

* Artigo Original

Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado: uma ferramenta do Apoio Institucional/FESF-SUS às Equipes de Gestão da Atenção Básica

João André Santos de Oliveira

Médico, Especialista em Gestão Hospitalar – UFBA, Especialista em Gestão em Saúde – Fiocruz, Mestrando em Saúde Coletiva – UEFS, Professor Auxiliar do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina – UFBA, Médico da Família concursado pela Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS (atuando em Função Estratégica de Gestão). E-mail: j.andre2002@gmail.com.

Grace Fátima Souza Rosa

Psicóloga Sanitarista, Especialista em Saúde Coletiva pela UFS, Mestranda em Saúde Coletiva – UEFS, Compõe a Equipe do Centro de Estudos em Educação e Saúde da Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS.

Francy Webster de Andrade Pereira

Fisioterapeuta, Especialista em Saúde da Família – UVA/Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia -Sobral-CE, Mestre em Educação Popular pela UFPB, Gerente de Apoio à Gestão Municipal da Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS.

DOI: 10.3395/reciis.v6i2.Sup1.601pt

Resumo

O modelo de gestão nas Secretarias Municipais de Saúde – SMS sofre influência da **racionalidade gerencial hegemônica**, o que traz uma fragilidade na gestão da atenção básica, dificultando a transformação do Modelo Tecnoassistencial e distanciando a equipe de gestão do seu objeto de trabalho: a produção do cuidado pelas Equipes de Saúde da Família – EqSF. A Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS, criada em 2009 na Bahia, tem como um de seus objetivos o desenvolvimento da gestão municipal, através da **gestão compartilhada** dos serviços contratualizados. Para isso, tem produzido estratégias, como o Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado – PDGC, construído entre a equipe de apoiadores institucionais e Comissões de Acompanhamento e Avaliação – CAA, referências para o acompanhamento do Contrato de Gestão. A elaboração dos PDGC ocorreu em 22 municípios e preconizou a identificação de necessidades prioritárias entre apoiador institucional e CAA, na perspectiva da gestão compartilhada. Uma importante necessidade identificada por alguns destes foi a reorganização do processo de trabalho na coordenação da atenção básica e a implantação do apoio institucional municipal. O apoio institucional enquanto uma “forma de fazer” a gestão da atenção básica pode produzir transformações no processo de trabalho das equipes, qualificando o cuidado.

Palavras-chave: FESF-SUS; Modelo Tecnoassistencial; Gestão da Atenção Básica; Apoio Institucional; Gestão Compartilhada.

Introdução

Muitas secretarias municipais de saúde – SMS na Bahia são caracterizadas por equipes de gestão¹ extremamente sobrecarregadas com atribuições administrativas – compra de material de consumo, manutenção de equipamentos permanentes, gestão do trabalho, além de serem numericamente insuficientes para a quantidade de atribuições. Percebeu-se, assim, que o processo de trabalho dessas equipes é “capturado” pelas questões administrativas, havendo pouco espaço para refletir e questionar como esse trabalho está acontecendo.

Essas características contribuem com a diminuição da capacidade das SMS organizarem sua rede de atenção básica adequadamente, o que leva a uma fragilidade importante em questões consideradas cruciais para o fortalecimento da atenção básica: organização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família – EqSF de forma integral e em equipe multiprofissional, educação permanente como ferramenta de gestão e, em última instância, apropriação, por parte da equipe de gestão, do complexo cotidiano presente nas Unidades de Saúde da Família – USF.

Entende-se que essa forma de realizar a gestão da atenção básica é influenciada pela racionalidade gerencial hegemônica, a qual, segundo Gastão (2000, p.23).

Produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que dos trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivo, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos) a eles.

Essa racionalidade reforçou substancialmente a forma verticalizada que as políticas públicas brasileiras para a saúde foram constituídas. Na atenção básica, pela maneira como o Programa de Saúde da Família-PSF foi implantado na década de 90, o modelo de gestão foi bastante influenciado pela racionalidade gerencial hegemônica. Chama atenção, nesse processo, a contribuição que o modelo de financiamento, altamente centralizado, teve na produção dessa verticalização. Assim, as formas hegemônicas de organização das práticas de gestão na atenção básica pouco dialogam com as práticas de cuidado e, com frequência, procura desenvolver estratégias de captura destas, o que leva a uma diminuição da influência que o modelo de gestão pode ter na produção do cuidado nas EqSF.

