participação popular abordada neste capítulo.

Em 2003, no início da gestão do Governo Lula, o Ministério da Saúde cria a Secretaria de Gestão Participativa, reestruturada em 2006 pelo Decreto nº5841, de 13 de julho de 2006, quando passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), com o objetivo de trazer a discussão da noção de participação para o cotidiano do sistema de saúde e em 2009 apresenta a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Segundo o documento constitui-se gestão estratégica e participativa:

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

As questões apresentadas pela Política estão voltadas para o aprimoramento da gestão, e não para a radicalização democrática. Para que a gestão se torne mais democrática e se faça presente nos espaços coletivos é primordial que a gestão tenha um projeto político claro e realmente participativo (GUIZARDI, 2011).

Nas duas últimas décadas, espalhou-se pelo mundo o modelo da Nova Gestão Pública (NGP), com o intuito de atacar dois males burocráticos: o excesso de procedimentos e a baixa responsabilização dos burocratas frente ao sistema político e à sociedade. (SANO e ABRUCIO, 2008).

No Brasil, a partir da década de 90, iniciou-se um debate quanto à necessidade de uma reestruturação do Estado que está expresso no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), do governo Fernando Henrique Cardoso (1995 – 2002) que seguiram muitas das linhas básicas da NGP. (Barbosa e Elias, 2010). Visava, segundo Ibañez, et al (2001), conferir uma flexibilidade gerencial maior com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados.

Desta forma o Estado atuaria mais como regulador e promotor dos serviços públicos e buscaria, preferencialmente, a “descentralização, a desburocratização e o aumento da autonomia de gestão”. (BRESSER-PEREIRA, 1998, p.206)

Para alcançar esse objetivo, criou-se um modelo de gestão orientado por resultados e baseado na contratualização com entes públicos, não estatais, como as organizações sociais (OS). (SANO e ABRUCIO, 2008)

De acordo com o texto produzido pelo Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, organização social é:

[...] caracterizada como entidade de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos, e surgiria pela qualificação de pessoas jurídicas de direito privado nas atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde, podendo, ainda, ser criada a partir da substituição de órgão público de qualquer figura jurídica, pela extinção da instituição e dos cargos públicos vagos e em comissão, com inventário do patrimônio. (BRASIL, 1995)

Segundo Sano e Abrucio (2008), as organizações sociais foram criadas tendo como base a combinação entre a flexibilização da gestão pública e o aumento da **accountability**⁵ governamental, que se daria por meio de um **contrato de gestão**⁶. No âmbito federal, as OS estão regulamentadas a partir da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1988.

As organizações sociais desenvolvem uma gestão por resultados e metas (avaliação de desempenho). Segundo Viacavaetal (2004), a avaliação de desempenho pode ser um instrumento poderoso de monitoramento das políticas de reforma. A questão, entretanto está em como medir desempenho em termos de qualidade do cuidado, eficiência e equidade na perspectiva de impulsionar mudanças de comportamentos que possibilitem melhores resultados.

Nos dias de hoje, observamos que o Sistema Único de Saúde (SUS), enfrenta ainda dificuldades na sua implementação. É fato que, avanços se concretizaram, tentativas de novos programas, reorganização dos processos de trabalho, novas formas de compor equipes de saúde, a qualificação profissional na busca de uma produção de saúde com qualidade e humanizada.

Guizardi e Cavalcanti (2010) apontam que ainda precisamos avançar no que se refere à estrutura do cotidiano das práticas de saúde, no sentido da produção do cuidado, nas implicações que surgem na produção da realidade social que não são visíveis e que refletem na produção do cuidado.

⁵“conceito que envolve responsabilidade (objetiva e subjetiva), controle, transparência, obrigação de prestação de contas, justificativas para as ações que foram ou deixaram de ser empreendimentos, prescrição e/ou castigo”. (PINHO E SACRAMENTO, 2009)

⁶ Instrumento legal de “compromisso administrativo interno ao Estado, firmado entre o Poder Executivo e a diretoria de instituições de direito público e empresas estatais.” (ANDRÉ, 1999)

Campos (2000) aborda a necessidade de democratização das instituições como uma forma de efetivar mudanças sociais e de produção de modos de fazer gestão, o uso de tecnologias leves, como vínculo e o acolhimento associado a outras tecnologias.

Segundo Campos (2000) a cogestão é definida como compartilhamento de poder, “trata-se de um método de gestão do trabalho que tem como pressuposto a construção da democracia organizacional e que tem como objetivo aumentar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos” (CUNHA e CAMPOS, 2010, p. 35)

Guizardi e Cavalcanti (2010) nos apresentam uma composição de conceitos dos trabalhos de Campos (1989, 1991, 1994, 1997) que nos mostra que o objeto da sua discussão é a dupla função que a produção de valores de uso desempenha nas organizações: de um lado a criação de serviços ou bens que apresenta um potencial que garanta o atendimento de algumas necessidades sociais e, por outro, a atuação na co produção do indivíduo e do coletivo que se organiza para alcançar esta produção, trazendo para o campo da saúde a temática da produção de subjetividade.

Campos, segundo Guizardi e Cavalcanti (2010), diz que para atingir o objetivo de alterar o modo de gestão das instituições (democratização institucional) é necessária a intenção de ampliação do espaço político e reconstrução dos modos de operação, questionando a possibilidade das organizações sociais produzirem liberdade e autonomia. Define trabalho como “toda atividade humana voltada para a produção de valores relevantes ao atendimento de necessidades sociais, o que inclui os esforços dirigidos à constituição dos sujeitos e à reconstrução das instituições”, ultrapassando desta forma a idéia de trabalho produtivo; produção do trabalho em saúde, além da produção de consultas, procedimentos e outros. A discussão coletiva e democrática sendo realizada no tempo do trabalho passa a ser como um momento produtivo, inserido na estrutura dos processos subjetivos.

Segundo os autores, Guizardi e Cavalcanti (2010), o conceito de cogestão de Campos (2000) é uma resposta às teorias e as práticas administrativas com processos e produção de alienação dos indivíduos, de expropriação e restrição das esferas decisórias de governo, processos que resultam na indução do agir burocraticamente e em condições que consolidam uma perspectiva funcional de dominação.

Os autores apresentam a cogestão como um projeto de construção de compromisso e solidariedade com o interesse público, de capacidade reflexiva e autônoma dos sujeitos. Destacam que o conceito afirma uma dimensão coletiva de fazer gestão e não atribuída a especialistas, que não vivem o contexto diário do processo de produção do trabalho.

Neste sentido, a cogestão teria como característica fundamental, o desejo dos trabalhadores incorporados na gestão dos processos de trabalho, não desconsiderando o diálogo com as necessidades sociais. Para que isto aconteça, é preciso que os trabalhadores da saúde constituam novas formas de ver e sentir o território onde atuam a fim de construir inovações na produção da saúde.

Guizardi e Cavalcanti (2010) conceituam cogestão como um:

[...] compartilhamento de poder, constituição de uma rede em que os diferentes espaços convertem-se em instâncias de poder relativo, sujeitos a essas pressões, mas não inteiramente determinados por elas. Poderes parciais na medida em que é reconhecida e legitimada a exigência de considerar outros agrupamentos de interesse, outros projetos, coletivos e sujeitos. [...] enfatizando a potencialidade produtiva e emancipatória da participação dos sujeitos, inclusive na definição das necessidades sociais a que os serviços, e em última instância, as políticas de saúde devem responder. (p.03/10)

A cogestão acaba também reorientando papéis, dinamizando a elaboração das políticas públicas e maximizando seus efeitos por meio do manejo e resolução dos conflitos via negociação. (FERNANDEZ e MENDES, 2007)

A gestão participativa é um conceito que inclui a formulação e deliberação pelos atores inseridos no processo de controle social requerendo adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. A cogestão é um método de fazer gestão, onde a democracia e a participação dos sujeitos se fundamentam através de uma construção coletiva. (CAMPOS, 2007)

Elementos significativos são apresentados pelos autores, Guizardi e Cavalcanti (2010) que contribuirão com a questão de uma reflexão no sentido de construção do conceito de cogestão, visando entender a democratização das instituições e políticas públicas de saúde. Um primeiro aspecto apresentado pelos autores é a noção de porosidade, que seria “canais de articulação dos processos de trabalho às redes sociais do território” (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2010, p.04/10), desconstruindo os limites que separam o dentro e fora dos serviços, os limites das unidades, das equipes e mesmo das tarefas e ações realizadas. Para desconstruir os processos de centralização normativa é necessário que haja um redesenho, um espaço intercessor entre as relações institucionais e a produção de realidade social. Nesta intercessão temos a gestão, que seria o espaço que se configuraria através do compromisso do diálogo de definir de forma compartilhada os objetivos e estratégias de intervenção, seu valor, seu sentido. Atuariam como forças na dinâmica de interseção entre produção e consumo (MERHY, 2005).

Outro aspecto seria as relações éticas de pertencimento, valores e sentidos compartilhados para a produção de saúde (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2010). Reconhecer o outro em sua diferença, onde o usuário não seja objeto de intervenção e sim um sujeito de relação, que se reconheça e seja reconhecido no processo de trabalho, na produção de saúde. Que haja vínculo solidário na construção política de territórios existenciais, que se constituiria no pertencimento.

Terceiro aspecto apresentado pelos autores seria o do conhecimento que assume uma posição na modernidade de autoridade, responsável pela exigência de obediência (HANNA ARENDT, 2005), estabelecendo os lugares pré-definidos da relação. Quem detém mais conhecimento “científico” apresenta um reconhecimento no meio das relações, detendo a autoridade o “poder”. Pensar em uma relação onde a produção de saberes se dá como efeito de troca, onde não haja hierarquias, que demande uma dinâmica de apropriação, compartilhamento e sistematização. Esta autoridade de “poder” difere da idéia de construção compartilhada de conhecimentos.

Os dispositivos de cogestão estão condicionados estreitamente pelas probabilidades de apropriação e produção das informações e conhecimentos, demandando dispositivos de expressão, novas estratégias, aprendizagens, sistematização e comunicação da experiência de produção de saúde, que não se encontre restrita aos mecanismos engessados de representações técnico-científicos do campo.

Os elementos apresentados por Guizardi e Cavalcanti e o espaço da gestão participativa na atual política do Ministério da Saúde ajudarão a pensar como hoje o colegiado gestor está inserido na Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro e qual o real papel deste colegiado no processo de trabalho das equipes.

A seguir utilizarei os elementos abordados anteriormente para examinar o campo de atuação dos colegiados gestores considerando o trabalho das equipes de saúde da família.

3.1.4. O espaço dos colegiados gestores

Para pensarmos nos colegiados de gestão, vejo a necessidade de abordar, diversas atividades que são contempladas no processo de trabalho da Atenção Básica segundo a Portaria nº 2488(BRASIL, 2011), tais como: a implantação da participação coletiva nos processos de gestão, a valorização e fomento da autonomia e do protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção da saúde, participação do planejamento local de saúde, assim

como o monitoramento e avaliação das equipes de saúde, fortalecimento da gestão local e do controle social.

A gestão colegiada e a cogestão serão tratadas neste trabalho como sinônimos uma vez que: colegiado é aquilo “que está reunido com outros em colégio / diz-se do governo em que a chefia do executivo é exercida por mais de um.” e cogestão refere-se ao “empreendimento ou empresa gerida por consenso de duas ou mais partes.” (HOLANDA, 2008)

[...] gestão aqui denominada de participativa ou de cogestão, agrega características como a autonomia; o protagonismo; a corresponsabilização de usuários, trabalhadores e gestores; a criação de vínculos solidários; e a participação coletiva na gestão e nos processos decisórios, além da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. (FIGUEIREDO et al. 2009. P.237)

No Município do Rio de Janeiro, desde 2009, a Secretaria Municipal de Saúde vem iniciando uma Reforma nos Cuidados em Atenção Primária, na busca de dar à Atenção Primária o papel de ordenadora das redes de atenção. A Reforma apresenta três aspectos: organizacional, administrativo e modelo de atenção.

Para realizar a Reforma administrativa foi preciso enfrentar problemas de execução orçamentária, tempo médio dos processos e de remanejamento, transparências dos contratos e fortalecimento SUS. O modelo adotado pela Gestão Municipal do Rio de Janeiro foi à modalidade de convênio pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS). (SORANZ, 2013)

A política de gestão da Cidade do Rio de Janeiro (2009) enfatiza a criação de colegiados de gestão nas unidades de Saúde da Família conforme as Instruções Normativas da SMS/RJ descritas a seguir:

Assunto: Colegiado Local Participativo das Unidades de Saúde da Família e PACS do Município do Rio de Janeiro

A presente Nota técnica visa comunicar aos profissionais da Estratégia de Saúde da família e às Coordenações de Área de Planejamento que:

[...]

Seguem, a seguir, as orientações para a formação do Colegiado Local Participativo:

1- A escolha dos integrantes pode se dar por eleição de forma que garanta a representatividade dos usuários e de todos os seguimentos que compõem a equipe de profissionais, de acordo com o perfil da unidade.

[...]

3- Quanto à metodologia, sugere-se a elaboração de plano de ação, visando sistematizar as ações de enfrentamento dos problemas. O importante é propiciar um espaço de gestão capaz de discutir problemas, planejar, avaliar e pactuar as ações. É preciso evitar a reprodução de estrutura hierarquizada e autoritária nos moldes existentes em alguns conselhos e sim exercer o gerenciamento participativo e democrático. (RIO DE JANEIRO, 2009. P.03)

Em 2011, a Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro normatiza a implantação deste colegiado gestor nas unidades básicas, através da orientação, que consta na **carteira de serviços da atenção primária**.⁷

Um dos aspectos relevantes que motivou a investigação deste tema foi à percepção de que a Estratégia de Saúde da Família teria um grande potencial para o desenvolvimento da gestão participativa, numa perspectiva de emancipação, autonomia, solidariedade, justiça e equidade por ser uma proposta de trabalho multiprofissional direcionada para reorganização do modelo de atenção a saúde, com foco na família, inserção no território, participação da comunidade e intersetorialidade.

Este tipo de gestão participativa segundo Fernandez e Mendes (2007) apresenta duas modalidades uma institucionalizada – em forma de Conselhos, e outra não institucionalizada em forma de fóruns participativos, ou seja, “Comitês Locais de Gestão”. As duas modalidades deverão levar em conta as propostas de negociação, da informação e da avaliação e monitoramento.

Santos Filho (2007), apresenta algumas questões que definem como deve ser o processo de trabalho em uma gestão colegiada:

[...] horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários.

[...] é necessário que se definam os critérios do que se considera e se espera dessa instância de gestão em “funcionamento efetivo”, indo além da sua mera estruturação formal. (p.1000-1008)

Segundo Ribeiro (2004) os diferentes estilos de gestão das ESF são influenciados pelas relações aproximadas ou conflituosas dos sujeitos, dos conflitos destas equipes com os poderes locais e também de conflitos entre as equipes com a própria população, onde a demanda não é atendida por esta equipe.

Para que se realize um trabalho de cogestão, os profissionais com os usuários traçam metas e acordos de convivência. De acordo com Campos (2007) formar compromisso, pactuar metas evita guerra de todos contra todos garante a possibilidade de convivência e de se trabalhar em prol de algum propósito.

O que observo hoje nas equipes de saúde da família são dificuldades em desenvolver um trabalho em equipe de forma colegiada. Concordo com Hartz (2004) quando diz que a

⁷ "Carteira de Serviços." A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) é um documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro. 2011. 23 Oct. 2013 <http://200.141.78.78/dlstatic/10112/137240/DLFE-228988.pdf/carteiraresumida_final1..pdf>

grande maioria dos atores envolvidos já possui uma predefinição e/ou experiência de uma gestão clássica, e não estão acostumados com a interação e corresponsabilização de todo um processo de trabalho. Fazer uma gestão colegiada é de difícil realização, uma gestão ideal, sem barreiras, sem muros, com “porosidade” (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2010).

A comunicação entre os atores envolvidos (profissionais, usuários, gerente e outros) é mais um dos desafios para o trabalho em equipe de forma colegiada. Algumas vezes o compromisso individual com o coletivo acaba sendo colocado de lado em prol de necessidades individuais prejudicando assim o avanço da cogestão. A demanda exagerada dos serviços que fazem parte da responsabilidade dos profissionais das equipes, também é uma questão que dificulta a realização de uma prática colegiada.

Os conflitos gerados no ambiente de trabalho das equipes de saúde da família são também questões que dificultam o trabalho colegiado, segundo Scherer (2009) uma vez que os diversos saberes se encontram em uma negociação permanente. Existe também, segundo o mesmo autor uma divisão do trabalho entre os sujeitos que são influenciados pela história das profissões, onde há um domínio de competência e de atos próprios que já foram definidos pelas próprias categorias profissionais.

Grande parte dos profissionais que hoje estão nas equipes de saúde da família, foi formada nos modelos clássicos de ensino, tendo como foco de atenção o indivíduo, e a hierarquia entresaberes é muito valorizada, dificultando o trabalho em equipe. (BRASIL, 2010)

Uma questão que favorece a construção de equipes integradas é a permanência dos sujeitos em uma unidade de saúde da família o que nem sempre é favorecido pelo vínculo terceirizado porque no Município do Rio de Janeiro as equipes de saúde da família não estão constituídas por funcionários públicos.

Por outro lado, a carga horária de trabalho de 40 horas favorece o convívio das equipes do Município do Rio de Janeiro.

Scherer (2009) enfatiza a importância da estabilidade dos indivíduos na equipe:

A construção do coletivo depende da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, pois a confiança e a cooperação se constroem com o tempo. [...] Toda organização é permeada por relações de poder e a ética da responsabilidade e da solidariedade é fundamental para orientar ações e construir coletivos (p.723)

Retomando a questão do Colegiado Gestor definido na carteira de serviços pelo Município do Rio de Janeiro nas unidades de saúde da família, percebo que é de suma importância a implantação deste colegiado no território das unidades de saúde da família, envolvendo atores (profissionais, usuários, gerente e outros) que possuem um papel de responsabilidade e de participação efetiva nas questões de produção de saúde. É fato que para esta implantação, a equipe precisa saber construir o diagnóstico de saúde do território, identificar as características geográficas, fazer o estudo epidemiológico, ter envolvimento com o contexto de saúde que se apresenta. Reforço que a aproximação do território pode fazer com que a equipe tenha um aprendizado compartilhado com a população sobre as implicações éticas e seus efeitos na realidade.

Guizardi e Cavalcanti (2010), salientam a necessidade de ampliar o conceito de cogestão proposto por Campos, com a finalidade de ultrapassar as práticas de organização do trabalho, numa direção onde haja articulação em rede das atividades de produção de saúde do território.

Um princípio essencial para a condução do colegiado gestor e a produção da saúde é o diálogo e a valorização do saber local que depende da articulação dos diversos atores sociais e da possibilidade de explicação das diversas formas de ver o mundo, o dia a dia e os problemas percebidos.

Merhy (1997) lembra os desafios que devem caminhar,

na busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, edificando uma relação mais solidária entre ambos e os próprios trabalhadores, na perspectiva do desempenho técnico e de um trabalhador coletivo na saúde. (p.126)

Um diálogo onde haja a explicitação das ideias, dos profissionais, do embate democrático, um olhar para o cotidiano mediante a ótica da população, compreender suas necessidades reais, pois quem observa algo sempre o faz a partir de um ponto. Nenhuma observação é neutra, segundo Freire (1997).

Concluindo, trago novamente, as indagações que me impulsionaram a estudar esta questão:

Qual o conhecimento dos profissionais de saúde da família sobre gestão participativa? Como os profissionais trabalham a gestão participativa em seu território de abrangência? Quais as estratégias utilizadas pelas equipes, para o fortalecimento da gestão participativa no

seu território? As equipes reconhecem a Educação Popular como uma ferramenta para alcançar este tipo de gestão?

São questionamentos, que nos fazem refletir sobre a atualidade, mesmo em um cenário desfavorável, dos ideais da Reforma Sanitária e do SUS que continuam vivos, oferecendo resistência e buscando construir caminhos alternativos, principalmente através da criação de mecanismos de participação popular. Para melhor situar a questão das possibilidades de mudanças concretas, faz-se necessário levar em consideração as relações existentes entre o Estado e sociedade civil no processo de construção de políticas públicas, principalmente em relação à consolidação do SUS e a sua manutenção como movimento de resistência através da criação de espaços coletivos de produção da saúde e de construção de novos modelos de organização dos serviços e dos processos de trabalho.

Para que o SUS possa caminhar efetivamente e afirmar-se como espaço de produção da saúde será preciso mudanças políticas, ideológicas e a utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com o processo de mudança e de produção social de um novo sistema de saúde que contemple a efetiva participação social.