A Fundação Estatal Saúde da Família – FESF-SUS traz a necessidade de superação dessa fragilidade. É uma Fundação pública de direito privado, instituída por 69 municípios Baianos e que tem como objetivo desenvolver de forma articulada e compartilhada a atenção à saúde, em especial a Estratégia da Saúde da Família – ESF, tendo como eixos norteadores de sua atuação o apoio institucional, educação permanente, a gestão por resultados e a carreira intermunicipal de âmbito estadual. É uma instituição integrante do Sistema Único de Saúde – SUS que tem, entre suas diretrizes, a articulação de políticas de saúde entre todos os demais entes do SUS na Bahia, em especial o Ministério da Saúde – MS, a Secretaria Estadual de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde e os Conselhos

Municipais de Saúde, visando à qualificação, fortalecimento e expansão da atenção à saúde no nosso Estado.

A FESF-SUS foi instituída em 2009, após ampla discussão nas instâncias de controle social do SUS, como na Conferência Estadual de Saúde e no Conselho Estadual de Saúde, e após intensa mobilização legislativa, a partir do qual foram aprovadas leis municipais permitindo que os mesmos instituíssem a FESF-SUS, o que foi possível em 69 municípios. Posteriormente, foi desenvolvido o entendimento jurídico e decidido no Conselho Curador da Fundação que, mesmo os municípios que não eram instituidores, poderiam celebrar Contrato de Programa com a FESF-SUS, o que foi feito por 69 municípios, não exatamente os mesmos que fizeram a instituição. Destes 69, 39 municípios iniciaram os serviços previstos no Contrato de Gestão.

Ocorreu o primeiro Concurso da FESF-SUS em março de 2010, em âmbito nacional. Os primeiros profissionais começaram a desenvolver suas atividades nos municípios contratualizados em agosto do mesmo ano.

Atualmente a FESF-SUS desenvolve serviços relacionados à ESF, de forma compartilhada, em 38 municípios baianos, com serviços de desenvolvimento da atenção à saúde, com serviços médicos, de enfermagem, de cirurgião-dentista, de apoio matricial (através de profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF) e de apoio e desenvolvimento da gestão municipal (através de profissionais sanitaristas incorporados à equipe). Esses serviços são transversalizados e articulados aos eixos norteadores da instituição, destacando-se o papel do apoio institucional e da educação permanente em saúde.

Para o acompanhamento, avaliação e monitoramento dos serviços contratualizados através de Contrato de Programa, foi colocado como uma das contrapartidas dos municípios a indicação de uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação – CAA. Esta comissão possui, pelo menos, um coordenador e um ou mais apoiadores, e deve ser composta por pessoas componentes da equipe de gestão de cada SMS, de preferência que lidassem diretamente com a as EqSF. Assim, as CAA, de maneira geral, foram compostas por componentes das coordenações de atenção básica, com frequência confundindo-se com as mesmas.

O cuidado como objeto do trabalho da gestão

É importante refletir que a produção do cuidado em saúde ocorre das formas mais diversas possíveis, as quais estão em constante disputa, sendo, portanto uma construção social e subjetiva, sofrendo metamorfoses a depender do contexto social, político, econômico e cultural de cada período. As práticas de saúde, por sua vez, são fruto da forma como o trabalho em saúde é organizado para produzir o cuidado.

Merhy (2002) também traz que o produto do trabalho em saúde, assim como acontece na educação, é consumido no mesmo momento em que é produzido, no encontro entre profissional de saúde e usuário, constituindo-se enquanto trabalho vivo em ato.

O Modelo Tecno-assistencial² vigente, denominado por Silva Júnior (1996), como modelo médico hegemônico – MMH, é fruto dessas transformações da forma de organização do trabalho em saúde e das práticas daí resultantes que, em última instância, é determinado pela forma como cada profissional de saúde opta em realizar seu trabalho, utilizando-se do enorme grau de liberdade que possui.

No entanto, o trabalho em saúde, como é vivo e se dá em ato, depende dos atores que estão em relação na hora do seu exercício. Dessa forma, não é um à priori, não está dado, sofrendo tensões a depender dos interesses que cada um desses atores traz nessa relação. Apesar da relação de poder desigual que opera nesse encontro, não é possível saber ao certo que tipo de cuidado será produzido, pois o mesmo está em constante disputa.

Esse entendimento da produção subjetiva do cuidado (MERHY *et al.*, 2012), relaciona-se com o considerável grau de liberdade que goza o profissional de saúde na realização de seu trabalho e nos leva a pensar que o mundo do trabalho em saúde é muito pouco susceptível a controle e normatizações, segundo Franco *et al.* (2012, p.1):

(...) as normas da ESF que têm como atributo padronizar as condutas dos trabalhadores, de acordo as regras ditadas para o funcionamento do Programa, influenciam a atividade dos trabalhadores, dentro de limites muito restritos, pois quando estes se encontram em situação de trabalho, na relação com o usuário, ele próprio em ato, no seu processo de trabalho, é quem define como este cuidado se realiza. Assim, a capacidade dos níveis gestores em influenciar a ação cotidiana de cada trabalhador é reduzida, e muito diferenciada.

No entanto, nos leva a pensar, também, que esses territórios podem ser habitados de diversas maneiras, são mutáveis, sofrem metamorfoses constantes, sendo, portanto, passíveis de serem transformados a partir da produção de outros sentidos para a realização do cuidado e dos encontros que acontecem no cotidiano de um serviço de saúde, como em uma USF, por exemplo; ou mesmo, entre os profissionais que atuam na coordenação de atenção básica de uma SMS e os que atuam no cuidado em uma EqSF, "*no microcosmo em que cada um está inserido, e onde opera Micropoliticamente*" (MERHY *et al.*, 2012, p.1).

Tomando o exemplo da EqSF, qualquer estratégia que se proponha a dialogar com o seu processo de trabalho com o objetivo de transformá-lo e, conseqüentemente, transformar a produção do cuidado, tem que levar em consideração a subjetividade que está operando nesse processo.

Transformar o MMH, como se espera da ESF, passa por criar possibilidades de colocar em análise e contribuir com a transformação das formas como o cuidado é produzido, a partir da organização do processo de trabalho em equipe.

Merhy *et al.* (2003) fazem uma análise crítica da proposta da ESF e da aposta na mesma em transformar o Modelo Tecnoassistencial. Esses autores e colocam que:

A formação da equipe, o deslocamento do trabalho para o território e o incentivo ao trabalho de vigilância à saúde, dão uma idéia de que há mudança do modo de produzir saúde, no entanto, a micropolítica de organização do trabalho revela, especialmente na atividade clínica, um núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde (MERHY *et al.*, 2003, p. 320).

Certamente, tendo claro da profunda complexidade que envolve processos como este e dos limites que a mudança do modelo de gestão tem nessa transformação, sabe-se que uma equipe de gestão frágil e que não possui tecnologias para lidar com o processo de trabalho das EqSF, pouco ou nada contribui com a transformação do MMH, se não, ao contrário, ajuda a fortalece-lo.

De acordo com Merhy (2007, p.26):

Não se pode descartar a zona de autonomização relativa dos diferentes gestores que o sistema de saúde desenha. Há níveis de gestão do sistema, inclusive junto a cada estabelecimento de saúde, nos quais o grau de liberdade permite haver negociações singulares, nos seus espaços públicos institucionais, sobre a cara do modelo de atenção a ser perseguido no dia a dia do fabricar as intervenções em saúde. Contar com isso é uma arma muito positiva para quem aposta em mudanças dos sentidos dos modelos.

Dessa forma, entende-se que a equipe de gestão da atenção básica de um município deveria ser capaz de entender essa dinâmica complexa de organização do processo de trabalho de uma EqSF, para poder interrogá-la e, em última instância, contribuir com sua constante transformação; enfim, a organização do processo de trabalho de uma EqSF deveria ser o principal objeto de trabalho dessas equipes de gestão. Isso implica em preencher sua "caixa de ferramentas" com tecnologias capazes de lidar com essa complexidade do mundo do cuidado e, particularmente, na atenção básica.

No entanto, tem sido muito comum encontrarmos relações entre a CAA e EqSF baseadas em cobranças de metas, queixas relacionadas a problemas de infra estrutura por parte dos trabalhadores, distanciamento, esvaziamento e estranhamento entre esses dois atores. Por outro lado, o processo de trabalho das coordenações de atenção básica, por exemplo, costuma ser centrado em resolução de problemas imediatos relacionados à gestão de trabalho (demissão, admissão, escala de férias, entre outros), a infraestrutura (manutenção e conserto de equipamentos, abastecimento de materiais e insumos das USF, escala de veículos para garantia das visitas domiciliares, entre outros). É muito frequente, também, uma baixa capacidade auto-analítica destas equipes de gestão em relação à organização do seu trabalho, caracterizada pela escassez de espaços de encontros como reuniões, colegiados, oficinas de planejamento; ou mesmo quando estes espaços existem, há uma fragilidade importante dos mesmos, caracterizados por serem predominantemente operacionais.