A questão da participação social no SUS encontra um campo fértil para o seu desenvolvimento na Estratégia de Saúde da Família, esta procura instituir, na prática social, o paradigma da Produção Social da Saúde que exige mudanças na concepção de saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária.

Do ponto de vista macro é importante avaliar a relação, sempre de tensão, embate e lutas, avaliando a relação que se estabelece entre a máquina de Estado e os movimentos sociais que surgem a partir da organização da sociedade civil. Os movimentos sociais na relação com o Estado correm sempre o risco de perder força e vitalidade, principalmente por causa de acordos, fragmentações e burocratização. A vitalidade dos movimentos sociais é dada pela participação do povo, através de focos de luta e de resistência e pela criação de espaços coletivos de ação que incluam a população e principalmente aqueles que estão à margem da sociedade, sofrendo com as determinações impostas por um modelo de desenvolvimento desigual.

É importante pensar em formas de participação não institucionalizados, que possam manter entre si uma relação de fortalecimento e articulação que se concretizem através de redes de movimentos e grupos sociais. (ACIOLI, 2005)

Estas formas devem acontecer dentro e fora dos conselhos de saúde; em colegiados gestores locais, conselhos populares, pólos de educação permanente e outros. Onde

haja socialização das informações, respeitando as opiniões, garantindo a fala, a escuta, e o compartilhamento das propostas de solução para os problemas levantados. Isto é, uma participação que coloque os atores em arenas de decisão e permanente negociação. Para isto, Acioli (2005), nos lembra que é importante reconhecer que a escuta ativa da população, os desejos, os modos de vida e de agir, facilita a expressão das demandas, das necessidades da população. Desta forma, a participação popular nos espaços públicos aparece como uma estratégia fundamental para o desenvolvimento do SUS, da sua potencialidade e vitalidade.

3.2. EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO METODOLOGIA PARA A IMPLANTAÇÃO DO COLEGIADO GESTOR NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

3.2.1. Educação popular em saúde e sua historicidade

Na década de 50, começa a ser desenhado na academia o referencial político-pedagógico da Educação Popular, na América Latina, com raízes ligadas a história de luta social (BRASIL, 2012b).

No Brasil, a Educação Popular inicia-se como o movimento libertário, a partir de várias experiências entre intelectuais e as classes populares. Grupos de educadores que visavam utilizar tecnologias inovadoras, alternativas que substituíssem o modelo dominante de alfabetização. Inspirados pelo pensamento socialista (Marx, Gramsci, Lênin, dentre outros) e no humanismo cristão, estes educadores não só tinham o desejo de ensinar as pessoas a lerem, mas de cultivarem uma “visão crítica do mundo”, para desta forma traçar caminhos com “autonomia” e “alteridade”, na esperança da emancipação humana, material e social (PALUDO, 2001).

Em 1960-61 inicia-se a formação do movimento popular que abre espaço para um momento transformador, um pensamento renovador em educação que reúne intelectuais envolvidos na luta política das classes subordinadas que se transformam em intelectuais orgânicos de uma política voltada para a cultura popular. O conflito entre a educação conservadora e a cultura popular estava posto. Estes movimentos tiveram um período curto de alvorada, que foi interrompida pela ditadura militar.

O Movimento de Cultura Popular (MCP) nos anos 60 se estruturou com a sociedade civil, no Recife com três departamentos: o de formação da Cultura, o de Documentação e

Informação e o da Difusão da Cultura. Germano Coelho, intelectual, foi o principal ideólogo do Movimento de Cultura Popular (CUNHA e GÓES, 1995).

A participação do povo na conformação da cultura foi de grande relevância para os pernambucanos.

O método Paulo Freire nasce nos anos 60, sendo um dos recursos mais utilizados pelos “jovens católicos radicais”. Em 62, se dá a primeira alfabetização de adultos, onde o povo deixa de ser objeto para ser sujeito do processo. A ativação do povo abre meios de participação independente de ordem econômico-social-político-cultural (CUNHA e GÓES, 1995).

Em 1962, acontece o I Encontro de Coordenadores do Movimento de Educação que toma como base “a ideia de que a educação deveria ser considerada como comunicação a serviço da transformação do mundo”.

A proposta de Paulo Freire, o Plano Nacional de Alfabetização, no início do ano de 64 passa a ser adotada nacionalmente e oficialmente como proposta do governo federal de João Goulart que em poucos meses depois de iniciado foi extinto pelo golpe militar.

O Movimento de Educação de Base instituição vinculada à Igreja Católica foi o único movimento de educação e de cultura popular que sobreviveu ao golpe de Estado de 64. Quatro movimentos⁸ foram pioneiros na educação e na cultura popular dos anos 60 somando-se o Sistema Paulo Freire. Todos fizeram parte de uma estratégia política maior às propostas de Reforma de Base e que reintroduziram Jango no presidencialismo.

Em 1964, a tomada do poder no Brasil não foi simplesmente um golpe militar brasileiro e sim uma articulação política de profundas raízes internas e externas que estava ligada a interesses econômicos sólidos e com respaldos sociais expressivos.

Os “anos de chumbo” deixaram marcas fortes, foram destruídos os movimentos de educação e cultura popular e seus educadores foram presos, exilados. Segundo Vasconcelos (2004, p.1) o governo militar, de 1964, criou contraditoriamente condições para a emergência de uma série de experiências de educação em saúde que significaram uma ruptura da criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população.

Segundo Brandão (2001, p. 1) “a cultura começava a ser, então, pensada como um momento do processo político, em sua dimensão subjetiva e objetiva”.

⁸Movimento de Cultura Popular no Recife; a Campanha de Pé no Chão Também se aprende a Ler em Natal; no âmbito da Igreja Católica, o Movimento de Educação de Base e o Centro Popular de Cultura, na UNE. (CUNHA e GÓES, 1995, p.16)

Havia um fundamento partilhado com diferenças de ideologias entre as pessoas e os movimentos participantes “da cultura popular” dos anos sessenta: a cultura se constrói na história. Um outro suposto o completava: em sociedades desiguais, regidas por interesse e conflitos entre classes sociais, culturas humanas são construções de práticas da vida, de regras e códigos de relações e de sistemas desentidos que obedecem a tais interesses e procuram tornar ocultos ou desvelam as origens sociais das desigualdades e as razões ideológicas e políticas dos conflitos.(BRANDÃO, 2001, p.1)

A população foi aos poucos buscando novas formas de resistência, os sindicatos e os partidos se encontravam esvaziados. O apoio ao movimento da população, realizado pela Igreja Católica, que naquele momento conseguiu se preservar da repressão política possibilitou o engajamento de intelectuais das mais diversas áreas. (VASCONCELOS, 2004)

Dentre estes intelectuais, encontrava-se Paulo Freire, que segundo Vasconcelos (2007a) não foi quem inventou a Educação Popular, mas um importante sistematizador e teórico deste movimento. Como foi dito nos parágrafos anteriores, ela foi construída a partir de movimentos de intelectuais latino-americanos que vinham se aproximando na década de 50, do mundo popular na procura de uma forma de relação que ultrapassasse a forma paternalista como as elites abordavam a população. Estes movimentos eram compostos por classes populares que buscavam enfrentamentos de seus problemas e por muitas iniciativas de solidariedade. Esses intelectuais foram descobrindo que ao colocar seus saberes e seus trabalhos a serviço dessas ações populares, os resultados eram extraordinários.

O pernambucano Paulo Freire foi o primeiro a sistematizar na teoria a experiência acumulada por estes movimentos. A difusão da Educação Popular se deu através do seu livro *Pedagogia do Oprimido* (1966), difundido por todo o mundo. O autor falava principalmente da necessidade de transformar a educação em instrumento de conscientização, libertação, transformação permitindo não só a divulgação, mas também o aperfeiçoamento, a partir da percepção, concretização, do que era mais fundamental, ajudando a organizar seus princípios de forma coerente. O trabalho pastoral da Igreja Católica foi se ampliando com o atividades político-pedagógicas, com a organização dos mais variados setores da sociedade civil e com os movimentos sindicais (PAIVA, 1984). O termo “popular”, segundo Vanilda Paiva “deslocou-se do destinatário para o conteúdo político da educação, [...] produzida pelas classes populares ou para as classes populares em função de seus interesses de classe [...]”(1984, p.33)

Segundo Paludo (2001, p.181) esta construção de Educação Popular:

sempre esteve histórica e organicamente vinculada ao movimento de forças políticas e culturais (as organizações populares, os agentes e as estruturas/organizações de mediação) empenhadas na construção das condições humanas imediatas para a elevação da qualidade de vida das classes subalternas e na construção de uma sociedade onde a realidade e liberdade fossem cada vez mais concretas [...].

O Movimento Popular de Saúde (MOPS) destaca-se juntamente com a pré reforma sanitária brasileira, que reunia militantes, lideranças populares de várias concepções ideológicas de esquerda que lutavam por várias questões como: moradia, transporte, custo de vida... (BRASIL, 2012). Eles se integravam como atores políticos ativos no Movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 2006b).

Desta forma, a Educação Popular em Saúde vai se fazendo presente em movimentos políticos as discussões realizadas com trabalhadores e usuários, e a afirmação da participação popular como força no sistema de saúde, se constitui nos marcos históricos da Reforma Sanitária (BRASIL, 2006b).

A Rede Nacional de Educação Popular em Saúde surge em 1991 como articulação, passando a ser Rede no primeiro trimestre de 1999. Está composta por intelectuais, profissionais, técnicos e militantes de movimentos sociais voltados a ações e reflexões no campo da Educação Popular em Saúde no Brasil sendo seu principal objetivo a divulgação e troca de experiências, e o apoio às iniciativas dos sujeitos e grupos participantes.(Lista da Rede de Educação Popular em Saúde). Segundo Vasconcelos (2007b)

A Rede de Educação Popular em Saúde tem proposto a adoção da Educação Popular como diretriz teórica e metodológica da Política de Educação em Saúde do Ministério da Saúde e que esta política se torne uma estratégia prioritária de humanização do SUS e da adequação de suas práticas técnicas à lógica de vida da população, mediante a valorização de formas participativas de relação entre os serviços de saúde e os usuários. (p.27)

Uma carta entregue ao Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, expressava a intencionalidade política do movimento em participar do SUS, evidenciando-se,

A Educação Popular em Saúde como prática necessária à integralidade do cuidado, à qualificação da participação e do controle social na saúde e às mudanças necessárias na formação dos profissionais da área. (BRASIL, 2012b p.7)

Em 2003, constitui-se a Coordenação Geral de Ações populares de Educação na Saúde, fazendo parte da recém criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

O objetivo desta coordenação era de fortalecer e qualificar o controle social na saúde e o diálogo com os movimentos populares para ampliação da participação da sociedade civil, e a inserção da Educação Popular em Saúde na formação profissional da área da saúde (BRASIL, 2012b).

A Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) foi uma das estratégias que se consolidou com a formação de um espaço de interlocução entre os movimentos sociais populares e a gestão do sistema.

Hoje a Educação Popular em Saúde constitui-se como “elemento significativo da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)” (BRASIL, 2012b p. 8), no sentido de promover a participação popular e a mobilização social na saúde. No entanto, sua atuação pretende ultrapassar o espaço institucional.

Com o objetivo de ampliação e qualificação da participação social no SUS, em 2007 se dá a publicação da Portaria GM/MS Nº. 3060, “que dispõe sobre o repasse fundo a fundo dos recursos desta política, viabilizando o apoio às gestões estaduais nos processos de educação popular em saúde [...]” (BRASIL, 2012b p. 8).

Vários caminhos foram percorridos pelos educadores populares pelos movimentos sociais para que se constituísse a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS). Reuniões a partir da realidade vivenciada na saúde foram problematizadas por atores sociais que construíram um processo democrático e participativo, compreendendo a formulação da PNEPS. Foram realizados seis encontros regionais para garantia da escuta-ampliada e construção compartilhada para esta Política (BRASIL, 2012b).

3.2.2. Educação popular em saúde como política

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde nasce de vários caminhos e de muitas mãos que batalharam para que se tornasse concreto a idealização desta Política.

A Portaria nº 1256 de 17 de junho de 2009 institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, um comitê que se debruçou para a formulação, acompanhamento na implementação e avaliação da PNEPS. Este grupo era composto por representantes da gestão do SUS e dos movimentos populares (BRASIL, 2013).

A Portaria nº 2761, de 19 de novembro de 2013, institui a PNEPS no âmbito do SUS.

A PNEPS-SUS no Art. 2º,

Reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. (BRASIL, 2013).

São seis os princípios que orientam a Política, segundo a Portaria nº2761:

- o diálogo – que é quando cada cidadão, expõe de forma respeitosa o seu saber, ampliando o conhecimento crítico de ambos sobre a realidade;

- a amorosidade – são trocas emocionais, de sensibilidade que ampliam o diálogo além dos argumentos e conhecimentos organizados de uma forma racional.

- a problematização – surge a partir das relações de diálogo que tem como propósito a construção de práticas em saúde que tenham como base a análise crítica da realidade. Parte da experiência prévia dos sujeitos.

- construção compartilhada do conhecimento – esta construção se dá entre pessoas e grupos com saberes, culturas e inserções sociais diferentes, com o objetivo de coletivamente transformar e compreender as ações de saúde.

- emancipação - É a constituição de processos de trabalho onde os diversos atores assumem o papel de sujeitos do processo saúde-doença, superando as diversas formas de opressão.

- compromisso com a construção do projeto democrático e popular – este compromisso é a reafirmação da construção de uma sociedade justa, democrática, solidária, igualitária, soberana e culturalmente diversa.

A PNEPS-SUS está estruturada em quatro eixos estratégicos:

- participação, controle social e gestão participativa;
- formação, comunicação e produção de conhecimentos;
- cuidado em saúde;
- intersetorialidade e diálogos multiculturais.

O Artigo 5º da Portaria nº 2761, apresenta o objetivo geral da Política de Educação Popular em Saúde, de:

Implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde. (BRASIL, 19 de novembro de 2013)

E no Artigo 6º, os objetivos específicos:

I - promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras; II - fortalecer a gestão participativa nos espaços do SUS; III - reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde; IV - fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito universal à saúde; V - incentivar o protagonismo popular no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde; VI - apoiar a sistematização, produção de conhecimentos e o compartilhamento das experiências originárias do saber, da cultura e das tradições populares que atuam na dimensão do cuidado, da formação e da participação popular em saúde; VII - contribuir com a implementação de estratégias e ações de comunicação e de informação em saúde identificadas com a realidade, linguagens e culturas populares; VIII - contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais nas políticas públicas referenciadas na Educação Popular em Saúde; IX - apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas; X - contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde; e XI - assegurar a participação popular no planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e estratégias para a implementação da PNEPS-SUS. (BRASIL, 2013)

A Política de Educação Popular em Saúde a partir dos seus objetivos gerais e específicos pretende fortalecer os processos de transformação e de humanização, promovendo a autonomia das pessoas, à formação de uma consciência crítica e a participação da cidadania.

3.2.3. A relação da educação popular com os profissionais de saúde

Na década de 70, no setor da saúde, surgem experiências envolvendo os profissionais de saúde junto com os movimentos sociais. Esta aproximação se deu pela busca destes profissionais de romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, e estes profissionais de saúde aprenderam a se relacionar com os grupos populares, esboçando tentativas de organizar ações de saúde integradas à dinâmica social local (VASCONCELOS, 2007b).

A Educação Popular, para muitos tem um significado essencial na construção da história da atenção integral à saúde. Esta metodologia possibilita a interação dos profissionais com a comunidade, com os serviços locais que se encontram em uma realidade onde há um

problema específico de saúde, fortalecendo e reorientando os saberes, as práticas e as lutas por um objetivo comum, compartilhado entre os atores envolvidos. Desta forma, segundo Vasconcelos “[...] o método da Educação Popular passa a ser um instrumento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e na reorientação das políticas públicas.” (2007b, p.20).

Na década de 80 no Brasil, período de redemocratização, a Educação Popular vai sendo incorporada a trabalhos sociais de várias organizações não governamentais, com experiências em escolas, em alguns serviços de saúde, na assistência social e nas universidades (BRASIL, 2012b).

Dentre os conceitos apresentados por diversos autores, destaco o de Vasconcelos:

A Educação Popular é o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir dos setores subalternos, a como contribuir com a construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação (2007b, p.21)

Um saber que envolve a participação de vários atores no trabalho político, fomenta formas coletivas de aprender e investigar promove o crescimento da capacidade de análise crítica da realidade e afinam as estratégias de luta e enfrentamento (VASCONCELOS, 2007b), o saber anterior dos atores, o que eles trazem como vivência, experiência de vida, de trabalho e na transformação da realidade que muitas vezes é um conhecimento, pouco elaborado segundo Vasconcelos (2007b) é a matéria prima da Educação Popular. O processo de discussão sobre os conteúdos da realidade precisam vir de baixo para cima para que estes se tornem revolucionários e promovam mudanças.

Desde um começo, há a necessidade de se conhecer a realidade social, na qual vai se desenvolver o trabalho, buscando concretizar uma prática problematizadora, reflexiva, dialógica e produtora de autonomia. O diagnóstico local, a observação, a escuta são etapas fundamentais para a construção de vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade.

A metodologia da problematização é uma das formas de garantir os processos participativos, de acordo com Pulga (2014, p.138) “representa um momento decisivo da proposta e busca superar a visão ingênua por uma perspectiva crítica, capaz de transformar o contexto vivido”. Discute os problemas que surgem da observação da realidade, buscando explicações que ajudem a transformá-la. A autora também afirma, que este olhar ampliado sobre a realidade com amparo na ação-reflexão-ação e o desenvolvimento de uma consciência crítica estão relacionados com a problematização, permitindo que homens e mulheres se

vejam como sujeitos históricos, refletindo sobre formas de um mundo melhor, possibilitando estabelecer condições efetivas para uma expressão democrática, de lógicas e pensamentos que tenham como base o respeito às diferenças e no incentivo a participação que mobilize o sujeito a se lançar no debate, focando nos problemas comuns da sua comunidade.

Vasconcelos define ainda, a Educação Popular como um modo de estar envolvido na realidade e na organização de um trabalho político abrindo passagem para a conquista da liberdade e de direitos. A Educação Popular objetiva:

Trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade eo aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. (VASCONCELOS, 2001a, p.4)

Referindo-se ao campo da saúde Albuquerque e Stotz (2004) dizem que:

Educação Popular pode ser um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, tem sido utilizada pelos serviços, visando a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas. (p.260)

Segundo Vasconcelos (2007b), as práticas de Educação Popular em saúde não têm mais as mesmas características da década de 70, quando o educador em saúde ficava inserido na comunidade, identificava as lideranças, levantava os problemas locais, criava espaços para o debate e trazia estas questões para o debate local.

Através da minha prática profissional, de mais de uma década, observo que a democratização da sociedade brasileira citada por Vasconcelos ainda precisa de grandes avanços nos territórios. A participação popular conquistou durante anos um “espaço” para as discussões das políticas de saúde, que pode se limitar aos espaços formais dos Conselhos Distritais, Municipais, Estaduais. Ainda sendo um grande avanço, uma conquista fruto de muita luta do Movimento Sanitário, são espaços de participação limitados que não dão conta efetivamente da participação dos usuários nas questões de redefinição das ações de saúde realizadas diariamente. Vasconcelos (2007b) nos menciona que:

Há inúmeros mecanismos de boicote a uma participação mais efetiva dos moradores. E é no cotidiano das práticas de saúde que o cidadão é desconsiderado pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico tradicional que, em vez de questionar, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza. (p.25)

Um dos aspectos relevantes que motivou a investigação deste tema foi à percepção de que a Estratégia de Saúde da Família teria um grande potencial para o desenvolvimento da gestão participativa, numa perspectiva de emancipação, autonomia, solidariedade, justiça e equidade por ser uma proposta de trabalho multiprofissional direcionada para reorganização do modelo de atenção a saúde, com foco na família, inserção no território, participação da comunidade e intersetorialidade.

A Estratégia de Saúde da Família segundo o Ministério da Saúde tem o papel de reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica sendo considerado por Albuquerque e Stotz (2004), um ambiente favorável ao desenvolvimento da educação popular em saúde.

Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro de 3% em 2009 para 42% em 2014. Muitos profissionais de saúde foram atuar na atenção básica, em unidades que possuem um território adstrito, uma população com número limitado de famílias e cidadãos, onde estes profissionais são os responsáveis pela produção do cuidado em saúde. Profissionais, que chegam reproduzindo o modelo biomédico tradicional, do autoritarismo dos doutores, da não valorização do saber do outro, da falta de iniciativa do usuário, da imposição das soluções técnicas, das ações educativas extremamente normatizadoras e centradas apenas na inclusão de hábitos individuais que são considerados saudáveis, do não envolvimento da população no planejamento das ações do cuidado no processo de saúde. O trabalho educativo é geralmente realizado através de uma pedagogia de transmissão onde quem detém o conhecimento científico, detém a fala, o saber. Com isso, os sujeitos não têm voz, as lideranças locais se afastam não havendo nenhum tipo de envolvimento que gere uma aproximação dos atores para alcançar uma transformação social, através do diálogo dos saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde. (VASCONCELOS, 2007b)

Uma pequena parcela de profissionais de saúde que participam há anos dos movimentos sociais reorienta suas práticas com o intuito de enfrentar os problemas locais de saúde de uma forma global. “É imensa a carência de profissionais capazes de uma relação participativa com a população e seus movimentos” (VASCONCELOS, 2004 p. 80).

O que temos hoje, observada pela minha prática, nos territórios com as Equipes de Saúde da Família, são profissionais que não possuem uma formação acadêmica voltada para a Educação Popular em Saúde. Uma Educação Profissional que não aproxima a atuação do profissional à realidade diária, que não valoriza o ouvir, e o saber do outro, suas experiências,

que não reconhece suas próprias limitações, que não o estimula a se aproximar e estar com o próximo.

Segundo Pereira (2009, p.184), “a concepção tecnicista de educação profissional contribui, entre outros, para naturalizar as ações feitas pelos trabalhadores técnicos em saúde” em síntese “contribui para adaptação e conformação dos trabalhadores ao existente, numa perspectiva economicista, instrumentalista, pragmática e moralizadora” (PEREIRA 2006 apud PEREIRA e LIMA 2009, p.185).

A atitude crítica e reflexiva sobre a vida, sobre a sociedade, o envolvimento com os movimentos sociais, a sensibilidade de lidar com as manifestações das dinâmicas subjetivas, e o sofrimento humano, segundo Vasconcelos (2004) não podem ser ensinadas somente através de disciplinas teóricas, densas. Mas, segundo o autor, podem estar sendo criadas situações pedagógicas, onde os profissionais possam problematizar as vivências e as indignações relacionadas à realidade, buscando soluções, valorizando a curiosidade na busca do enfrentamento das bases das questões sociais orientadas pela experiência acumulada da Educação Popular. As dificuldades dos profissionais de saúde em ter atitudes críticas e reflexivas sobre a vida, sobre a sociedade, “advém da dificuldade de admitir que são condicionados pelos objetivos dos grupos ou classes dominantes numa certa época, e que esses objetivos não coincidem com a sua função precípua” (BERLINGUER, 1983 p. 161).

Entre os anos de 1975 e 1985 surgiram às primeiras iniciativas de Educação Popular em Saúde, nos serviços de saúde e com a população a fim de superar a falta de resolubilidade dos serviços de saúde e a contradição entre a experiência dos sofrimentos. De acordo com Stotz (2005) as experiências destas iniciativas foram sistematizadas em encontros populares e fizeram parte do ideário do movimento da Reforma Sanitária.

A partir da década de 90 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), debates importantes aconteceram envolvendo vários aspectos relacionados à reorganização dos serviços de saúde e suas práticas, com destaque para a educação em saúde nas ações (STOTZ, DAVID, WONG UN, 2005). Essas estratégias vêm envolvendo um grande número de profissionais de saúde, dentre estes, profissionais que já debatiam desde a década de 70 sobre as questões do campo da Educação Popular em Saúde (VASCONCELOS, 2001b) e outros que vieram de uma formação tradicional, cuja relação com a população era distanciada, apresentando despreparo para o enfrentamento compartilhado dos problemas na comunidade e dificuldade de estabelecer diálogos e parcerias.

A Estratégia de Saúde da Família permite de alguma forma a aproximação com a realidade em que estes profissionais estão inseridos. O reconhecimento do território, o envolvimento com os indivíduos faz parte de uma ferramenta da ESF que é o diagnóstico de saúde. O cadastramento das famílias, o levantamento do território (geográfico), do perfil desta comunidade, das fragilidades e das potencialidades que se apresentam, constituem elementos importantes para este diagnóstico, para o levantamento das necessidades de saúde desta população.

A realidade de trabalho que hoje encontramos é marcada, segundo Vasconcelos (2007b) por angústias e injustiças. Profissionais despreparados, sem qualificação técnica se escondem em seus consultórios, não se permitindo avançar além dos muros da instituição. A carga de trabalho e a demanda no atendimento, também são questões que dificultam o profissional de se aproximar da realidade onde está inserido, sem falar nas questões referentes ao espaço geográfico (território), o descaso do governo com o saneamento básico, transporte, educação, lazer... Desta forma os problemas de saúde ficam ainda mais graves, exigindo destes profissionais atitudes que não estão em sua governabilidade, tencionando assim, a relação entre a população e os profissionais de saúde.

Na prática, observo o que afirmam Vasconcelos (1999) e Valla (1999) que entre alguns profissionais de saúde da ESF, há um entendimento de que não é preciso “aprender” a fazer educação em saúde. Acreditam que o saber soberano, que é o saber clínico e a formação destes profissionais são suficientes para implementar esta prática. A transmissão do conhecimento técnico sobre o cuidado e sobre as doenças são realizadas através de atividades educativas de forma prescritiva, lidando com a população de forma passiva. Não há valorização do saber popular e nem se busca conhecer as condições de vida dessas populações, predominando a fala do profissional de saúde que acreditam deter o conhecimento.

Este cenário que apresento, possui potencialidades fortes para integração dos profissionais que estão envolvidos com a saúde de um território onde encontramos a ESF. Uma equipe que permanece durante 40 horas semanais, interagindo com o meio, tem a possibilidade de criação de vínculo com os usuários e com o contexto de vida desta comunidade.

A Estratégia de Saúde da Família é um forte desafio à proposta de concretização de um modelo baseado na saúde e não na doença, com enfoque na resolução dos problemas

deatenção primária, visando à diminuição dos encaminhamentos para a média e alta complexidade.

Segundo Vasconcelos (2004, p.77) “a pouca ênfase da saúde pública na discussão e no aperfeiçoamento das relações culturais e políticas com os cidadãos e seus movimentos vem resultando em desperdício dessa situação potencialmente transformadora do sistema”.

Segundo David e Acioli (2014, p. 169) “a marca do trabalho de saúde é a relação entre sujeitos profissionais e usuários dos serviços”. Entre a relação de profissionais e usuários, temos o cuidado, que é um espaço de produção de intersubjetividade, um espaço de intersecção, que segundo Mehry (2005) é onde se dá o trabalho vivo (produção em ato, onde o que se produz e o produto final não se separam). Permeando este espaço está à dimensão educativa como mediadora social, permitindo aos sujeitos de reconhecerem o dia a dia, como espaço de mediação possível entre “o indivíduo-particular e o genérico-histórico” (HELLER, 1991, p.37)

IV. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, abordo inicialmente os resultados da análise documental destacando a maneira como se apresenta o Colegiado Gestor no Município do Rio de Janeiro e especificamente na AP 5.3, o formato na carteira de serviços e, o contrato de gestão da Organização Social para depois apresentar e analisar os resultados das entrevistas.

4.1. ANÁLISE DOCUMENTAL: A GESTÃO PARTICIPATIVA NO TERRITÓRIO DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.3

4.1.1. Localização geográfica da área programática 5.3 (AP 5.3)

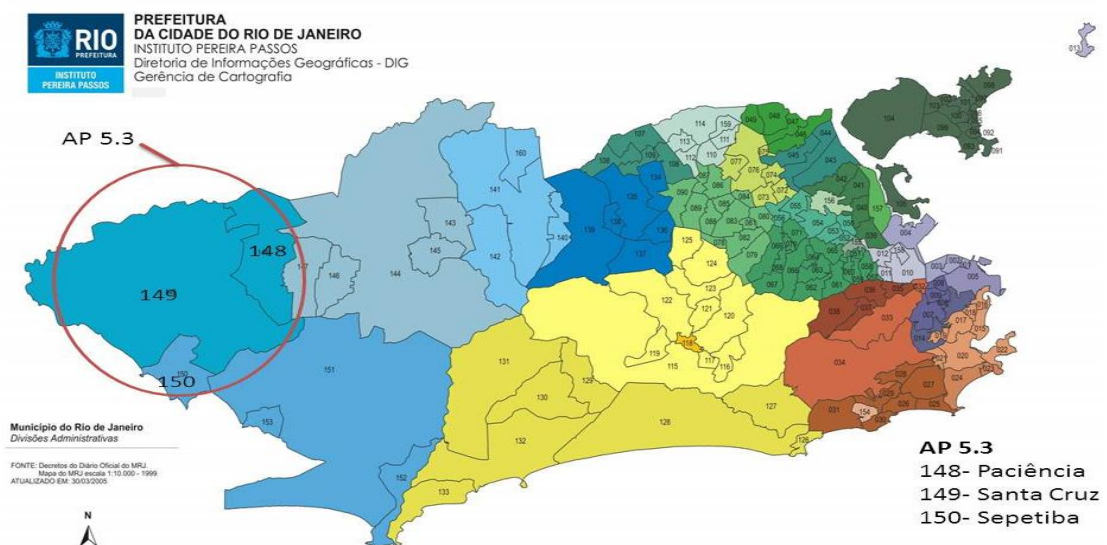
O Município do Rio de Janeiro é dividido em dez Áreas de Planejamento. O território da Área de Planejamento 5.3 é constituído pelos bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba.

Localiza-se na região oeste do Município do Rio de Janeiro e possui área de 163.730 km², o que corresponde a 13,15 % da área da cidade.

Como características geográficas relevantes sublinhe-se a distância da região central da cidade, a existência de algumas áreas rurais e a localização de praias na baía de Sepetiba que está altamente poluída.

A maior parte do território é de geografia plana e com baixa altitude, próximo ao nível do mar.

Figura 1- Mapa do Município do Rio de Janeiro por Bairros.



Fonte: IPP, 2014

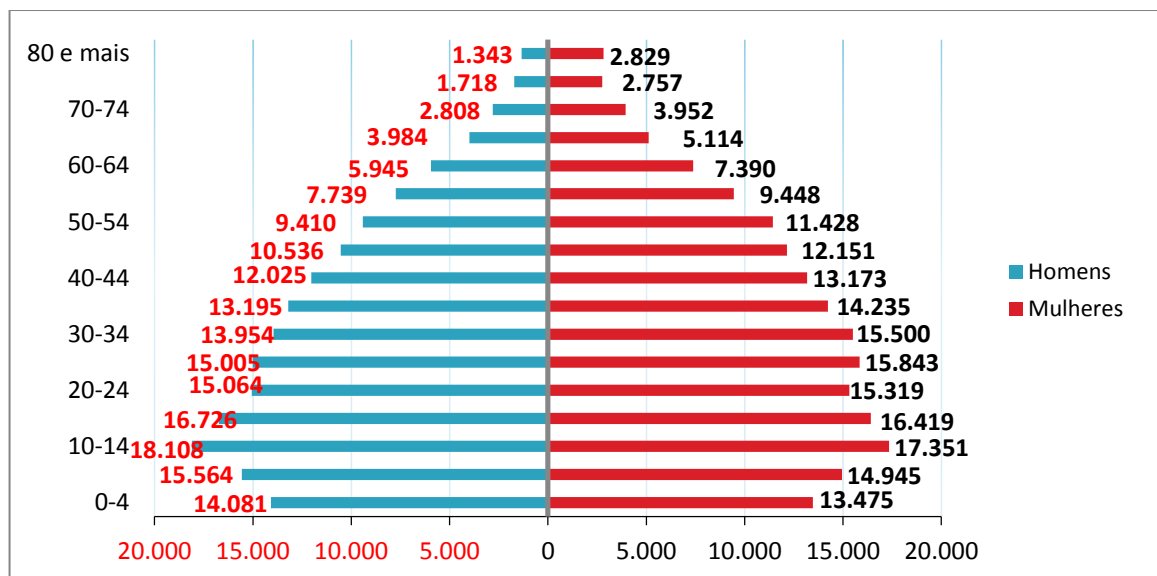
4.1.2. Características demográficas e socioeconômicas

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no censo demográfico realizado no ano de 2010, o total de habitantes da área de planejamento correspondia a 368.534 pessoas.

Atualmente a população cadastrada no prontuário eletrônico das unidades de saúde de Atenção Primária da AP 5.3 contabiliza um total 372.462 pessoas. Sublinhe-se que o território dessa AP sofreu investimentos tanto no setor da saúde, quanto no da habitação. É notório o aumento populacional devido à inauguração de diversos condomínios residenciais do programa do governo federal “Minha Casa, Minha Vida”.

É relevante mencionar que em 2008 os três bairros que compõem a AP 5.3, ocupavam as posições 147º, 146º e 144º, respectivamente, do Índice de Desenvolvimento Social (IPP, 2008) na classificação do Índice, considerando os 158 bairros oficiais do Município do Rio de Janeiro. Dessa forma, a AP 5.3 foi escolhida como primeira área a receber investimento do Município para a expansão da cobertura de Estratégia de Saúde da Família.

Gráfico 1 – Pirâmide populacional da AP 5.3 .



Fonte: IBGE, 2010.

Na pirâmide populacional verifica-se que o quantitativo da população feminina é superior ao da masculina. As mulheres representam 52% da população total enquanto os homens representam 48% da população. A população é predominantemente jovem, concentrando-se nas faixas etárias inferiores à 40 anos.

4.1.3. Situação epidemiológica

As baixas posições ocupadas pela AP 5.3 no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) indicam pouco desenvolvimento social. Como base de análise para o IDH são considerados os seguintes índices: conforto e saneamento, nível educacional e a esperança de vida ao nascer.

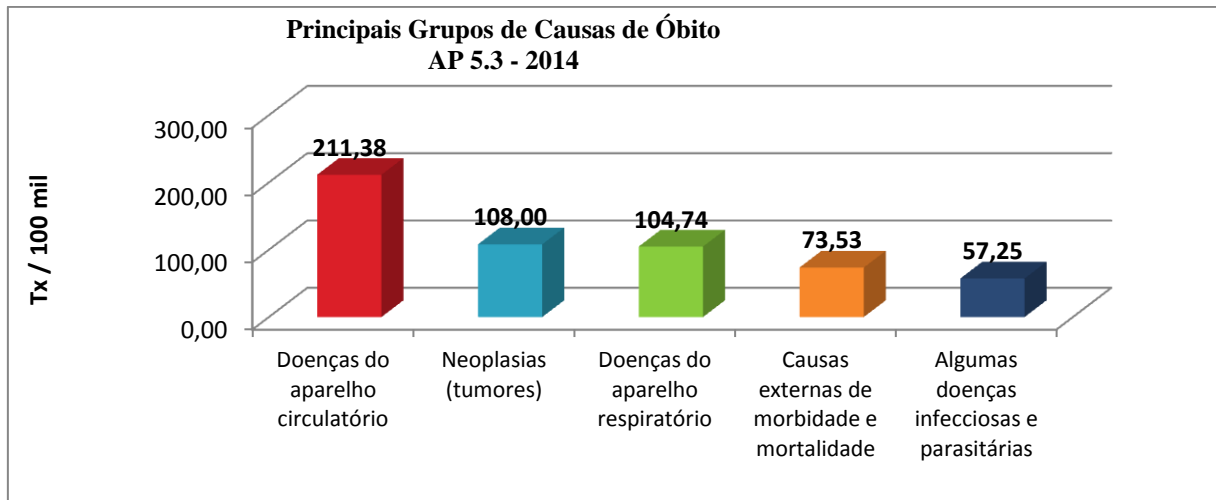
Essas características socioeconômicas da população local incidem diretamente no perfil epidemiológico, contribuindo negativamente para a mortalidade materno-infantil e abandono ao tratamento de tuberculose.

Nos anos pregressos as taxas de mortalidade materna e infantil na área foram superiores às do Município, exigindo ações focais da Coordenadoria no território, bem como a aplicação de medidas disciplinares relativas à responsabilização das equipes de saúde da família.

No que tange à mortalidade na AP, as dez principais causas por ordem de incidência, são: Infarto Agudo do Miocárdio, Pneumonia, Causas externas, Diabetes Mellitus, Acidente Vascular Encefálico, Septicemia, Causa mal definida, Insuficiência Cardíaca, Hipertensão arterial essencial e Cardiomiopatias.

É necessário despender atenção quanto à mortalidade por causas externas relacionadas à violência local. Os motivos de óbitos por causas externas são visivelmente superiores no sexo masculino, na faixa etária de 15 à 29 anos.

Gráfico 2 – Principais Grupos de Causa de Óbito – AP 5.3 – 2014.



Fonte: SIM– 2014

4.1.4. Território integrado de assistência à saúde

Para organização do Território Integrado de Assistência à Saúde (TEIAS) foram considerados aspectos socioculturais da comunidade, a malha viária e proximidade das unidades. Os setores censitários nortearam a divisão das áreas de abrangência de cada unidade de Atenção Primária à Saúde. A partir da população residente foram levantadas as necessidades numéricas de equipes de saúde da família e de unidades, visando o aumento da cobertura de Estratégia de Saúde da Família e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

As definições dos territórios sanitários das equipes pretendiam atender, inicialmente, uma média de 3.000 à 3.500 habitantes. Trabalhando com o conceito de “território vivo”, o projeto TEIAS da AP 5.3 já realizou diversas versões, sempre objetivando garantir o acesso dos usuários ao sistema de saúde e organizar o território, a fim de evitar gargalos de atendimento ou ociosidade das agendas.

A metodologia utilizada para a construção das versões preocupou-se em definir limites claros das áreas de abrangência. Foi realizada a catalogação das ruas, definindo uma listagem de Código de Endereçamento Postal (CEP) pertencentes ao território. Posteriormente, foram criados mapas no software “Google Maps” a fim de facilitar a visualização da área de abrangência.

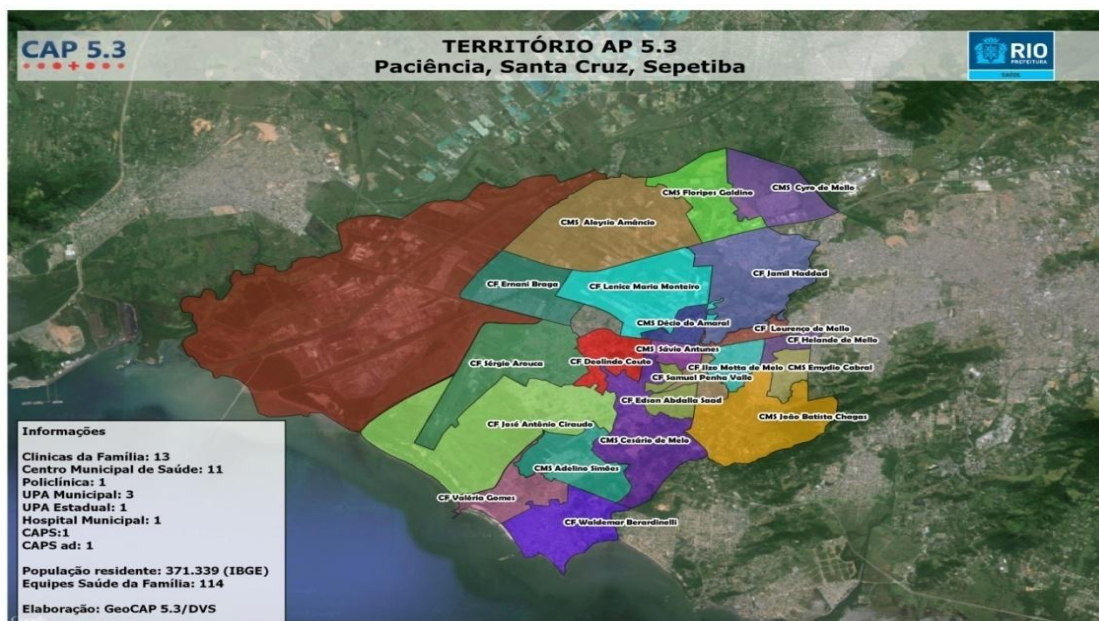
A rede de assistência à saúde da AP 5.3 organiza-se da seguinte forma:

24 Unidades de Atenção Primária compostas por 13 Clínicas da Família e 11 Centros Municipais de Saúde, onde estão localizadas 114 equipes de saúde da família. Em relação à atenção secundária a AP 5.3 possui uma Policlínica Lincoln de Freitas, 03 Unidades de Pronto

Atendimento (UPA) municipal e 01 estadual; 01 Laboratório de Próteses Odontológicas, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Atenção Psicossocial –Tipo II, 01 Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Droga Tipo II. Como atenção terciária possui o Hospital Municipal Pedro II.