É entendimento da FESF-SUS que atuar na qualificação e fortalecimento da atenção básica na Bahia envolve desenvolver estratégias, dispositivos e tecnologias capazes de contribuir com o fortalecimento das equipes de gestão atuando nas SMS nos municípios contratualizados. Para isso, lança mão, principalmente, do Apoio Institucional Regionalizado, da Gestão Compartilhada dos serviços contratualizados e na Educação Permanente transversalizando todas as ações realizadas.

O apoio institucional, como um dos serviços oferecidos pela FESF-SUS aos municípios contratualizados com a mesma através do contrato de gestão, visa ao desenvolvimento da gestão municipal para a qualificação da atenção básica. Entende-se o apoio institucional como um conjunto de atividades direcionadas a Instituições, organizações ou grupos de sujeitos, realizadas por um ou mais agentes externos, denominados Apoiadores Institucionais, na perspectiva do Método da Roda ou Paidéia. (CAMPOS, 2000). O Método da Roda:

É um método de apoio à co-gestão de processos complexos de produção. Foi elaborado com base na leitura crítica de experiências e textos tradicionais dos campos da Política, do Planejamento, da Análise Institucional e da Educação Continuada. (CAMPOS, 2000, p. 185)

E ainda, o Método da Roda "objetiva apoiar a produção de valores de uso e de coletivos organizados. (...) Neste sentido, é um método de gestão. (...) apoia, de modo simultâneo, a

elaboração e implementação de projetos e a construção de coletivos organizados”. (CAMPOS, 2000, p.185)

O apoio institucional possui certo “modo de fazer” articulada com a implantação de um determinado projeto político, no caso da saúde, um determinado modelo técnico-assistencial, atuando com vistas a atingir certos resultados. Preconiza o encontro entre dois ou mais atores, o estabelecimento de diálogo, mediação de conflitos e negociação de prioridades, além das ofertas e construções de saberes e tecnologias, com o intuito de ampliar a capacidade de análise da realidade e melhorar o enfrentamento dos problemas identificados.

No contexto da relação entre a FESF- SUS e os municípios contratualizados, os atores que participam desse encontro no exercício do apoio institucional são, prioritariamente, o apoiador institucional, da Coordenação de Contratualização e Apoio Institucional – COCAI da FESF-SUS, e os componentes das Comissões de Acompanhamento e Avaliação – CAA dos municípios.

Organização e caracterização do apoio institucional da FESF-SUS

A Bahia é dividida em nove Macrorregiões de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR (BAHIA, 2012). A FESF-SUS tem, como um dos serviços que ofertas aos municípios contratualizados, o Apoio Institucional realizado através de equipe de apoiadores institucionais de referência para um conjunto de municípios, distribuídos regionalmente e de acordo com o PDR.

A equipe de apoiadores é composta por nove profissionais concursados que estão na carreira da FESF-SUS, entre enfermeiro, cirurgiões-dentistas e psicólogos (podendo ter outras categorias) e que foram convidados a exercerem a função de Apoiador Institucional pelo perfil e formação que possuem. O processo de trabalho dos apoiadores consiste em construir uma relação de apoio às SMS dos municípios, relacionando-se, principalmente, com as coordenações de atenção básica e com EqSF com trabalhadores FESF-SUS atuando.

É papel do apoiador institucional contribuir com a articulação, no território em que atua, das ofertas e ações da FESF-SUS com as políticas de saúde municipal, estadual e federal. Dessa forma, ficam como referências para esses municípios, desenvolvendo uma relação bem próxima dos mesmos e sendo um dos principais elos com a FESF-SUS. Estão em constante contato com a SMS e com as EqSF, seja através de visitas aos municípios, seja por telefone ou e-mail. O apoiador FESF-SUS também articula seu trabalho no território com o trabalho do apoiador institucional da Diretoria de Atenção Básica – DAB, da Secretaria Estadual de Saúde – SESAB e com as equipes das Diretorias Regionais de Saúde – DARES, ligadas à SESAB.

O fazer do apoiador está pautado na construção solidária, dialógica e pedagógica com os atores atuando no município, com vistas a produzir um ambiente de troca e crescimento conjunto, tendo a gestão compartilhada dos serviços como um objetivo e um exercício de construção constante, a educação permanente como uma diretriz estruturante e a qualificação e fortalecimento da atenção básica como objetivos finais.