Todas as Unidades Básicas de saúde possuem e utilizam os mapas das áreas de abrangência como instrumento de trabalho. Os mapas são divididos por micro-áreas, equipes e unidades.

Figura 2– Mapa com a Localização das Unidades de Saúde da Área



Fonte: CAP 5.3- 2014

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família alcança, nos dias de hoje, a marca de 97%, um território com uma grande expansão imobiliária nos bairros de Santa Cruz e Paciência.

Atualmente o território da AP 5.3, subdivide-se em sete complexos, a saber: Avenida Brasil, Cesário de Mello, João XXIII, Paciência, Santa Cruz- Centro, Sepetiba e Urucânia.

Figura 3– Mapa da AP 5.3 com a divisão em complexos



Conforme determinado na Carteira de Serviços da Atenção Primária as unidades são designadas quanto ao seu modelo de atenção, portanto podem ser classificadas como A, B e C.

As unidades classificadas como A possuem todo o território coberto por equipes de saúde da família. As unidades do tipo B possuem parte do seu território coberto pela Estratégia Saúde da Família. As unidades tipo C não dispõem de equipes de saúde da família, mas possuem território de referencia bem definido. No território da AP 5.3 há somente uma unidade tipo B e uma tipo C.

Como incremento da assistência à população e com o propósito de aumentar a resolutividade da rede de saúde, a AP implantou 11 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, compostas de pediatras, fonoaudiólogos, assistente sociais, ginecologistas, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outras categorias.

4.1.5. Evolução da atenção primária na AP 5.3

O Projeto Saúde Presente teve início no ano de 2009. A partir da implantação do projeto, ocorreu a ampliação da rede de assistência com consequente aumento do acesso da população aos serviços de saúde.

O investimento na ampliação da atenção primária justificou-se na organização da rede de assistência, para garantir que o acesso à rede de saúde ocorra, primordialmente, através da Estratégia de Saúde da Família, como previsto na Portaria 2.488 de Outubro de 2011(PNAB 2011).

O estabelecimento das áreas de abrangência com limites de território claros permitiu aos profissionais a coordenação do cuidado baseada no diagnóstico de suas áreas, do mesmo modo que proporcionou a responsabilização sanitária pela população residente dessas áreas.

Em 2009 a AP 5.3 possuía 32% de cobertura de Saúde da Família, com 33 equipes e 15 unidades de Atenção Primária. Após os investimentos, na atualidade, atinge 97% de cobertura, com 115 equipes sendo 114 de saúde da família e 01 de consultório na rua, 55 equipes de saúde bucal e 11 equipes NASF, distribuídas em 24 unidades de saúde.

Outro fator preponderante para a evolução da Atenção Primária foi a melhoria da infraestrutura das unidades através de reformas e a padronização das salas, consultórios, equipamentos e insumos utilizados na assistência aos usuários.

No Quadro 2, é possível acompanhar a progressão do cadastramento das famílias por unidade de saúde, nos anos de 2009 a 2014.

Quadro 2 – Expansão da população das famílias cadastradas na ESF, por unidade, no período de 2009 a 2013 na AP 5.3

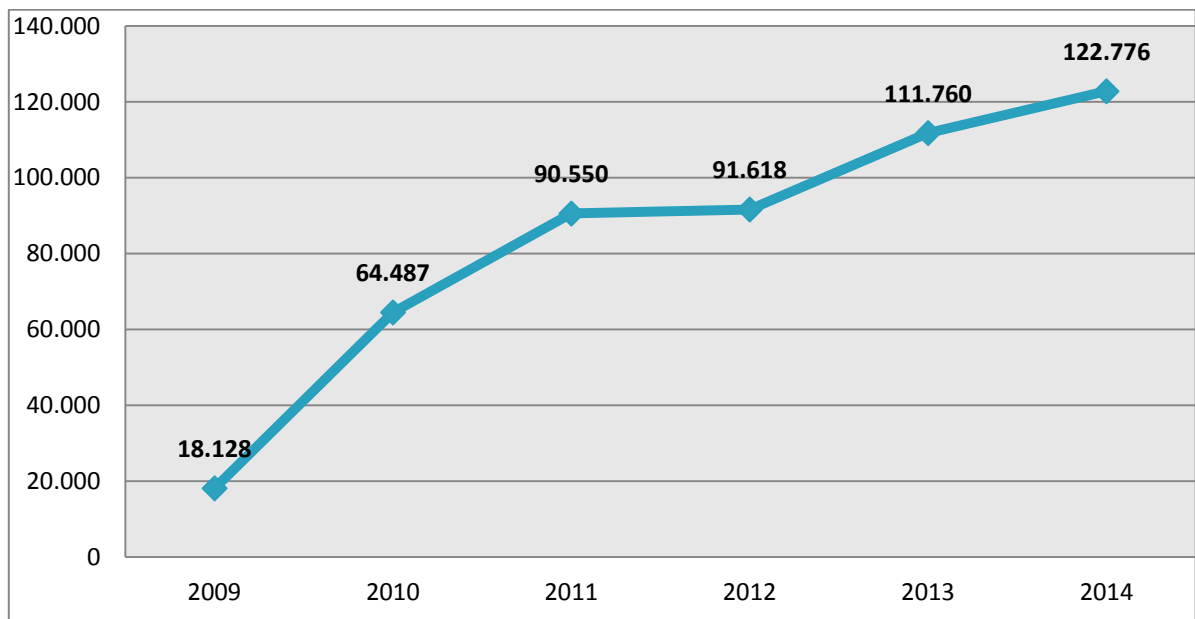
CNES	NOME UNIDADE	Número acumulado de famílias cadastradas					
		2009	2010	2011	2012	2013	2014
2269929	CMS CATTAPRETA	3300	3308	3256	3256	3757	3.703
2273543	CMS FLORIPES GALDINO		245	485	485	554	539
2273551	CMS ALOYSIO AMANCIO		1170	2151	2151	3562	5.364
2273578	CMS CESARIO DE MELLO		249	3189	3189	4157	6.229
2273586	CMS EMYDIO CABRAL	6658	6186	5891	5891	6283	6.133
2273616	CMS CYRO DE MELLO	3246	3993	4134	4134	4262	3.976
2280310	CMS ERNANI DE PAIVA BRAGA		1701	3176	3176	7833	8.129
2295237	CMS JOÃO BATISTA CHAGAS			2231	2231	3291	3.705
2295253	CMS WALDEMAR BERARDINELLI		2568	3555	3555	3837	9.440
2708183	CMS DÉCIO DO AMARAL FILHO		328	2256	2256	4689	5.007
2806320	CMS SAVIO ANTUNES	3378	3533	3915	3915	3298	3.431
3785009	CF VALÉRIA GOMES ESTEVES	1546	4282	5201	5201	5785	5.406
6026737	CMS ADELINO SIMÕES		5250	5095	5095	5237	5.897
6559727	CF ILZO MOTTA DE MELLO		4685	5620	5992	6088	5.911
6559735	CF LENICE MARIA MONTEIRO		2850	3581	3581	4611	4.478
6572014	CF LOURENÇO DE MELLO		2256	3226	3226	3410	3.398
6581994	CF JOSE ANTONIO CIRAUDO		5570	7800	7800	10030	9.883
6618855	CF SERGIO AROUCA		6485	7231	7927	8137	7.963
6618863	CF HELANDE GONÇALVES		1891	3025	3025	3394	3.397
6618871	CF JAMIL HADDAD		4357	4960	4960	5766	6.353

6660185	CF DEOLINDO COUTO		1969	3451	3451	1763	5.614
6671020	CF EDSON ABDALLA SAAD		1611	4712	4712	6778	6.335
6683851	CF SAMUEL PENHA VALLE			2409	2409	5238	2.485
TOTAL			18.128	64.487	90.550	91.618	111.760

Fonte: Prontuário eletrônico VitaHisCare® AP 5.3, 2014.

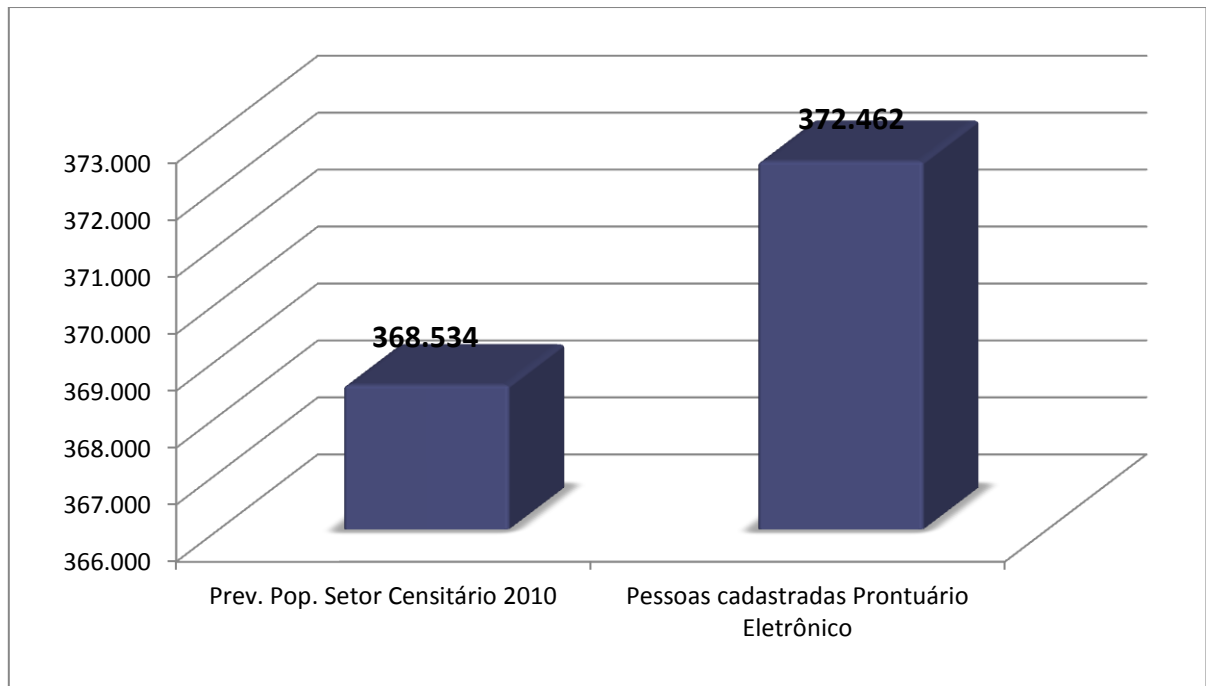
De 2009 a 2014 a variação do número de famílias cadastradas na AP 5.3 ultrapassou 85%. Ocorrendo assim um aumento exponencial da cobertura de saúde da família como observamos no gráfico 3.

Gráfico 3 - Expansão da Estratégia Saúde da Família nos anos de 2009 a 2014.



Fonte: Prontuário Eletrônico VITAHISCARE® AP 5.3, 2014.

É possível observar no gráfico 4 a população cadastrada que no presente momento, ultrapassa a previsão do censo de 2010. Diante disso, as unidades têm como atividade regular, verificar os cadastros duplicados e inválidos.

Gráfico 4- Número de pessoas cadastradas - IBGE 2010 X PEP 2014

Fonte: Censo IBGE 2010 e Prontuário Eletrônico VitaHisCare® AP 5.3

4.1.6. As diretrizes da gestão participativa no município do Rio de Janeiro

Em relação às diretrizes da gestão participativa, foram analisados os documentos da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro, tais como: a carteira de serviços de atenção primária, a instrução normativa com orientações sobre Colegiados Gestores, tendo como referência a legislação nacional sobre o tema.

É com a Lei n. 8.142/90, que se abre o espaço legal para a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo. Além de dar as diretrizes para os conselhos de saúde de forma a efetivar a participação de usuários e profissionais de saúde juntamente com gestores dos serviços de saúde, também regulamenta a realização das conferências com a periodicidade de quatro em quatro anos.

Souza (2007) nos lembra que mesmo existindo estes espaços, há ainda grupos sociais excluídos, segmentos sociais que ainda ficam à margem dos processos decisórios, uma vez que os grupos sociais que dispõem de mais recursos econômicos e de poder norteiam o acesso à participação.

No entanto, percebem-se desafios para a efetivação da participação social, pois apenas a existência legal desses espaços não garante sua real concretização como instâncias de participação e controle social (VIEIRA, 2013).

É importante pensar em espaços de participação não institucionalizados, que possam manter entre si uma relação de fortalecimento e articulação que se concretizem através de redes de movimentos e grupos sociais. (ACIOLI, 2005). Espaços que estejam voltados para a realidade local, para os reais problemas de saúde do território, que congreguem trabalhadores que estejam implicados na produção de saúde, no compromisso com a ambiência, com as condições de trabalho e com o cuidado, que constituam vínculos solidários, que identifiquem as necessidades sociais e organização do serviço em função delas, e que tenham a participação de usuários deste território numa gestão compartilhada.

Como foi apresentado no referencial teórico, no ano de 2009 a SMS/RJ lançou uma normativa (nº4) relacionada aos colegiados gestores que apresenta as orientações para a formação do Colegiado Gestor Local Participativo, onde os integrantes deverão ser os usuários e os profissionais de saúde. Sugere a elaboração de um plano de ação como metodologia na sistematização das ações e de enfrentamento dos problemas. Um espaço de gestão que seja capaz de discutir problemas, planejar, avaliar e pactuar ações. Propõe-se a evitar a reprodução de estruturas hierarquizadas e autoritárias nos moldes existentes em alguns conselhos e exercer o gerenciamento participativo e democrático.

A Carteira de Serviços da Atenção Primária é um documento que foi construído por Gestores do nível central e pelas Coordenações de Áreas Programáticas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e publicada em 2011 na versão profissional, destinada ao conhecimento de todos os profissionais que atuam na Atenção Primária, define as ações a serem realizadas no âmbito da Atenção Primária e estabelece a meta de aumento da resolutividade das equipes de saúde da família de, no mínimo, 80% do cumprimento das ações de saúde oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro.

Esta apresenta-se da seguinte forma: Organização do Serviço; Atenção Centrada no Adulto/Idoso; Atenção Centrada na Criança/Adolescente; Saúde Mental; Saúde Bucal; Vigilância em Saúde; Promoção da Saúde; Procedimentos/Cirurgias Ambulatoriais; Manejo de Situações de Urgência/ Emergência; Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Abordarei o item da “Organização do Serviço” que apresenta como as unidades de Atenção Primária precisam estar organizadas para oferecerem acesso e serviços de saúde à

população e é neste item que encontramos as orientações relacionadas à Participação Popular (Rio de Janeiro, 2011, p. 22)

- Participação Popular
Colegiado Gestor Local.
Toda unidade deve ter Colegiado Gestor Local com a participação popular;
- A composição do colegiado deve garantir que 50% dos participantes sejam usuários;
- O Gerente e o Diretor da unidade devem dirigir o Colegiado;
- Sugere-se que todas as equipes de saúde da família tenham representação no Colegiado;
- Deve-se considerar profissionais de Saúde todos que tenham registro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde)
- As reuniões e a fala no Colegiado devem ser abertas a todos os usuários e profissionais;
- O número de componentes do colegiado, assim como o calendário de reuniões, deve ser estabelecido em parceria com a comunidade devendo ao menos ter uma reunião por ano com ata;

A proposta da SMS/RJ presente na carteira de serviços pretende provocar a participação da população em espaços como colegiados gestores locais, ao que se refere o território adstrito à Unidade de Saúde da Família, prevendo a participação de representantes formais e usuários deste território e a presença de profissionais de saúde das equipes de saúde da família.

Somente em Abril de 2011, foi realizada a Oficina de Formação para Colegiado de Gestão, a fim de instrumentalizar gestores de unidade e profissionais que atuavam nas coordenações de áreas, para as implantações dos colegiados gestores nos territórios.

No que concerne aos serviços que devem ser prestados no âmbito da Atenção Primária, a SMS elaborou uma planilha elencando as principais ações a serem desenvolvidas. Atualmente, essa informação é de preenchimento obrigatório através do prontuário eletrônico.

O espaço do Colegiado Gestor está posto na carteira de serviços, mas na experiência que acompanho e nas entrevistas realizadas fica evidente que é pouco desenvolvido e de pouca efetividade nas unidades básicas de saúde estudadas.

Quadro 3 – Situação das unidades de acordo com a execução dos serviços da Carteira Básica de Serviços

CNES	NOME UNIDADE	Unidades de Atenção Primária - Condições de ofertar a Carteira de Serviços, 2014																																	
		TIPOS	Situação da Oferta de serviços previstos na Carteira de Serviços da SUBPAV*																										%						
			Teste Pezinho	Sala Vácuas funcionando	Sala Curativos funcionando	Nebulização	Diapen Insulina	Prescr Insulina	Inserer DIU	Colet. Papanicolaú	Tem rec azul	Dispensa Controlados	Sutura	Dispensa Med A ama	Manejo TB	DOTS	Pré-natal Med e enf	Puericultura Médico e Enf	Ref Vermelho	Maleta Emerg	Remoção Cerume	Crur da Unha	Drena Abscesso	Academia Cirúrgica	Grupo planej. Familiar	Grupo Tabagismo	Desintox alcoolica	Práticas Integrativas							
2269929	CMS CATTAPRETA	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	92%	
2273543	CMS FLORIPES GALDINO	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	96%	
2273551	CMS ALOYSIO AMANCIO	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	92%	
2273578	CMS CESARIO DE MELLO	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	96%	
2273586	CMS EMYDIO CABRAL	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	88%	
2273616	CMS CYRO DE MELLO	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	96%	
2280191	POL. LINCOLN DE FREITAS FILHO	C	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	69%	
2280310	CMS ERNANI DE PAIVA BRAGA	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	96%	
2280760	CMS MARIA APARECIDA	C	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	N	S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	N	S	N	S	N	S	73%	
2295237	CMS JOÃO BATISTA CHAGAS	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	100%	
2295253	CMS WALDEMAR BERARDINELLI	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	96%
2708183	CMS DÉCIO DO AMARAL FILHO	B	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	96%
2806320	CMS SAVIO ANTUNES	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	96%	
3785009	CF VALÉRIA GOMES ESTEVES	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	96%	
6026737	CMS ADELINO SIMÕES	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	92%	
6559727	CF ILZO MOTTA DE MELLO	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	100%	
6559735	CF LENICE MARIA MONTEIRO	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	96%
6572014	CF LOURENÇO DE MELLO	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	92%	
6581994	CF JOSE ANTONIO CIRAUDO	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	88%	
6618855	CF SERGIO AROUCA	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	96%
6618863	CF HELANDE GONÇALVES	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	96%
6618871	CF JAMIL HADDAD	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	92%
6660185	CF DEOLINDO COUTO	A	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	96%	
6671020	CF EDSON ABDALLA SAAD	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	85%	
6683851	CF SAMUEL PENHA VALLE	A	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	96%
TOTAL			100%	100%	100%	100%	96%	100%	44%	100%	100%	100%	92%	100%	96%	96%	96%	100%	96%	100%	88%	64%	96%	96%	92%	100%	68%	88%							

Fonte: Carteirômetro CAP 5.3, 2014.

Observamos que dentre os serviços elencados não se encontra a existência de Colegiado Gestor, como um item a ser preenchido.

Considerando que a orientação para a implantação dos colegiados gestores se restringe às mencionadas acima, sem haver um acompanhamento e uma cobrança específica relacionada a este item, fica a cargo de cada gestor de Unidade viabilizar sua implantação e funcionamento, com o apoio das Coordenações de Área.

4.1.7. Contrato de gestão da SMS/RJ-CAP 5.3 com a organização de saúde - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM

Os Contratos de Gestão da AP 5.3 foram celebrados entre 2009 e 2014, entre o Município do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde - SMS e a SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde no âmbito desta área

planejamento. Nesta pactuação a Organização Social é a executora das ações e a Coordenação de Área está para apoio e fiscalização das ações desenvolvidas pela Organização Social (OS).

Para a realização deste trabalho, foram analisados os dois contratos de gestão realizados com a OS nº 001/2009 e o nº 020/2014. O primeiro teve início em 06/10/2009 e o segundo que está vigente, a partir de 07/10/2014.

A questão da participação popular por meio dos Conselhos Gestores é prevista nos dois contratos na Cláusula Segunda no inciso VIII:

VIII- fomento dos meios para participação da comunidade por intermédio de Conselhos Gestores Locais e demais fóruns de participação; (1º contrato p. 07, 2º contrato p. 05)

No Contrato de gestão atual nº 020/2014, estão especificados todos os serviços mencionados na Carteira de Serviços da Atenção Primária e que devem ser implementados e garantidos em todas as unidades de saúde do território de abrangência do contrato firmado (p. 28).

Apesar da especificação dos serviços que devem ser prestados, o contrato de gestão não deixa muito claro as etapas de avaliação da execução dos serviços pela Organização Social (OS).

Existem indicadores de acompanhamento e avaliação, além de metas pactuadas entre a SMS-RJ e a OS, porém não existe nenhum indicador relacionado aos Colegiados Gestores. Da mesma forma, os indicadores da Casa Civil, Gabinete do Secretário e da Coordenação de Saúde não estão presentes nos Colegiados Gestores (anexo 4). Os indicadores citados são avaliados e analisados pela Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), que tem como objetivo avaliar as metas e os indicadores pactuados e registrar o funcionamento dos serviços prestados.

Os dados avaliados pela CTA são gerados a partir do registro das informações retiradas do prontuário eletrônico. Atualmente não há local específico para registro dos colegiados gestores nos prontuários eletrônicos. Desta forma, não há nenhum instrumento que acompanhe a avaliação das implantações dos colegiados gestores locais.

Na CAP 5.3, hoje, todas as 24 unidades de Atenção Primária possuem uma agenda de pelo menos um encontro por mês para realização dos colegiados gestores, segundo dados do Seminário de Accountability. Este Seminário acontece na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro desde o ano de 2013 sendo realizado através de um cronograma onde as unidades de saúde básica têm como objetivo prestar contas dos serviços oferecidos aos

usuários, é uma responsabilização pessoal pelos atos praticados, contamos com a presença dos profissionais da unidade, do gestor, da coordenação de área, da SMS e dos usuários do território adstrito. Porém, não existe informação sobre como estes colegiados gestores estão sendo desenvolvidos, somente a apresentação das datas dos encontros destes colegiados. O acompanhamento pela coordenação fica a cargo dos apoiadores (profissionais que acompanham o processo de trabalho das unidades e são lotados na CAP) e que não possui avaliação formal de como estes espaços estão desenvolvendo o colegiado de gestão nos territórios.

V. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: A GESTÃO PARTICIPATIVA NA AP 5.3 NA PERSPECTIVA DOS ENTREVISTADOS

Apresento a seguir os resultados obtidos nas nove entrevistas realizadas. As informações foram organizadas em seis categorias considerando o roteiro de entrevista: lembrança da oficina; o entendimento sobre gestão participativa; significado de colegiado gestor; experiência de implementação de gestão participativa; experiência com colegiado gestor e significado de educação popular.

Lembranças da Oficina realizada em 2011:

Ao iniciar a entrevista, foi realizado um resgate da memória da Oficina de Sensibilização para o Colegiado Gestor que aconteceu em 2011. Todos os entrevistados participaram deste momento. Na Oficina utilizei como metodologia, a problematização: que busca a “mobilização social, política e ética dos participantes como cidadãos e profissionais” (BERBEL, 1999, p.784). Esta metodologia parte de um cenário real, numa construção ativa do conhecimento e da prática da cidadania. Consiste em desenvolver a autonomia em relação à construção do próprio saber.

A Oficina aconteceu nos turnos de reunião de equipe das unidades: na CF Valéria Gomes Esteves no turno da tarde de sexta-feira, na CF Deolindo Couto no turno da tarde de terça-feira e na CF Lourenço de Mello no turno da tarde de quarta-feira.

A Oficina iniciou-se com a introdução do tema “Colegiado Gestor”, na identificação do problema – participação popular. Foram realizados questionamentos através de uma “chuva de ideias” (levantamento das percepções, sentimentos e opiniões) relativas ao tema. Estes levantamentos eram registrados em papel kraft e posteriormente eram definidos os principais pontos a fim de construir um conceito de colegiado gestor a partir do entendimento do grupo. Após a construção do conceito, foi teorizado o tema com o texto ‘Colegiado Gestor como Estratégia de Promover Mudanças’(anexo 5) e o documento do ParticipaSUS, onde se apresenta o que é Gestão Participativa e Controle Social (anexo 6). Desta forma, após a teorização, o grupo voltou para o conceito construído que foi reescrito. A proposta da implantação do colegiado gestor foi então trabalhada com os profissionais neste primeiro momento. A seguir ficaram com a missão de identificar entre os profissionais aqueles que seriam os representantes das categorias no colegiado. E também de identificar lideranças

formais e não formais no território, representante das escolas, igrejas, associação de moradores, usuários que quisessem participar do colegiado. Após a identificação seria feito um trabalho de sensibilização com os usuários do território.

Este resgate da memória foi realizado com os 09 entrevistados, destes 04 conseguiram lembrar da oficina a partir da recuperação da história, 04 lembraram parcialmente da oficina a partir da recuperação da história e 01 não conseguiu lembrar, mesmo com a recuperação da história.

Entendimento sobre Gestão Participativa

Nesta categoria surgiram vários entendimentos sobre Gestão Participativa: gestão como espaço de divulgação do serviço, como espaço de diálogo e de integração.

Entre os entrevistados encontrei principalmente o entendimento de que o papel da gestão participativa é para melhorar o serviço, para entender o funcionamento do serviço, entender suas limitações e fazer a divulgação da oferta de serviço. Um espaço de esclarecimento para a comunidade.

“Uma gestão participativa é a gerente, a gestão ter esta interação com a comunidade e com os funcionários que fazem parte da saúde da família todos juntos, uma interação.” (Valeska - acs)

“A comunidade tem que estar esclarecida, o esclarecimento faz com que as pessoas entendam mais como funciona a saúde da família, porque é muito difícil o povo chegar aqui, mas não tem pediatra, não tem cardiologista, não tem neurologista...” (Valeska - acs)

Outra maneira de entender a gestão participativa foi expressada nas falas de entrevistados onde surgem elementos importantes da gestão participativa como formade aproximação de espaços coletivos para o exercício do diálogo, da pactuação das diferenças, de contribuir para uma construção compartilhada de um conhecimento, preservando a singularidade e a subjetividade de cada indivíduo.

“Que não é só um que manda que são várias pessoas que opinam, eu vejo assim, você ouve a opinião de cada um e tira o melhor de cada para chegar num consenso final, porque o que não pode é deixar prevalecer a nossa verdade. Eu acho que não vale só a nossa verdade, a gente tem que ouvir a verdade de outras pessoas, até por que cada um tem uma necessidade, você tem uma necessidade e a outra pessoa tem outra, a gente ouve a necessidade de cada um e tenta juntar isso em uma coisa só, para melhor atender a todos.” (Débora - tsb)

“Uma gestão participativa, eu entendo que é ter um espaço. O cidadão seja como, usuário ou não da unidade. Se ele usa a unidade ele acaba conhecendo como funciona, de repente ele tem esse direito de sugerir, de criticar, de opinar, de repente

é uma forma que possa ser, de fazer, assim ou de outra forma, contribuir. Um espaço que a pessoa poderia ter como cidadão, de contribuir ou de expor a opinião dele.”
(Maria - acs)

Também foi apontada a gestão participativa como espaço de integração da gestão com a comunidade e com os funcionários. A gestão se faz com a participação popular e da equipe dentro de um território, que o conhecer este território é essencial para uma gestão.

“Hoje, você não consegue fazer nada sem a participação, não só a participação popular, como a participação de equipe. Então se você está como o nosso caso aqui, na gestão da saúde criando e implantando um novo modelo de saúde dentro de um território é impossível você conseguir fazer isso sem a participação do local.”
(Mário – méd.)

“É importante você como técnico chegar para executar um trabalho técnico num território que necessita de uma ação, mas é importante que você entenda o seu local, o teatro de operação, seu cenário aonde você vai desenvolver aquele trabalho. Porque é muito fácil a gente discutir isso lá na gestão no escritório e quando chega aqui no território é diferente” (Mário – méd.)

“Participativa com relação ao todo da unidade. O próprio nome já diz quando está todo mundo participando conhecendo os problemas do ambiente da área e procurando resolver os problemas juntamente com a equipe e com a gerência, todo mundo junto, mais ou menos isso.” (Kátia – téc.enf.)

A Gestão Participativa como está apresentado no ParticipaSUS (2009) é uma “prática que amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos”(p.15)

Acioli (2005) nos diz que a participação popular não resolverá todos os problemas apresentados em relação ao acesso e ao controle dos serviços de saúde, mas aproxima, divulga aos usuários os espaços coletivos do território fomentando o diálogo, promovendo a troca de experiências como apresentado pelos entrevistados. Seja um espaço formal ou informal as vivências surgem e possibilitam uma construção da participação.

Esta trajetória vem desde o início das Conferências Nacionais de Saúde, como apresentado na 12ª, que teve o propósito de estimular e fortalecer a mobilização social e participação cidadã. Esta participação ainda tem um grande caminho a ser percorrido, desde o entendimento dos espaços que fomentam a participação da comunidade e quais grupos sociais efetivamente conseguem estar nestes espaços e ter garantido a fala e o desenvolvimento do diálogo para as tomadas decisões.

Significado de Colegiado Gestor

O significado de colegiado gestor para alguns dos entrevistados está relacionado à participação das lideranças junto ao gestor da unidade, um espaço para esclarecer e divulgar para a comunidade o que acontece no dia a dia do serviço. Este entendimento reforça a ideia do colegiado gestor como instrumento de divulgação do serviço.

“Colegiado gestor pra mim são as lideranças fazendo parte daqui da nossa unidade elas vão poder sair daqui e divulgar na comunidade o que está vendo e acontecendo aqui no dia a dia, ela está interagindo do nosso dia a dia e vai levar o esclarecimento para a comunidade.” (Valeska - acs)

“Seria, diversos grupos da comunidade em que nós estamos, por exemplo, a área que a clínica abrange tem pastor, padre, responsável por ONGs, abrigos interagindo com a gente aqui dentro.” (Vilma- méd.)

Um espaço para resolver problemas em conjunto.

“Colegiado gestor acho que é isso é tentar resolver os problemas da comunidade, algum problema que de repente não foi possível o usuário sozinho resolver, ele teve que buscar ajuda, ajuda de um representante maior que seria assim o gerente, alguém que represente a comunidade que tenha uma voz melhor, mais ativa, pra mim a reunião é isso.” (Gilmara - tsb)

“Colegiado gestor é quando todos estão participando juntos para tentar resolver, buscar quais são os problemas da unidade, da área, da clínica e tentar resolver, tanto a comunidade, quanto a equipe, a gerência todo mundo junto.” (Kátia –tec.enf.)

Em contraposição à visão mais instrumental, existe o entendimento do colegiado como um espaço onde as pessoas têm autonomia para resolver as questões apresentadas.

“O colegiado gestor é um grupo onde as pessoas opinam, assim, dão as suas opiniões que fazem parte daquele grupo. Não decidem nada sozinhos e trabalham em equipe. Tem a sua autoridade de resolver as coisas.” (Janaina - acs)

“O colegiado gestor eu acho que é ter justamente pessoas que estejam dispostas a contribuir, criticar, de qualquer forma opinar.” (Maria - acs)

Nesta categoria surgem entendimentos sobre o colegiado gestor que difere do sentido da gestão participativa.

Como apresentado nos documentos analisados, não fica muito claro qual o objetivo deste espaço no território. A Secretaria Municipal de Saúde apresenta na Instrução Normativa e na Carteira de Serviços sugestões para as orientações para a formação do colegiado, e o que observo através dos entrevistados é que mesmo em 2011 tendo sido trabalhado com estes

profissionais da ESF a sensibilização do Colegiado, quase nada avançou na sua implementação.

Experiência de implementação de gestão participativa

Com relação às experiências foram apontadas parcerias feitas com a comunidade.

“Como campanha, como pesquisa nós já nos envolvemos bastante para fazer a campanha de preventivo em que a gente pode chamar diversos setores pedir ajuda, para trazer esse paciente para a unidade.” (Vilma –méd.)

“Pensando na campanha de vacinação, nós pegamos uma área que é um pouco mais estendida, onde a participação do pessoal daquela área, sempre quando tem campanha, é ter um pólo lá, então à gente faz um pólo de vacinação para as mães levarem as crianças para vacinar. Então, essa é uma ideia que veio da comunidade em fazer o posto de vacinação lá, para evitar as faltas para aqueles que moram um pouco mais longe. E eles trouxeram esta demanda.” (Débora - tsb)

A gestão participativa foi apontada como presente na visita ao território, na medida em que foram ouvidos os moradores para conhecer as reais necessidades da população.

“... em vez de trabalhar aqui na unidade eu vou para a comunidade numa microárea uma vez por mês e vou conversar de várias coisas com a comunidade...” (Mário – méd.)

“... então a partir do momento que nós íamos para a comunidade, na microárea 01 depois 02, 03, e cada microárea com os seus moradores interessados conversando e sabendo o que é saúde da família, sabendo o porquê que agente está ali, o que que eles esperam, e o que que a coisa é realmente. Você começa a entender o que eles querem e eles começam a entender o que a gente é, e aí a coisa começa a fluir muito mais de forma mais organizada e mais importante. A legitimidade, não adianta você ter, definir algum projeto, algum plano de ação sem ouvir o meu território, você não vai conseguir, se conseguir vai ter problema, você tem que ter participação.” (Mário – méd.)

Avançarmos na qualidade dos serviços e nas ações de saúde só será possível se a população estiver envolvida nestes espaços, onde os atores possam desenvolver um diálogo, apontando os problemas e as possíveis soluções. O diagnóstico local, a observação, a escuta são etapas fundamentais para a construção de vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade. (Débora - tsb)

Quando a questão são experiências de GP, fica difícil para os profissionais relatarem e identificarem o que seria esta Gestão Participativa, efetivamente esta construção ainda não se dá na prática diária destes profissionais.

Estes na sua maioria, não estão interessados e nem se sentem corresponsáveis pelo processo de trabalho. Hartz (2004), diz que a grande maioria dos profissionais envolvidos já possuem ou tem uma experiência de gestão clássica. Esta gestão clássica para uma gestão participativa, requer destes atores habilidades como a escuta, a valorização do saber e o diálogo.

Como foi apresentado no referencial teórico, o processo de discussão sobre os conteúdos da realidade precisam vir de baixo para cima para que estes se tornem revolucionários e promovam mudanças. Neste sentido, a escuta, a troca e a valorização dos usuários são fundamentais.

Experiência com o Colegiado Gestor

Apresento a seguir as experiências dos entrevistados com o Colegiado Gestor, que propiciaram o surgimento de sub categorias: implantação do colegiado; como se apresenta a participação dos profissionais e da comunidade no colegiado; as dificuldades para a implantação; as facilidades e sugestões para superação das dificuldades, e a percepção da importância da atuação do colegiado gestor no desenvolvimento do serviço.

- Implantação do colegiado gestor

De acordo com a fala dos entrevistados, não existe propriamente Colegiado Gestor. O que existe é um encontro com as lideranças locais, onde o enfoque é apresentar como o trabalho está sendo desenvolvido na Unidade de Saúde, com esclarecimentos do que é o programa de saúde da família. Esta apresentação não inclui a discussão dos problemas da comunidade e sim a realidade do serviço.

“Hoje não tem colegiado, ele está rascunhado, mas hoje ele não acontece ainda. Fui à pessoa que deu o “start”, contribuí de forma efetiva, de forma que isso aconteça, porque eu acredito, não só porque eu tenho habilidade e competências para isso, mas porque eu acredito.” (Mário – méd.)

“Que eu saiba não tem, eu chego aqui tenho muita coisa para fazer, eu como RT regulando sozinha. Eu me lembro dessas reuniões que muitas vezes a outra gerente não podia participar, e eu participava, eu não sei se ainda está tendo essas reuniões que era uma vez por semana, uma vez por mês, que vinham algumas pessoas da comunidade, falar sobre o funcionamento da clínica, sobre as atividades que se desenvolvia aqui dentro, reclamar.” (Vilma – méd.)

“... o povo veio no dia da nossa apresentação aqui na unidade, foi muito bacana, eu fiquei surpresa porque quem apresentou fui eu, quando vi aquele monte de gente, minha nossa, a missão hoje está sendo importante. A população adere, nem todas as pessoas. Só não sei se conseguimos manter, tipo um por semana”. (Valeska - acs)

“... Bruna faz parte da associação de moradores, reunião sempre não tem, ela está sempre aqui, está sempre interada de tudo e tudo que ela vê aqui ela leva para a comunidade. Ela faz um bom trabalho aqui.” “... as lideranças têm acesso aqui sim.” (Valeska - acs)

“Aqui a gente tem as reuniões que identificamos os líderes na comunidade, sempre se encontram com a gerente, eles vem conversam com ela, ela explica como funciona a unidade, o que é porta de entrada, que aqui é ambulatório, que se têm as marcações de consulta. Explica tudo para eles, eles são vistos na comunidade como liderança, explica o que é a Estratégia de Saúde da Família para que eles entendam como funciona.” (Maria - acs)

“Tem as reuniões de gestores que a gerente faz, mas assim, os moradores que se interessam, infelizmente, não são muitos, são assim para líderes. Então chamam de reunião de gestor, acontece uma vez por mês se não, me engano” (Janaína - acs)

Em 2011 estes profissionais participaram da oficina de sensibilização para a implantação do Colegiado Gestor. Percebo que o entendimento de “participação popular” precisa ser mais trabalhada, tanto com os profissionais das equipes, quanto com os usuários.

Ribeiro (2004) diz que as relações entre profissionais e usuários estão ligadas aos diferentes estilos de gestão das ESF. Estes diferentes estilos podem constituir novas formas de ver e sentir os território, onde possam constituir inovações na produção de saúde.

Ainda assim, são relatadas reuniões onde são trazidos problemas da comunidade:

“... que são os líderes daqui, não só as pessoas da comunidade, têm as pessoas de igrejas que vem e também temos a participação de algumas diretoras de escolas que também trazem para a gente algumas demandas das crianças, é o que eu tenho visto que está acontecendo aqui na unidade.” (Débora - tsb)

Quanto à formação do colegiado gestor, foi feito um esforço inicial de convidar moradores do território e o agente comunitário é apresentado como o profissional responsável na identificação dos moradores.

“Depois da reunião (oficina) tiveram alguns outros encontros, foi estipulado outras datas e foi pontuada a participação dos agentes comunitários que são eles que sabem quem são as pessoas que tem a liderança de algumas áreas e foram convidados a vir explicar o que era aquele primeiro momento. E foram os agentes comunitários que trouxeram essas pessoas das comunidades e as diretoras das escolas.” (Débora - tsb)

“Então a gente fez convites, só que eu pedi para cada agente de saúde identificar pra ele: “- olha você tem um convite na mão, identifica no seu modo de pensar, dentro da sua microárea aquele cara que poderia ajudar na melhoria da saúde, na melhoria do nosso trabalho aqui. Pode ser um líder comunitário, pode ser um líder religioso, pode ser um vizinho que você acredita que aquele cara seja um empresário, enfim, não necessariamente o diretor ou o presidente de associação”, foi maravilhoso por que cada agente de saúde pode participar já é participação poder ter a honra de escolher, se escolheu certo ou errado não interessa, ele escolheu, aquele que poderia estar contribuindo, quem ele indicaria para estar vindo para a primeira palestra do colegiado gestor.” (Mário – méd.)

“Então dali nós fizemos três reuniões na mesma situação, não vale o mesmo morador, tem que ser outro, o ACS teve três oportunidades, de identificar pessoas diferentes para contribuir de forma positiva.” (Mário – méd.)

“Essa implantação ainda foi na época da gerente anterior, quando surgiu isso ela pediu que nós visualizássemos na comunidade, pessoas, assim líderes, aqueles

moradores mais participativos. Então foi até quando a gente fez uma busca, assim do perfil e tentou passar para ela esses nomes, foi nesse período.” (Janaína - acs)

O movimento de identificar usuários no território é bastante positivo para o início de uma formação do colegiado gestor que tenha a participação da população, penso que esta identificação deveria partir de todos os membros da equipe e não só do agente comunitário. Sendo uma responsabilidades de todos, inclusive do usuário daquele território que tem autonomia para participar destes espaços.

- Sobre a Participação dos profissionais e dos usuários no colegiado.

De maneira geral, os profissionais expressam que a frequência de reuniões do Colegiado Gestor é irregular, porém eles não têm informação precisa e não participam de forma regular e a participação é centrada no gestor da unidade, sem uma composição fixa dos componentes.