O plano de desenvolvimento da gestão e do cuidado – PDGC como ferramenta do apoio institucional FESF-SUS

Para dar suporte a esse processo de apoio, a FESF-SUS desenvolveu algumas ferramentas de trabalho para o Apoiador, que pretende ser, ao mesmo tempo, um dispositivo capaz de produzir alguns movimentos. Uma dessas ferramentas é o Plano de Desenvolvimento da Gestão e do Cuidado-PDGC, que consiste em um plano de ação elaborado entre apoio institucional FESF-SUS e a CAA, a partir da análise do cenário da Atenção Básica em cada município, da identificação de problemas prioritários que necessitam ser trabalhados para avançar na construção de uma agenda entre o apoio institucional e a CAA. Essa agenda é construída levando em consideração as possibilidades concretas de atuação do Apoio Institucional e com vistas a fortalecer a gestão compartilhada dos serviços.

A elaboração do PDGC é uma das metas do contrato de gestão e deve ser realizada uma vez por ano em cada município contratualizado, devendo ser analisado e reorientado mediante um processo de negociação e pactuação de novo Plano com a CAA.

O processo de diálogo, análise da realidade e construção de um plano conjuntamente com a CAA é, inicialmente, disparado pelo apoiador institucional de referência para o município no final do período de 6 (seis) meses com serviços FESF-SUS em desenvolvimento no município. Para a construção deste plano realizou-se encontros entre as CAA e apoio institucional da FESF-SUS, que se pretenderam espaços de planejamento: levantamento de demandas prioritárias para o município, negociação sobre quais destas demandas são passíveis de serem desenvolvidas de forma compartilhada entre o município e a FESF-SUS e, finalmente, a montagem de um plano de ação.

Assim, o PDGC constitui-se enquanto uma “carta náutica” que guiará o trabalho do apoio institucional no município, servindo de base para a montagem do cronograma de visita a cada município e quais serão os objetos do trabalho do apoiador. Por outro lado, constitui-se, também, como uma forma do município acompanhar, monitorar e avaliar o trabalho do apoio institucional, trazendo transparência para esse processo.

Algumas reflexões sobre os desdobramentos da elaboração dos PDGC

Apesar de ter sido elaborado um instrumento modelo no qual o PDGC deveria ser registrado, na forma de um plano de ação, o processo foi singular em cada município, a depender do Apoiador, da relação construída entre este e cada equipe de gestão e do contexto local. Assim, não foi produzido um plano formal em algumas situações, mas, sim, diretrizes norteadoras da relação que estava sendo construída entre esses atores.

Foram realizadas oficinas de construção do PDGC em 22 municípios, variando desde realidades nas quais esse processo foi uma oferta trazida exclusivamente pela FESF-SUS, sendo mais difícil de a gestão municipal tomar como um dispositivo para reorganizar seu trabalho, até realidades nas quais a construção do PDGC deu-se de forma quase natural, como um desdobramento da relação construída entre o apoio institucional e CAA.

A elaboração do PDGC nos municípios possibilitou um amadurecimento da Equipe de Apoiadores Institucionais, levou a identificação das suas fragilidades e potenciais. Isso impactou diretamente na agenda interna dessa equipe, com o aproveitamento dos espaços

coletivos semanais da COCAI para realização de troca de experiências, aprofundamentos teóricos sobre algum tema específico e correção de trajetórias na organização de seu trabalho.

Considerando-se que também há uma forte produção subjetiva do trabalho na gestão da atenção básica, pois, assim como a produção do cuidado em saúde, aquele se dá (ou deveria se dá) através de encontros entre a equipe de gestão da atenção básica e as EqSF. Dessa forma, foi possível perceber que os componentes das CAA envolvidas passaram por processos diferenciados de resistência à mudança; de adesão à proposta, entendendo como uma oportunidade de produzir mudanças que julgam necessárias, mas que não conseguiam colocar em prática; de desacomodação de suas zonas de conforto, entre outros. É claro que esses processos acontecem, em maior ou menor grau, em todos os encontros entre apoio institucional FESF-SUS e CAA; no entanto, a perspectiva de instituição de uma relação "externa" com a FESF-SUS, baseado em pactos e em uma relação longitudinal em torno da gestão compartilhada, trouxe características ímpares.