“Quando a gerente se reúne, com as lideranças, só se reúne a gerente.” “Tem uns agentes que ela também chama para participar, eu ainda não participei, acho que acontece no dia da minha compensação, eu acho que é uma vez por mês, ou de dois em dois meses. Ela chama um ou dois para participar só tem ACS mesmo. Os enfermeiros e os médicos estão envolvidos com os atendimentos.” (Maria - acs)

“As reuniões são mensais com um representante de cada equipe e representante de cada área técnica, 01 enfermeiro, se não me engano é isso. Eu não faço parte deste colegiado. São poucas as pessoas da comunidade que vão à reunião, mesmo fazendo convites, eles não aparecem.” (Roberta -enf.)

“Tem sim, eu acho que é uma vez por ano, participam os líderes da comunidade, nem todos os profissionais participam, se não me engano, só participei de um, até porque a gente fica naquela correria às vezes não dá para participar. Mas acho que os enfermeiros, não sei, se os médicos também chegam a participar, é mais a enfermeira, a gerente e os líderes das comunidades, mas assim, eu não vejo todo mundo participando não, só algumas pessoas, mais os líderes mesmo depois eles vão passando para a área cada um vai falando para a sua área, eu vejo é só isso.”(Kátia – tec.enf.)

“Tem colegiado gestor, só não sei qual é o dia, mas eu sei que é 01 vez por mês, eles se reúnem e se reúnem mesmo”. “Normalmente a gerente está sempre, vem os representantes da comunidade que são os líderes da associação de moradores, cada bairro tem uma associação, cada equipe tem uma associação, aí vem esses representantes e algumas pessoas que não são da associação de moradores, mas tem voz ativa na comunidade que gostam de participar também.”... participam também os funcionários que revezam nas reuniões, a gerente está sempre, mas acho que tem o revezamento de profissionais, às vezes não é numa data certa que eles marcam no dia certo, aí às vezes o funcionário está de folga e tem que ter sempre um representante, acho que reveza sim.”(Gilmara - tsb)

“A gerente, acho que um representante de cada equipe, agora cada mês parece que fica um ACS junto, vai revezando. Eu ainda não tive a oportunidade, por que geralmente é o dia que eu tenho grupo de gestante.” (Janaina - acs)

“Eu nunca participei, às vezes tem outras atividades da parte odontológica nas escolas. O que eu vejo é que algumas vezes participa o médico, o enfermeiro, o ACS, mas não é fixo. Quem participa mesmo é a gerente.” (Débora - tsb)

A frequência irregular reflete a falta de interesse e a pouca valorização do espaço.

Uma das questões que observei em 2011, após a sensibilização com as equipes foi a falta de interesse naquele momento do gestor da unidade ou a falta de planejamento para a atividade, interesse este que refletia o momento que a unidade estava vivendo no seu processo de trabalho, para eles não fazia “sentido” implantar o colegiado gestor e efetivamente fazer deste espaço uma construção compartilhada das demandas apresentadas por usuários e profissionais.

Nestes espaços, vale a pena ressaltar a importância de reconhecer o outro em sua diferença, o usuário não é objeto de intervenção e sim um sujeito de relação, que seja reconhecido no processo de trabalho, que haja o vínculo solidário na construção política do território. Um outro aspecto, são as relações éticas de pertencimento, valores e sentidos que são compartilhados para produzir saúde. Sem estes aspectos o avanço para a implantação do Colegiado Gestor se torna mais difícil.

- Dificuldades para a implantação do Colegiado Gestor

Duas das dificuldades citadas para a realização do colegiado gestor são questões relacionadas com o processo de trabalho como a falta de tempo dos profissionais, devido à grande demanda de serviço e a quantidade de pessoas pelas quais cada equipe é responsável.

“Hoje não tem colegiado pela quantidade de tarefas...” “... o médico tem uma agenda lotada ele não pode parar para ficar explicando muita coisa para o morador ele tem 12, 15 pessoas para atender, então não dão para ele explicar como funciona, aí fica essa falta de diálogo”. “É aquilo que eu falo para você, na área de saúde a maior dificuldade é a falta de diálogo por quê? Pela correria do dia a dia. Por que o profissional da saúde ele é instantâneo, ele fica robotizado, o próximo manda o próximo”. (Valeska - acs)

“Primeiro é o trabalho, é o volume de processo de trabalho que eu tenho certeza que a comunidade vê que a gente consegue fazer...” “... o trabalho é tão estressante.” (Mário – méd.)

“... mas aí não tem hora para fazer reunião e o nosso processo de trabalho se atropelou muito, o saúde da família veio para ficar não tem o que discutir. Só que a quantidade de território, a quantidade de ... enfim , nós estamos ainda em um laboratório...”(Mário – méd.)

Segundo Vasconcelos (2007) a realidade de trabalho que hoje encontramos é marcada por angústias e injustiças. A carga de trabalho e a demanda no atendimento dificultam o profissional de se aproximar da realidade onde atua. As questões referentes ao território como saneamento básico, educação, lazer, desemprego... são problemas que interferem na saúde e que exigem do profissional de saúde atitudes que não estão totalmente na sua governabilidade, trazendo assim, tensionamentos entre a população e os profissionais de saúde, fazendo com que este profissional se esconda no consultório, não enxergando além do muro da instituição.

A falta de participação dos moradores no Colegiado Gestor é atribuída tanto à falta de organização dos moradores, culpabilizando-os, quanto na sobrecarga de trabalho dos ACS e dos demais profissionais que acabam não tendo tempo para identificar e convidar os moradores para fazer a divulgação.

“É muito difícil, porque assim, a gente vê que tem, existem moradores que opinam, mas na hora de virem a essas reuniões colocarem o que eles querem, exigir o que eles podem ajudar, eles não vem a reunião. Eles ficam, eles se omitem na hora de se expor.” (Janaína - acs)

“Nós temos muita coisa no dia a dia para fazer. Assim, é uma coisa em cima da outra, aí essa reunião se torna muito importante para a gente, e quando vai ver a reunião é amanhã, mas amanhã já está em cima da hora pra gente às vezes correr atrás, seu Manuel tem aquele perfil vamos chamar, eu acho que é essa falta de tempo que às vezes nós temos. Ou, se isso não ficasse somente associado ao ACS, o técnico também deveria identificar um morador que tenha o perfil e convidar o morador para a reunião.” (Janaína - acs)

“A dificuldade é adesão, deles virem.” (Vilma – méd.)

“Eu acho que a dificuldade às vezes é de conseguir com que as pessoas venham, vem em um mês, mas aí no outro não vem, aí vem um grupo que não veio no outro mês. Acho que a questão é de fidelizar mesmo aquele grupo.” (Maria -acs)

“Não sei, acho que a organização da sociedade mesmo em um objetivo comum em algumas áreas acha que a população brasileira de uma forma geral, não tem muita essa visão.” (Roberta – enf.)

Dificuldade de divulgação para os usuários e para os profissionais.

“Acho que é mais uma questão de divulgação e mostrar para as pessoas, até mesmo para o profissional o que é isso e explicar para a população que não sabe o que é, tem muita gente que não sabe como o profissional de saúde.” (Kátia – tec.enf.)

Outra dificuldade apontada foi o fato do colegiado ser realizado em horário de trabalho.

“Eu acho difícil, às vezes por ser em dia de semana que nem todo mundo tem disponibilidade e assim pela comunidade participar mais. Eu acho que só o representante só, não resolve, eu acho que a comunidade deveria estar mais participante, até para saber quais as nossas dificuldades também, a gente também tem dificuldade, assim eu acho que a comunidade deveria participar mais para ver realmente como é o trabalho.” (Gilmara - tsb)

- Facilidades na implantação do Colegiado Gestor

Uma das facilidades que surgiram nas entrevistas é o vínculo da comunidade com os profissionais de saúde, a presença do profissional no o reconhecimento do território se apropriando da realidade local:

“Poxa o agente de saúde vem na minha casa, então se eu passar mal eu vou para onde? – eu vou para a unidade que ela está lá, a médica veio na minha casa sentou no meu sofá, eu estou tendo meu neném lá com a médica que sentou no sofá da minha casa”(Valeska - acs)

“É importante você como técnico chegar para executar um trabalho técnico, num território que necessita de uma ação, mas é importante que você entenda o seu local, o teatro de operação, seu cenário aonde você vai desenvolver aquele trabalho. Porque é muito fácil a gente discutir isso lá na gestão no escritório e quando chega aqui no território é diferente” (Mário – méd.)

Também foi apontada como positiva a participação dos representantes das escolas no Colegiado Gestor:

“Não vejo dificuldade a nossa parceria com as escolas é muito boa, sempre que solicitamos a presença delas elas estão presentes, tem algumas pessoas que não só vem para o colegiado, estão sempre na unidade, traz realmente alguma necessidade.” (Débora - tsb)

- Sugestões para superar as dificuldades segundo os profissionais entrevistados.

Uma das sugestões que surgiram foi à organização do processo de trabalho.

“Eu acho que do ponto de vista efetivo, se a gente conseguir dentro desta lógica organizar a casa a gente consegue fazer o colegiado gestor, uma vez por mês na reunião de equipe na sexta feira. É o espaço que a gente tem, é o espaço que todos estão livres para fazer isso.” “Por que na reunião de equipe todos estão liberados para participar efetivamente, é interessante que os outros profissionais interessados aqui da unidade estivessem vendo como é o negócio, de se apropriarem disso, quem quiser é só começar a capilarizar isto no território, a gente amplia. Alguns profissionais já entenderam que a gente organizado, sobra tempo e sobrando tempo, temos condições de conversar com eles e começar a compor, a construir as melhorias, eu vejo desta forma”(Mário – méd.).

Outra sugestão é que todos os profissionais deveriam ter um entendimento da importância do colegiado e participariam na identificação dos usuários do território para participação no colegiado.

“... o técnico também deveria identificar um morador que tivesse perfil e convidar o morador para a reunião. Deveria ser uma visão geral de todos os profissionais, porque nós que já temos mais de quatro anos atuando no território, eu consigo perceber, conhecer os pacientes. Se isso se estendesse a todas as categorias e a equipe começasse a ver quem tem esse perfil e participar, eu acho que seria uma

forma de conseguir atrair mais pessoas, ou eles mesmo que fazem parte do colegiado sugeririam também que eles como moradores também devem conhecer pessoas que tenham mais uma presença.” (Janaina - acs)

Nota-se que a seleção e o convite partem da equipe para a comunidade e não é uma iniciativa da comunidade.

Uma estratégia apontada para garantir a continuidade da participação no Colegiado Gestor foi a de cumprir os acordos feitos nas reuniões e a utilização de outras metodologias

“Eu acho que para fidelizar, o que for discutido tem que acontecer, para eles verem que aquilo que é falado realmente acontece. E desta forma chamar outras pessoas. Os encontros não serem cansativos e nem muito espaçados.” (Maria - acs)

“Acho que eles precisariam perceber a importância da opinião deles para a condução dos problemas da unidade também, uma sensibilização talvez.” (Roberta – enf.)

Quando pergunto quem deveria ser sensibilizado, a resposta aparece centralizada no usuário. E os profissionais nesta sensibilização?

“A população de uma forma geral, eu penso que isso na verdade precisa entrar na cultura brasileira, acho que isso vai além do que a gente pode tentar, é trabalho de formiguinha. Isso teria que começar desde a educação da população brasileira de uma forma geral. Tem que ter essa consciência de comunidade, o povo é muito individualista.” (Roberta – enf.)

Outra sugestão para superar as dificuldades é a de divulgar o espaço do colegiado, informar seus objetivos tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde.

“Eu acho que deveria ter mais divulgação porque não é tão divulgado, pelo menos assim para nós funcionários, não é tão divulgado. Então às vezes a gerente fala na reunião de equipe da data do colegiado, mas assim só fala na reunião de equipe. Acho que deveria chamar mais, distribuir algum folheto, alguma coisa falando sobre isso. Porque de repente com isso as pessoas se interessariam mais em participar, mostrar o que é. Uma reunião de colegiado com pessoas que não conhecem, não vão se interessar. As pessoas não sabem o que é o colegiado, deveria divulgar mais, de outra forma.” (Gilmara - tsb)

- Da Importância do Colegiado Gestor Local.

Os profissionais entrevistados na sua maioria veem a importância do colegiado no território de atuação.

“... não é só porque está na carteira de serviços, eu vejo que é funcional, que é uma ferramenta inclusive para o nosso trabalho, para o nosso processo de trabalho e para proteção da nossa saúde” (Mário – méd.)

Apontam que o colegiado tem sua importância no sentido de esclarecer melhor o morador sobre o funcionamento da unidade e o morador poder colocar suas demandas a partir das informações, o que facilitaria o diálogo, a comunicação.

“Acho importante assim pela experiência positiva que agente tem com essa moradora de Marquês, por várias vezes eu já vi, ela aqui na unidade explicando para os outros pacientes.” “O morador quer que funcione tudo do jeito dele, então quando ele vem a essa reunião, que é explicado para ele os trâmites que se tem para que se resolva o que ele quer, aí ele começa a ter outra visão.” (Janaína - acs)

“É importante até mesmo para sanar as dúvidas da população e tentar resolver os problemas que eles têm de maior queixa.” (Kátia – tec.enf.)

“Acho muito importante a comunidade participar das coisas. É importante porque, a comunidade não tem a visão do que é o trabalho em si, não é simplesmente a gente atender e pronto, acabou. Envolve muito, por exemplo, o PSF, envolve muito mais que o atendimento, na verdade, a gente tem um vínculo com o paciente, e a comunidade participando, eu acho que eles vão conhecer melhor o nosso trabalho ou se envolver mais com a gente.” (Gilmara - tsb)

Mostram a importância do Colegiado Gestor no sentido de conhecer melhor a realidade da comunidade:

“Eu acho importante, porque hoje nós temos uma realidade diferente nós temos umas equipes que foram agregadas, que pega uma área um pouco diferente. A nossa unidade é bem eclética em relação à população com relação as suas necessidades e às vezes a gente vem com algumas necessidades prontas da nossa coordenação, preventivo e outros. E com o colegiado e até com as creches que a gente demanda algumas respostas, a gente vê realmente qual a necessidade. A gente já teve algumas demandas das creches onde as diretoras ligam pedindo educação em saúde com relação a impetigo, piolho e a maioria das crianças são nossas. O colegiado é um espaço que está lá para ouvir com calma a demanda da população, para conversar, porque no dia a dia não se consegue por causa da correria. Não só o colegiado traz este espaço, como também os grupos que são realizados aqui na unidade, de gestante, adolescente, trazem as necessidades para serem discutidas.” (Débora - tsb)

“Eu acho que com certeza tem uma grande importância do que vem para ajudar, seja através de uma crítica. Não adianta se fechar na educação, na saúde e não deixar com que a comunidade participe, porque isso aqui não é nosso, isso aqui é da comunidade, dos usuários.” (Maria - acs)

De maneira geral, percebo que o colegiado na visão do profissional, é um espaço para a população conhecer a dinâmica da unidade, as dificuldades no funcionamento. A ampliação desta concepção se daria na medida em que este espaço fosse entendido tanto pelos profissionais, quanto pelos usuários de ser um espaço de troca de saberes, de respeito, de diálogo, onde o produto final é a construção compartilhada das demandas do território.

Segundo David e Acioli (2014, p. 169) “a marca do trabalho de saúde é a relação entre sujeitos – profissionais e usuários – dos serviços” e penso que o Colegiado Gestor poderia ser um espaço para acontecer esta integração.

Significado de Educação Popular

De maneira geral, existe o entendimento da educação popular como uma via de mão única, onde o profissional leva o conhecimento para a população como se só o profissional possuísse o conhecimento.

“Levar sabedoria pra rua, pra mim educação popular é educação corpo a corpo, médico frente ao morador ou agente de saúde levando o nosso conhecimento para a rua”. “... é função do profissional da saúde, seja ele ACS, médico, enfermeiro é mostrar para aquela pessoa que ela é responsável pela sua saúde que ela cuide dela”. “... a função do ACS é mostrar direção qual a melhor forma para aquela pessoa resolver os problemas que tem que resolver na clínica da família, não é resolver para ele é mostrar a forma que ele vai resolver o problema dele”. (Valeska - acs)

“As pessoas tem tanta falta de informação, que qualquer profissional, com um pouco de conhecimento pode explicar para ele, e assim, de coisas bem simples.” “Educação popular é isso é a gente levar esses pequenos conhecimentos para eles.” (Janaína - acs)

“Eu acho que educação popular é isso, é você falar não só para a população em si, mas também com as pessoas que podem falar também com a população, acho que isso é educação popular.” (Vilma – méd.)

“Educação popular, eu não sei exatamente o que é educação popular. Seria de repente nosso conhecimento passado para a população. Eu não sei o que é educação popular. A gente passa assim o nosso conhecimento, palestra, grupo de educação.” (Gilmar - tsb)

“Educação popular em saúde de repente seria fazer com que os usuários entendessem como funciona, “aqui é uma clínica de saúde de atenção básica, paciente vem aqui faz pré-natal, trata de hipertensão, diabetes. De repente, a população precisa entender se educar em relação a isso.” (Maria - acs)

“É um ensinamento para uma promoção de saúde, educar a população, explicar para que evite problemas futuros lá na frente.” (Kátia – tec.enf.)

Também existe o entendimento pelos entrevistados de que Educação Popular acontece somente nos grupos de promoção à saúde da unidade.

“Não tenho experiência, quem faz aqui educação popular nos grupos é a outra técnica, para os adolescentes, ela faz promoção de saúde. Educação popular é isso é um ensinamento para as pessoas para evitar problemas ou agravos relacionados a tudo, a saúde futuramente.” (Kátia – tec.enf.)

Um dos entrevistados traz elementos importantes para este entendimento da Educação Popular, na medida em que percebe a falta de aproximação dos profissionais com a população.

“Então, educação popular... ela é uma situação, eu não vejo. Acho que a gente ainda tem que saber chegar neles, todos os profissionais, qualquer categoria profissional, falta vivência dos profissionais, bagagens para estar com a população.” (Mário – méd.)

Resgatando elementos importantes do Capítulo de Educação Popular, trago a afirmação de Vasconcelos e Valla (1999), que entre os profissionais de saúde da ESF, há um entendimento de que não é preciso “aprender” a fazer educação em saúde. O profissional acredita ser o detentor do saber, o responsável pelo conhecimento, o fornecedor da informação. Estas questões refletem a formação dos profissionais que basta o saber clínico para que a prática da educação em saúde se desenvolva.

Entendo que esta “aproximação” que Mário nos coloca, seja essencial para o início de um diálogo, da busca do conhecimento, das condições de vida da população para que haja valorização e a troca do saber popular.

Esta fala reflete a consciência da falta de manejo do profissional em estar com o usuário, em se aproximar além do olhar clínico, além da doença. A não valorização do saber anterior da população, do que o usuário trás como vivência, experiência de vida, de trabalho.

A Estratégia de Saúde da Família como já abordei neste trabalho, possibilita que esta aproximação aconteça, um modelo baseado na saúde e não na doença, centrado na família e no território, onde os problemas fazem parte de uma realidade local e as potencialidades estejam presentes no território onde se desenvolve a atenção primária. Frente a este cenário estão os atores principais, os usuários e os profissionais de saúde.

No entanto, entre os entrevistados a educação popular foi entendida mais como uma forma de levar conhecimento para a população do que no sentido exposto no referencial teórico, demonstrando pouca clareza sobre o que é Educação Popular em Saúde, de ser um enfoque educativo que visa à construção de uma consciência crítica sobre a realidade vivenciada pela população, o entendimento das causas dos problemas de saúde e a transformação da sociedade em busca de maior justiça social.

Precisamos avançar no entendimento deste enfoque que fortalece a autonomia dos sujeitos e a emancipação dos grupos populacionais que possam criar novas oportunidades de participação da sociedade.

Desta forma, reforço mais uma vez a Educação Popular em Saúde no sentido de ampliar a participação social no SUS, como metodologia para alcançar uma gestão participativa.

Baseada neste contexto surge questionamentos que levaram à necessidade de desenvolver novo saberes, tanto no campo das habilidades específicas da profissão, quanto no campo da gestão do serviço e no conhecimento voltado para a saúde pública. Dentre as indagações que emergem, está à questão do reconhecimento por parte das equipes da educação popular como uma metodologia para alcançar este tipo de gestão.

Como metodologia para o desenvolvimento do diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais destaque e reforço como já foi falado anteriormente, a educação popular em saúde no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS. A Educação Popular também favorece a construção da autonomia e a emancipação dos grupos populacionais, que historicamente foram excluídos, na medida em que problematiza seu modo de entender a vida, e crie novas oportunidades de participar dos rumos da sociedade brasileira.

Para que efetivamente possa ser implantado o Colegiado Gestor nos territórios, acredito que a Educação Popular em Saúde precisa fazer parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família, possibilitando aos técnicos de saúde a valorizar, a levar em conta o olhar do usuário, sua percepção e sua necessidade.

Acredito que seria através deste Colegiado Gestor, que se daria a reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento, propiciando o encontro entre a cultura popular e a científica.

A Educação Popular, segundo Pulga, “fala de um caminho político-pedagógico que requer o envolvimento e a co-responsabilização de todos os participantes, na construção, aproximação e multiplicação do conhecimento” (2014, p.127) onde o diálogo é a base da relação entre os sujeitos, aumenta a valorização, o respeito e a construção de valores solidários e éticos.

Penso que na Atenção Primária de Saúde, é preciso recuperar a educação dialógica com profissionais e usuários, onde o cuidado se faça a partir da troca, da valorização de ambos os sujeitos, possibilitando o crescimento um com o outro e ampliando a capacidade de perceber, de potencializar, de respeitar, de conviver na diversidade, de reconhecimento de sujeitos que são agentes de uma história, trajetória, cultura, valores e relação.

A meu ver, um dos maiores desafios do movimento da Educação Popular em Saúde, é o delineamento mais preciso das estratégias de formação profissional para todos os profissionais de saúde, desde a pós-graduação até a formação dos agentes comunitários de saúde, na educação permanente dos trabalhadores do SUS. A Educação Popular em Saúde possibilitaria uma prática sanitária integrada a uma ação coletiva e solidária voltada a superar as raízes políticas, culturais e econômicas do sofrimento humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi mencionada ao longo do trabalho, a Gestão participativa supõe ações que incluem o apoio ao controle social, à mobilização social, à educação popular, à busca da equidade... é um conjunto de atividades que estão voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS (Brasil, 2009p. 15).

A gestão participativa se propõe à definição de parceiros, de profissionais de saúde e da comunidade, à adoção de práticas e mecanismos inovadores que possibilitem o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, da identificação e ampliação de espaços coletivos e públicos. Práticas participativas que impliquem, na construção de consensos, que identifique e reconheça os dissensos, onde as alternativas sejam indicadas a partir de diferentes opiniões, oportunizando resultados que sejam mais expressivos e duradouros.

O ParticipaSUS afirma o protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes, busca fortalecer as formas coletivas de participação e de solução das demandas. Estes espaços hoje nos diversos territórios do Município do Rio de Janeiro são potencialmente os Colegiados Gestores locais, que devem abranger a área adstrita da Unidade básica de saúde, compreendendo um território de responsabilidade na coordenação do cuidado das famílias, dos usuários, lembrando também dos Conselhos Distritais e do Conselho Municipal de Saúde.

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), apresenta questões da participação popular referentes à ampliação do diálogo entre os profissionais e a população, promovendo a gestão participativa, viabilizando a participação dos profissionais de saúde nos colegiados gestores. Questões estas que tencionam uma aproximação destes atores (profissionais e usuários) para discutirem, apresentarem questões relacionadas com a realidade do território de responsabilidade da Unidade de Saúde da Família.

Considero que o Colegiado Gestor Local, deve ser um espaço de pactuação e de discussão que tenha como objetivo a discussão e o compartilhamento de questões referentes à unidade e ao território, sob sua governabilidade, um grupo composto por profissionais que representam as categorias/equipes, o gestor como dirigente deste colegiado e usuários moradores do território que realizariam reuniões periódicas, com pauta preparada antecipadamente ou extraordinária, para exercer uma gestão mais participativa e democrática, a pactuação e responsabilização pelas decisões tomadas.

Um dos aspectos relevantes que motivou a investigação deste tema foi à percepção de que a estratégia de saúde da família teria um grande potencial para o desenvolvimento da

gestão participativa, numa perspectiva de emancipação, autonomia, solidariedade, justiça e equidade por ser uma proposta de trabalho multiprofissional direcionada para reorganização do modelo de atenção a saúde, com foco na família, inserção no território, participação da comunidade e intersetorialidade.

Como apresentado no capítulo IV a Política Nacional de Atenção Básica, 2011, estabelece normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família, e traz como um dos objetivos desenvolver uma atenção integral que impacte nos determinantes e condicionantes de saúde através de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas sob forma de trabalho em equipe. Preconiza também, estimular a participação popular e o controle social.

No entendimento dos entrevistados a gestão participativa está focada na melhora do funcionamento, na divulgação e no esclarecimento dos serviços oferecidos pela unidade para a comunidade. Em algumas falas o exercício do diálogo, a integração da gestão, a construção compartilhada do conhecimento aproximou a comunidade e os profissionais, onde conhecer o território é essencial para fazer gestão. As experiências estão relacionadas com as parcerias com a comunidade e ações realizadas, como as campanhas.

Colegiado gestor se resume para os entrevistados à participação das lideranças, num espaço para esclarecimento e divulgação do serviço... Espaço para resolver problemas em conjunto, num sentido mais pragmático deste espaço. Percebo nas falas e na prática, que ainda estes espaços, não são espaços potentes no sentido do desenvolvimento de atividades que estariam voltadas para uma mobilização social, para mudanças nas suas práticas, na resolução dos problemas que refletiriam na melhoria da qualidade do atendimento e envolvimento com a comunidade, gerando co-responsabilidade, autonomia de reflexão.

Na área pesquisada, a composição dos colegiados se dá na maioria das vezes através da identificação por parte dos agentes comunitários de saúde daqueles moradores do território que têm potencial para participar deste espaço é bastante forte a identificação de lideranças formais para esta composição, limitando uma participação mais democrática da população.

Neste estudo, observa-se que os colegiados não acontecem de forma regular e a participação é centrada no gestor da unidade. A maioria dos profissionais, nunca participou ou desconhecem este espaço.

O processo de trabalho das equipes de saúde da família, a falta de tempo dos profissionais e o número de famílias que cada equipe é responsável de cuidar aparecem como dificuldades para a realização do colegiado gestor. Estas questões estão bem presentes

na minha prática: a falta de tempo para a organização e mobilização da população. A participação dos moradores na visão dos profissionais também é uma dificuldade no sentido da falta de adesão às reuniões. No entanto, não se discute porque a população não participa de forma mais intensa e devido à maneira que se dá a participação nestas reuniões. O vínculo entre a comunidade e os profissionais aparece como potencialidade, e o reconhecimento do território pelas equipes aparece como necessidade em fazer com que eles se aproximem da realidade local.

Em 2011, quando realizei as oficinas nas três unidades percebi que deveria recuar nas atividades propostas, pelo fato das equipes não estarem organizadas no seu processo de trabalho e por este motivo, naquele momento não conseguem avançar no entendimento do colegiado gestor e de sua formação. Em uma das falas dos entrevistados surgiu como sugestão para a implantação do colegiado, a organização do processo de trabalho desde a organização interna da unidade até o entendimento dos atores envolvidos, da importância do colegiado, não só para os profissionais como também para os usuários.

Os profissionais reconhecem a importância do colegiado gestor no sentido de esclarecer melhor que este espaço traz a possibilidade de facilitar o diálogo e a comunicação entre os moradores.

Para esta aproximação, penso que a educação popular teria um papel importante no sentido de reconhecer a importância também do saber popular, em viabilizar o diálogo entre diversos saberes e o entendimento da realidade, porque possibilitaria o incentivo à produção individual e coletiva do conhecimento, fortalecendo a gestão participativa. De acordo com os entrevistados, a educação popular aproxima o profissional à população, porém é o profissional que é o detentor do saber, o conhecimento está com o profissional. Percebo diariamente na minha rotina de trabalho, que muitos profissionais não se aproximam da população pela qual é responsável em relação ao cuidado, cada vez mais se fecham nos consultórios e são consumidos pela grande carga de trabalho.

Desta forma, a formação dos colegiados gestores hoje nas 23 unidades de saúde com estratégia de saúde da família precisaria avançar bastante nas práticas de uma gestão democrática, participativa. Tanto os gestores, como os profissionais de saúde e a comunidade precisariam perceber o colegiado gestor como um espaço onde se daria os debates, a construção dos saberes, o fortalecimento de uma participação coletiva, promovendo realmente um espaço de discussão onde o diálogo, o respeito e a valorização dos saberes estariam presentes. Onde o produto final de cada encontro seja fruto da discussão e da

construção coletiva, onde as deliberações possam ser resolvidas localmente pelos membros do colegiado.

Quando digo avançar bastante, me refiro aos gestores das unidades e aos profissionais de saúde de estarem mobilizados a perceberem que o colegiado gestor, aproxima usuários ao serviço de saúde. No referencial teórico, apresento a educação popular como uma abordagem que possibilita a interação dos profissionais com a comunidade, a compreensão e a interação dos serviços locais com a realidade na qual se encontram fortalecendo e reorientando os saberes, as práticas e as lutas por um objetivo comum, compartilhado entre os atores envolvidos.

Os profissionais de saúde, hoje, como menciona Vasconcelos (2007) chegam reproduzindo o modelo biomédico tradicional, do autoritarismo dos doutores, da não valorização do saber do outro, da falta de iniciativa do usuário, da imposição das soluções técnicas, das ações educativas extremamente normatizadoras e centradas apenas na inclusão de hábitos individuais que são considerados saudáveis, do não envolvimento da população no planejamento das ações do cuidado no processo de saúde. O trabalho educativo é geralmente realizado através de uma pedagogia de transmissão onde quem detém o conhecimento científico, detém a fala, o saber. Com isso, os sujeitos não têm voz, as lideranças locais se afastam não havendo nenhum tipo de envolvimento que gere uma aproximação dos atores para alcançar uma transformação social, através do diálogo dos saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde.

A Estratégia de Saúde da Família possui uma potencialidade importante neste sentido, pois aproxima a realidade social em que estes profissionais estão inseridos. O reconhecimento do território, o envolvimento com os indivíduos faz parte de uma ferramenta da ESF que é o diagnóstico de saúde. O cadastramento das famílias, o levantamento do território (geográfico), do perfil da comunidade, das fragilidades e das potencialidades que se apresentam, constituem elementos importantes para este diagnóstico, para o levantamento das necessidades de saúde da população.

Atualmente nas equipes de saúde da família observo profissionais despreparados, que se escondem em seus consultórios, sem qualificação técnica, sem manejo em lidar com a comunidade. As entrevistas realizadas se referem a um processo de trabalho exaustivo com uma grande demanda no atendimento, contribuindo para que o profissional tenha dificuldade de se aproximar da realidade onde está inserido e inclusive participar do Colegiado Gestor. Um território que na maioria das vezes apresenta questões de falta de saneamento básico,

transporte precário, dificuldades no setor de educação, falta de opções de lazer. Problemas estes, que de alguma forma vão influenciando cada vez mais na saúde da população, exigindo dos profissionais atitudes que não estão em sua governabilidade, tencionando assim, a relação entre a população e os profissionais de saúde.

Por outro lado, de uma forma geral, os profissionais acreditam que o saber soberano, é o saber clínico, onde a transmissão do conhecimento técnico sobre o cuidado e sobre as doenças são realizadas através de atividades educativas de forma prescritiva, lidando com a população de forma passiva. Não há na maioria das vezes a valorização do saber popular e nem se busca conhecer as condições de vida dessas populações, predominando a fala do profissional de saúde que acredita deter o conhecimento.

Como estratégia para aproximação dos profissionais de saúde com a população acredito que a educação popular consiga criar situações pedagógicas, como apresenta Vasconcelos (2004) situações onde os profissionais possam problematizar as vivências e as indignações relacionadas à realidade, buscando soluções, valorizando a curiosidade na busca do enfrentamento das bases das questões sociais orientadas pela experiência acumulada da Educação Popular.

Segundo Albuquerque e Stotz (2004):

Educação Popular pode ser um instrumento auxiliar na incorporação de novas práticas por profissionais e serviços de saúde. Sua concepção teórica, valorizando o saber do outro, entendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, tem sido utilizada pelos serviços, visando a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas. (p.260)

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2013), destaca os processos de educação popular em saúde no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS. Bem como, a promoção do diálogo para a construção da autonomia e emancipação dos grupos populacionais, que historicamente foram excluídos, em seu modo de entender a vida, em seus saberes e nas oportunidades de participar dos rumos da sociedade brasileira.

Acredito que o Colegiado Gestor, seria um espaço para a reflexão crítica, o diálogo e a construção compartilhada do conhecimento, propiciando o encontro entre a cultura popular e a científica.

A Educação Popular em Saúde precisa fazer parte do processo de trabalho das equipes de saúde da família, possibilitando aos técnicos de saúde a valorizar, a levar em conta o olhar do usuário, sua percepção e sua necessidade. O processo de discussão sobre as necessidades e

demandas da população precisa vir de baixo para cima para que estes se tornem revolucionários e promovam mudanças. Se estes profissionais não se aproximarem dos princípios e objetivos que orientam a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, penso que o caminho será longo para fortalecer os processos de transformação e de humanização, na promoção da autonomia das pessoas, na formação de uma consciência crítica e na participação da cidadania.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Participação Social na Saúde: revisitando conceitos, reafirmando propostas. In: Pinheiro R., Mattos R.A. (organizadores). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2005.p.293-303.
- ALBERTI, V. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989. p. 202
- ALBUQUERQUE, P.C; STOTZ, E.N. A Educação Popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunic., saúde, educ.**, v.8, n.15, p.259-74, 2004.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925–934, 2002.
- ANDRÉ, M. A. de. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do Estado. **RAE-revista de administração de empresas**, São Paulo, v.39,n. 3, p. 42-52,jul./set. 1999.
- ANSOFF, H.I. **Estratégia empresarial**. São Paulo: Mc Grawhill, 1997.
- ARENDT,H. **Entre o passado e futuro**. São Paulo: Perspectiva; 2005 – 348p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BEHRING, Elaine Rosseti- **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos/** Elaine Rosseti Bering – 2. Ed – São Paulo: Cortez, 2008 – p.117
- BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1993
- BERTAUX, Daniel. L'Approchebiografique: as validitimétodologique, sés potentialités. **CapiersInternationaux de Sociologie**, v.49, p. 197-225, jui./ sep. 1980.
- BORDENAVE,J.E.D.;**O que é participação?** São Paulo: Brasiliense, 1994.
- BORNSTEIN, V. J.;**O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**.2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- _____. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora**. Rev. Trab. Educ. Saúde, v. 6, n. 3, p. 457-480, 2009.
- BOTTOMORE,T.B. A força na vida social. In: **Introdução à Sociologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1987.
- BRANDÃO, C.R.A. A educação popular na área da saúde. **Interface – Comunic., saúde, educ.**v.5, n.8, p.4, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Brasília, 86pp, 1995

BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Brasília: Cadernos Mare, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS** - textos técnicos para Conselhos de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seis décadas de história: conferências nacionais de saúde**-Coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS/**Ministério da Saúde. -2º Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa saúde da família e o programa agentes comunitários de saúde. Diário oficial da união. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, gabinete do ministro. ed. 61, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo /** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS/**Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. -2º Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários. **As Conferências de saúde: Evolução e perspectivas/Conselho Nacional de Secretários de Saúde** – Brasília: CONASS, 2009b. 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, política nacional de humanização.2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Diário oficial da união. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, gabinete do ministro. 24 out. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b, 25p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em 13.03.2015

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e cogestão de coletivos. **A constituição do sujeito a produção de valor se uso e a democracia em instituições o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

_____. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 3ªed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CARDOSO, F.H.; **Mãos a obra Brasil: Proposta de Governo**. Brasília, DF: [s. ed.], 1994.

_____. **Avança Brasil: Proposta de Governo**. Brasília: [s.ed.], 1998.

CARVALHO, B.G.; PETRIS, A.J. & TURINI, B. Controle social em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. & CORDONI JR., L. (Orgs.) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

CATTANI, A.D. **Dicionário de trabalho e tecnologia**. In: GARAY, A. Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, 2006. 358p.

CUNHA, L.A.; GÓES, M. **O golpe na educação**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. 1995.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. **Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho**. ORG e DEMO (Marília), v.11, n.1, p.31-46, jan/jun, 2010.

DAVID, H.M.S.L.; ACIOLI, S. Formação profissional e educação popular a partir de uma experiência curricular em graduação em enfermagem. In: **II Caderno de Educação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2014. p.165-174.

DONNANGELO, Maria C. F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975, p. 44.

DURAND J.P. **Vers un nouveau modele productive**. Paris: Syros, 1993.

FERLA, A.A.; CECIM, P.B.; PELEGRINI, M.L.M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade**:

cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco, 2003, p.61-88.

FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R; **Promoção da saúde e gestão local.** São Paulo: Cepedoc, 2007.

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.**, [SI],v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FIGUEIREDO, P.P.; et al; Processo de trabalho da estratégia saúde da família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **PHYSIS - revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 20 [1]: 235-259, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

FREIRE, P. **Educação e Mudanças.** 2º Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FLEURY,S.; GUARANA,J. Gestão Participativa como instrumento de inclusão democrática: o caso dos comitês gestores de bairro do Programa Nova Baixada. **Revista de Administração de Empresas.** Vol. 48 nº3 São Paulo jul/set 2008.

FRIGOTTO, G. **Os delírios da Razão: Crise do Capital e Metamorfose Conceitual no Campo Educacional.** In: Gentili, P. A Pedagogia da exclusão. RJ: Vozes, 1997, p. 90 e 104 - 105.

_____. **A produtividade da escola improdutiva.** 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Capital Humano.** In Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima/ Dicionário de Educação Profissional em Saúde – Rio de Janeiro: 2º Ed. EPSJV, 2009. p. 66 – 71.

GARAY, A. **Dicionário de trabalho e tecnologia/** Antônio David Cattani, Lorena Holzmann, organizadores. Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, 2006. 358p.

GRAMSCI, A;**Quadernidelcarcere.** vol.III. Edizioni critica dell`Istituto Gramsci. A cura de Valentino Gerratana. Torino. Einaudi Editore, 1975 pp. 1516 e 1550-1551.

GUIZARDI, F. L.; Cavalcanti, F.O. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p.633-45, jul./set. 2010

_____. O Conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção da democracia institucional. **Physis: Revista de saúde coletiva.** Vol.20. nº4 Rio de Janeiro. Dez. 2010.

GUIZARDI,F. L.; Controle Social. **Revista POLI -** Ano III – nº 17 – p. 2-7, mai/jun 2011.

HAGUETTE, T.M.F.: **Metodologia Qualitativa na Sociologia**. Ed. Vozes Petrópolis, 1987. p.80-87.

HARTZ, Z.M.A.; **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”**. Cad. saúde pública, 2004: 2:s331-s336.

HELLER, A. **O Cotidiano e a história**. São Paulo: Ática, 1991.

HOLANDA, A. B.; **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, 2008.

MARTINS, André Silva – **A direita para o social: a educação da sociabilidade no Brasil contemporâneo**/André Silva Martins – Juiz de Fora:UFJF,2009-p.59-110

MERHY, E.E.; **O SUS e um dos dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)**. In: FLEURY, S.; (org) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**, São Paulo: Lemos Editorial, 1997. P.125-141.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005. 189p.

MOTTA, P.R; **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1991.

NEVES, L.M.W.(org.) **A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso**. SP: Xamã, 2005.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56–69, 2004.

PAIVA, V. **Perspectivas e dilemas da educação popular**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

PALUDO, C. **Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

PEGO, R. A.; ALMEIDA, C. Teoria y practica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89–97, 2001.

PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. Educação Profissional em saúde. In: PEREIRA, I.B.; Lima, J.C.F. (Org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: ed, EPSJV, 2009. p.182-189.

PINHO, J.A.G.; SACRAMENTO, A.R.S.; **Accountability: já podemos traduzi-la para o português? Revista de Administração Pública – RAP – Rio de Janeiro 43(6): 1343-1368, nov/dez 2009**

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o Poder, o Socialismo**. São Paulo, Paz e Terra, 2000. Segunda Parte. As Lutas Políticas: o Estado, condensação de uma relação de forças. P. 125 – 164.

PULGA, V.L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, SEGEP. **II Caderno de Educação em Saúde** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 123-146.

RESOLUÇÃO do Plenário do Conselho Nacional de Saúde nº466 de 12 de dezembro de 2012.

SPINK, M.J.P.;LIMA, H.;**Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação.** In: SPINK, M.J.P., organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2000. p.93-122.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D; BLANK, V.L.G.; A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, 2004: 20(2):438-446.

RIBEIRO,A.A.; Práticas de gestão das equipes de saúde da Família. **Tese de Mestrado**. Fev. 2012.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Urbanismo Instituto, Municipal de Urbanismo Pereira Passos. Índice de Desenvolvimento Social - IDS: **Comparando as realidades microurbanas da Cidade do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2008
http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf(acesso em 10/04/2015).

RIO DE JANEIRO, (município). SMSDC/RJ. SUBPAV; Coordenação de Saúde da Família. **Instrução Normativa nº04**. Rio de Janeiro, 2009.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde - **Contrato de Gestão nº 001/2009**

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde** / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Inclui Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>(acesso em 26/03/2015).

RIO DE JANEIRO, (município); SMS/RJ SUBPAV- Coordenação de Área de Planejamento 5.3 – **Relatório de Gestão** – Saúde na Informação – ano de 2014.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde - **Contrato de Gestão nº 020/2014**

SANTOS, F.S.B.; Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007: 12(4):999-1010.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L.; Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: O caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **R.A.E.Revista de Administração de Empresas** Vol. 48 . nº03. – 2008

SCHERER, M.D.A.; Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2009: 43(4):721-25.

SORANZ, D.; Gestão em saúde no Rio de Janeiro em questão na ENSP: Informe ENSP, ago 2013. Disponível em:

<<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/33276>>

Acesso em: 26/07/2015

SOUZA, W.S.; **Participação Popular e Controle Social na Saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social**. In: MATTA, G. C.; PONTES, A.L.M. - Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde – Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007; p. 115-135.

STOTZ, E.N.; DAVID, H.M.S.L.; WONG UN, J.A. Educação Popular e Saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 8, n. 1, p. 49-60, 2005.

STOTZ, E.; **A Participação Social**. In: Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima /Dicionário da educação profissional em saúde– Rio de Janeiro: 2ªed, EPSJV, 2009.p. 293-298.

TRIVIÑOS, A.M.S. **Introdução em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

VALLA, V. V.; Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, (supl.2): 7-18, 1998.

VALLA, V.V.; Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, n.15, supl.2, p.7-14, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunic.; saúde, educ.**, v.5, n.8, p.121-6, 2001a.

_____. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (org). **A saúde nas palavras e nos gestos**. São Paulo, Hucitec, 2001b

_____. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 67-83, 2004.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. O Paulo da Educação Popular. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 160p. (série B. Textos básicos de saúde)

_____. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 160p. (série B. Textos básicos de saúde) p.18-29.

VIACAVA, F; et al; Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, nº 9 (3): 711-724, 2004

VIEIRA, D. R.;et al.; Participação, cidadania e políticas públicas: a construção da saúde em espaços de organização popular. **Trab. educ. saúde**, Dez 2013, vol.11, nº.3, p.591-609. ISSN 1981-7746

ANEXO 1

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão Participativa no Colegiado de Gestão nas Unidades de Saúde da Família da Área de Planejamento 5.3 no Município do Rio de Janeiro

Pesquisador: Gabriela Rêgo de Almeida Muñoz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35705214.0.3001.5279

Instituição Proponente: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 902.612

Data da Relatoria: 02/11/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo visa analisar as práticas utilizadas em três unidades de Saúde da Família da Área de Planejamento 5.3 (AP), para a construção e implementação da gestão participativa, tendo como referência o enfoque da educação popular. A Prefeitura do Rio de Janeiro lançou o Projeto Saúde Presente em 2009, que marca o início de uma nova fase focalizada na reorganização da atenção primária com a expansão da cobertura pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que teve seu início pela AP 5.3. Em 2011, uma das diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde para a atenção primária foi a implantação do colegiado gestor nas unidades básicas. A importância de aprofundar o conhecimento sobre a gestão participativa na perspectiva das equipes de saúde da família se dá pela possibilidade de seu caráter transversal no processo de trabalho em saúde na atenção básica que fortalece a transformação social. Em abril de 2011, foi realizada a Oficina de Formação para Colegiado de Gestão, a fim de formar profissionais das AP para serem facilitadores dos colegiados de gestão no território. No entanto as escassas oportunidades de participação da

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

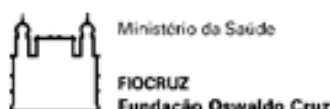
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO 2



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **GESTÃO PARTICIPATIVA NO COLEGIADO DE GESTÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.3 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**. Você foi selecionado pela sua participação na oficina realizada no segundo semestre de 2011 sobre a implantação do colegiado de gestão local na AP 5.3. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição na qual trabalha.

O objetivo geral deste estudo é **Analisar a experiência de implementação da gestão participativa nas unidades de saúde da família da AP 5.3.** tendo como referência o enfoque da educação popular.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em dar a sua opinião respondendo a um roteiro de entrevista semi-estruturado. A ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, compromete-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Não havendo riscos relacionados com sua participação. A coleta de dados será através de gravação, os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo, físico ou digital, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Resolução 466/12).

Os benefícios acarretados pela publicação dos resultados da pesquisa dizem respeito a estimular a discussão sobre as estratégias de participação popular na gestão local.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação uma vez que não constarão nomes nem endereços dos entrevistados.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora: Gabriela Régo de Almeida Muñoz
Endereço: Avenida Álvaro Alberto s/nº - Santa Cruz
Coordenação de Planejamento 5.3 – DAPS
Tel. 3365-7954

Orientador: Doutor Ramón Peña Castro
Endereço: Av. Brasil 4365, Mangueiras
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,
sala 313 – CEP 21040-900 telefone: 38659732

Endereço: Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/FIOCRUZ
Av. Brasil 4365, Mangueiras
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 316 Tel. 2215-1485
CEP 21040-900 telefone: 3865 9710

Endereço: CEP SMS-RJ
Rua Evaristo da Veiga nº 16, Centro

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2014

ANEXO 3

GESTÃO PARTICIPATIVA NO COLEGIADO DE GESTÃO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.3 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- ✓ Iniciar recuperando memória do entrevistado sobre a Oficina de colegiado de gestão local;
- ✓ Entendimento do entrevistado sobre gestão participativa e sobre colegiado gestor;
- ✓ Experiências de implementação de gestão participativa na AP 5.3;
- ✓ Informação sobre a existência de colegiado na unidade de saúde onde o entrevistado atua;
 - implantação e implementação do colegiado gestor
 - sua participação no colegiado gestor
 - dificuldades e facilidades na implementação do colegiado, idéias sobre superação das dificuldades
 - participação dos profissionais e da comunidade no colegiado gestor
 - avaliação da importância da atuação do colegiado gestor no desenvolvimento do serviço
- ✓ Entendimento e experiência de Educação Popular;

ANEXO 4

INDICADORES DE DESEMPENHO

A Secretaria Municipal de Saúde distribui os indicadores em blocos de análise, a saber: Indicadores Casa Civil e Indicadores Gabinete SMS. Fica a critério de cada Coordenador a escolha de indicadores próprios para acompanhamento das CAPs.

O quadro abaixo consubstancia os indicadores de desempenho monitorados pela Casa Civil do ano de 2014.

Quadro 1 – Indicadores de Desempenho da Casa Civil

	Atividade	Indicador	Cálculo	Fonte	Meta 2014	Resultado
1	Assistência Materno-Infantil	Taxa de Mortalidade Infantil	Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade em determinado ano e local de residência / Nº de nascidos vivos nesse mesmo local e ano X 1000	SIM / SINASC	11, 6 por 1.000 nascidos vivos	17,1 por 1.000 nascidos vivos
2	Assistência Materno-Infantil	Taxa de Mortalidade Materna	Nº de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna / Nº de nascidos vivos de mães residentes	SIM / SINASC	70,9 por 100.000 nascidos vivos	189,3 por 100.000 nascidos vivos
3	Cobertura de Serviços	Proporção de população coberta por saúde da família com cadastro definitivo	Nº de pessoas com cadastro definitivo completo/ Nº de pessoas com cobertura de saúde da família	Portal da SUBPAV	90%	79,8%

Fonte: SINAN, PEP, SUBPAV, SIM, SISNASC.

O quadro abaixo consubstancia os indicadores de desempenho monitorados pelo Gabinete do Prefeito do ano de 2014.

Quadro 2 – Indicadores de desempenho do GAB. SMS

	Atividade	Indicador	Cálculo	Fonte	Meta 2014	Resultado
1	Assistência Materno-Infantil	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	$(N^{\circ} \text{ de consultas de pré natal} / N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}) \times 100$	SINASC	65% dos nascidos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	72,6%
2	Saúde da Mulher	Razão de exames 110itopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	$N^{\circ} \text{ de exames 110itopatológicos realizados para detecção de lesão precursoradocancer do colo uterino na faixa etária de 25 a 64 anos} / 1/3 \text{ daPop feminina na faixa etária}$	SISCOLO	= ou > 0,35	0,94
3	Saúde da Criança	Cobertura de vacinação Pentavalente	$(N^{\circ} \text{ de crianças} < \text{ de 1 ano com 3 doses} / N^{\circ} \text{ de nascidos vivos}) \times 100$	SI-API	= ou > 95 %	99,5%
4	Doença Transmissível	Atendimento as denúncias relacionadas a Dengue demandadas ao 1746	$(N^{\circ} \text{ de atendimento as demandas do 1746} / \text{total da demanda 1746 de Dengue}) \times 100$	SISFAD	= ou > 80%	93%
5	Vigilância à Saúde	Cobertura efetiva de visitas programadas para o ano (ímóveis X 4)	$(N^{\circ} \text{ de visitas realizadas} / N^{\circ} \text{ de visitas programadas}) \times 100$	SISFAD	= ou > 83%	1º Ciclo =92% 2º Ciclo =130,5% 3º Ciclo =139,5% 4º Ciclo =153,2%
6	Doença Transmissível	Taxa de Abandono de Tratamento de Tuberculose	$N^{\circ} \text{ de paciente em abandono no tratamento da Tuberculose Pulmonar} / N^{\circ} \text{ de casos novos de Tuberculose}$	SINAN e PEP	< ou = 12%	2013 ComAbrigo= 26,8% Sem Abrigo= 20,2% 2014 ComAbrigo= 11,4% Sem Abrigo= 6,2%

Fonte: SINAN, PEP, SISFAD, SINASC, SI-API e SISCOLO.

O quadro abaixo consubstancia os indicadores de desempenho monitorados pela Coordenação de Área de Planejamento do ano de 2014 para avaliar o impacto da ampliação do acesso aos serviços de saúde

Quadro 3 – Indicadores da CAP 5.3

INDICADOR	FUNTE NUMERADOR / DENOMINADOR	META	RESULTADO
1- Proporção de tratamentos prescritos adequados a gestantes com sífilis	$\frac{\text{NUMERADOR: N}^\circ \text{ de casos de Sífilis na gestação com tratamento prescrito adequado (7.200.000 UI de penicilina G benzatina) em um determinado período de notificação e local de residência ou unidade de atendimento}}{\text{DENOMINADOR: N}^\circ \text{ de casos de sífilis em gestantes notificados X 100}}$	95%	91%
2-Cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano	$\frac{\text{NUMERADOR: N}^\circ \text{ de crianças menores de 1 ano, vacinadas com determinado imunobiológico}}{\text{DENOMINADOR: N}^\circ \text{ de crianças menores de 1 ano (fornecido pela SVS) X 100}}$	95%	BCG - 95,10% Rotavírus - 96,50% Pneumocócica - 95,50% Meningocócica - 103,70% VIP/VOP - 115,80%
3- Captação de Sintomáticos Respiratórios	$\frac{\text{NUMERADOR: N}^\circ \text{ de sintomáticos respiratórios examinados}}{\text{DENOMINADOR: N}^\circ \text{ de sintomáticos respiratórios estimados X 100}}$	100%	142%
4- Proporção de produção esperada dentre a apresentada para médicos e enfermeiros da ESF	$\frac{\text{NUMERADOR: N}^\circ \text{ de consultas apresentadas}}{\text{DENOMINADOR: N}^\circ \text{ de consultas estimadas X 100}}$	100%	Médico - 115,04% Enfermeiro - 113,65%

ANEXO 5

TEXTO 8

COLEGIADO GESTOR COMO ESTRATÉGIA DE PROMOVER MUDANÇAS¹

A criação de colegiados gestores está sendo utilizada em vários setores, públicos e privados, como ferramenta de gestão, visando facilitar e equacionar problemas e dificuldades de implementação de mudanças.

A gestão colegiada propicia a construção de um ambiente organizacional que incentiva os funcionários a agirem tecnicamente como facilitadores na criação de alternativas de ações inovadoras, visando a melhoria na qualidade do serviço prestado. Além disso, pode melhorar o atendimento às demandas e necessidades internas e externas do Serviço.

A criação de colegiado vem sendo adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte como diretriz por ser um dispositivo potente de democratização, propiciando a construção coletiva e objetivando a estruturação de uma assistência de qualidade, equânime e integral, baseada nos princípios do SUS.

Seguindo os mesmos propósitos, a SMSA-BH propõe a criação de colegiados em todos os níveis de gestão do sistema de saúde, por considerar a necessidade de um espaço de discussão permanente dos problemas de saúde, bem como da organização do processo de trabalho, buscando promover as mudanças necessárias à organização dos serviços.

Na gestão local da unidade de saúde se faz necessário estabelecer ações de enfrentamento da realidade local sistematicamente, mas o gerente sabe que promover mudanças nas rotinas estabelecidas não é fácil. Quando se faz isso em regime colegiado, pode-se ampliar a capacidade de governo e obter algumas vantagens, a citar:

- As soluções e resultados obtidos a partir da discussão colegiada são mais sustentáveis e duradouros do que os alcançados por um gerente ou um pequeno grupo de gestores;
- Processos colegiados produzem uma visão compartilhada por todos e enriquecida pela variedade de pontos de vista, competências e funções dos que são membros do colegiado;
- São também processos que podem ganhar maior governabilidade porque tem o potencial de engajar representantes de todos os componentes da equipe da unidade;
- Outra vantagem é que os esforços e avanços alcançados pela Unidade passam a contar com vários "porta-vozes" ou seja, pessoas que têm informações do que se passa no colegiado podem atuar como formadores de opinião, para dentro e para fora do serviço. Podem melhorar a imagem externa da unidade e estreitar as relações de trabalho.

A gestão colegiada, portanto, visa envolver os trabalhadores na tomada de decisão, de forma a criar a responsabilização dos mesmos em relação às decisões tomadas e às diretrizes do modelo assistencial do município, democratizando a gestão local.

Na formação do colegiado gestor, alguns pontos importantes na organização devem ser observados, e sintetizamos de forma didática alguns deles, a seguir:

¹ Texto elaborado por Silvana Benjamim Guimarães/GERASA-Norte, como contribuição para discussão do tema com o Colegiado de Gerentes da GERSA-Norte.

- **SELEÇÃO DOS COMPONENTES DO COLEGIADO:** A escolha dos integrantes pode se dar por indicação/eleição dentro de cada seguimento que compõe a equipe da unidade. Embora seja necessária a representação de todas as categorias profissionais, pode-se ressaltar que é importante que todas as Equipes de Saúde da Família devam estar representadas, assim como os demais técnicos e funcionários não vinculados a uma equipe específica da unidade.

A composição do colegiado pode, também, ser discutida com o conjunto de trabalhadores para que de acordo com perfil da unidade, seja garantida a representatividade de todos os seguimentos.

- **FREQUENCIA DAS REUNIÕES:** O calendário de reuniões deverá ser acordado com os membros do colegiado, mantendo a frequência necessária em relação aos temas que precisam de discussão pelo colegiado gestor. Experiências iniciais têm utilizado a frequência semanal ou quinzenal. É importante escolher dias e horários de menor fluxo de usuários na unidade para a programação das reuniões.

- **DURAÇÃO DAS REUNIÕES:** A duração das reuniões sugerida é de 01 hora, de forma ser produtiva e não prejudicar o funcionamento da unidade, o que pode variar de acordo com a realidade local e as pautas de discussão.

- **PAUTA DAS REUNIÕES:** A pauta das reuniões precisa ser um misto de demandas do gerente local e da equipe da unidade, de forma a garantir um espaço de diálogo cooperativo e de efetiva participação. Na pauta podem ser inseridos assuntos mais gerais e estruturantes do projeto municipal para a Saúde como discussões relativas ao modelo assistencial, processo de trabalho, etc. Deve ser divulgada antes da reunião e/ou repactuada no início da reunião se houver novas prioridades.

Deve-se evitar pautas extensas, utilizando outra metodologia para discussões que demandarão mais tempo.

- **METODOLOGIA A SEGUIR:** Os princípios do Planejamento Estratégico Situacional para análise e soluções de problemas podem contribuir, facilitando a discussão e contribuindo para a produção de resultados do trabalho colegiado. Sugere-se a elaboração de plano de ação, visando sistematizar as ações de enfrentamento dos problemas. O importante é propiciar um espaço de gestão capaz de discutir problemas, planejar, avaliar e pactuar as ações. É preciso evitar a reprodução de estrutura hierarquizada e autoritária nos moldes existentes em alguns conselhos.

- **O REGISTRO DAS REUNIÕES:** Sugere-se o registro de todas as reuniões em livro ata, visando disponibilizar aos funcionários que não participam do colegiado as decisões mais importantes. Além disso, os membros do colegiado devem divulgar verbalmente as decisões e fazer um resumo da Ata para fixar no quadro de aviso, de modo garantir a circulação interna de todas as informações importantes.

O Colegiado Gestor é, portanto, um espaço de discussão e pactuação, composto por um grupo de profissionais que representam todas as categorias/equipes que compõe a Unidade de Saúde, escolhidos por seus pares que, juntamente com o Gerente da unidade, se reúnem com periodicidade pré-determinada, com pauta preparada antecipadamente ou extraordinária quando se fizer necessário, com o objetivo de discutir e deliberar sobre os problemas relativos à unidade, sob sua governabilidade, para exercer o gerenciamento participativo e democrático, a pactuação e responsabilização pelas decisões tomadas.

Apesar da importância da gestão colegiada no gerenciamento local, norteada pelas orientações acima, é preciso ter cuidado para não cair nas "armadilhas", que seriam os usos e funcionamentos inadequados do Colegiado Gestor, levando à sua desvirtuação e não cumprimento do papel proposto:

- Deve-se evitar que o colegiado gestor vire espaço apenas de informes, reivindicações sindicais e queixas das faltas de material. Isto pode gerar uma imobilização da gestão local e o não enfrentamento dos problemas e das discussões necessárias para a organização do processo de trabalho;
- Há o risco de focalizar as discussões em questões que estão fora da governabilidade local, ou condicionar as mudanças necessárias a "ganhos" advindos de reivindicações feitas a outro nível da gestão. Isto gera um desgaste do colegiado, por não alcançar resultados e desmotiva a participação;
- O gerente local continua o responsável pela gestão naquele nível. O mesmo não pode deixar de gerenciar e atribuir todas as decisões ao Colegiado Gestor. Com isso, pode ocorrer do gestor local deixar de assumir a posição de governo, de representante da instituição, deixando de tomar decisões necessárias por ficar "refém" do colegiado;
- Não viabilizar a realização das reuniões do colegiado, justificado principalmente pela demanda da população por atendimento. Isto pode servir para mascarar uma falta de disposição do gerente ou da equipe em dividir, pactuar e se responsabilizar por decisões;
- Não formalizar o colegiado perante o conjunto dos trabalhadores da unidade de saúde, levando a uma idéia de que existe um "grupo de apoio" que estão incluídos trabalhadores selecionados pelo gerente e excluídos outros. A não formalização leva à não garantia da representatividade dos membros, invalidando a proposta inicial de democratização das decisões e publicitação das mesmas.

Concluindo, busca-se com a gestão colegiada a participação dos vários atores da Unidade, possibilitando a divisão de responsabilidades e enriquecendo os processos de identificação de soluções coletivas para os problemas que surgem no seu cotidiano. É importante ressaltar que só existência do colegiado gestor não garante a democratização da gestão. Cabe à gerência e à equipe da Unidade garantir que o colegiado gestor seja de fato, um instrumento de construção coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 - www.race.nuca.ie.ufi.br/br/m1/texto02.html
- 2 - Relatório de avaliação da Influência da Gestão de Colegiada da Secretária Municipal de Betim; Diniz, K.M.R.; Teixeira, P.F.; Oliveira, R.C.; 1999, Mimeo.
- 3 - Recomendações para a orientação da atenção básica na rede municipal, SMSA-BH, Junho-2003, mimeo.

ANEXO 6

3 Componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida.

Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

As práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS compreende os componentes a seguir discriminados.

3.1.1 *Gestão Participativa e o Controle Social no SUS*

As conquistas populares no Brasil têm apresentado trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas conferências e nos conselhos de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tornou-se um marco por ter discutido o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembléia Nacional Constituinte. As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª à 12ª, reafirmam como indispensáveis a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde afirma a necessidade de *“Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos”*.

Nesse processo, algumas propostas emanadas das conferências devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS:

- Garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais – assegurando aos mesmos dotação orçamentária própria.
- Consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos conselhos, com composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros.
- Reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, considerados atores estratégicos para a gestão participativa.