Destacaram-se seguintes demandas surgias nos PDGC elaborados: implantação do apoio institucional municipal, desenvolvimento de ferramentas de planejamento, programação e monitoramento, elaboração de ações de educação permanente e implantação de espaços de co-gestão nas SMS (colegiados de atenção básica, por exemplo).

Apoio institucional municipal: outra forma de organizar a gestão

Uma característica importante percebida no processo de trabalho das equipes de gestão da atenção básica é que pouco exercem a função de "apoio" às EqSF, preponderando, nessa relação, a lógica gerencial tradicional, a qual não oferece espaços de reflexão, construção coletiva e de expressão da subjetividade, instituindo uma hierarquia de poder verticalizada, com uma distância entre os envolvidos. (CAMPOS, 2000).

Esta lógica caracteriza-se por uma prática de gestão distante do desenvolvimento do cuidado em saúde realizado pelos trabalhadores de saúde. Outra característica é a não valorização de espaços de encontro e diálogo e construção de contratos entre a gestão da SMS e os trabalhadores da atenção básica.

Assim, foi muito interessante perceber que a implantação do apoio institucional municipal constituiu-se enquanto uma importante demanda que surgiu em vários municípios. Esse fato chamou muito a atenção da Equipe de Apoiadores, pois foi entendido como um desejo de transformação das práticas de gestão, levando a mesma a elaborar um projeto de implantação do apoio institucional municipal (que seria apresentado, discutido e implantado ou não, em cada município), enquanto uma oferta mais estruturada para ser feita aos municípios.

Partiu-se do pressuposto de que implantar o apoio institucional na atenção básica de um município poderia levar a, pelo menos, cinco produtos:

- Constituição de uma equipe de referência para as EqSF;
- Reorganização do processo de trabalho da equipe de gestão da atenção básica, com repercussões em toda a SMS;
- Estabelecimento de uma relação mais próxima, solidária e horizontal com as EqSF;

- Reconstrução do objeto de trabalho da equipe de gestão da atenção básica, trazendo para seu foco o processo de trabalho das EqSF;
- Desenvolvimento de ofertas da equipe de referência às EqSF que contribuíssem com a organização de seu processo de trabalho adequado ao Modelo Tecnoassistencial preconizado pela ESF.

Nos municípios onde a implantação do apoio institucional municipal surgiu como uma demanda a ser tratada no PDGC, realizou-se uma cartografia do processo de trabalho desta, o que possibilitou, a todos envolvidos, identificar aspectos que antes passavam despercebidos e construir uma imagem-objetivo a ser alcançada. Interessante notar que os resultados das cartografias realizadas em, pelo menos, cinco municípios foram muito semelhantes, constatando-se uma forma de organização que se reproduzia em diferentes realidades.

Obstáculos e potências na gestão compartilhada

É importante refletir que a construção do PDGC é uma das formas de concretização de um dos pilares da FESF-SUS: a gestão compartilhada. Esta forma de realização da gestão associada de serviços de saúde proposta com a instituição da FESF-SUS em 2009 na Bahia, no âmbito dos novos modelos de gestão para o SUS, é extremamente nova e desafiadora, o que exige um esforço muito grande dos atores envolvidos para que consigam construir, de fato, inovações e não repetições do velho.

Para avançar nesta perspectiva, é necessária a criação de lógicas de negociação e pactuação, ainda muito incipientes na atenção básica, que envolvem a dinâmica micropolítica das práticas de gestão e que considerem as subjetividades das pessoas que exercem essas práticas em realidades complexas, atravessadas por diversos tipos de interesses e disputas, na arena social que é o campo da saúde. Apesar de não haver propostas que consigam abarcar esses aspectos isoladamente, é possível e necessário o desenvolvimento de tecnologias de gestão que estimulem e valorizem processos que permitam a participação dos atores de forma que os mesmos possam trazer seus projetos, suas verdades, os significados que construíram sobre seu trabalho e as formas de organização para executar o mesmo.

Com o objetivo de produzir transformações nas formas de planejar e fazer gestão no SUS, autores como Merhy *et al.* (2007), Cecílio (2007), Campos (2000), Onocko Campos (2003) e Franco *et al.* (2007) têm produzido um debate crítico no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, no qual questionam a racionalidade gerencial hegemônica e as formas de fazer planejamento em saúde. Nesse sentido, propostas como adaptações do Planejamento Estratégico Situacional, Fluxograma Descritivo, Mapas Analíticos, entre outros, que podem funcionar como dispositivos para a produção de percepções a respeito da micropolítica do processo de trabalho e do cuidado que costumam não ser consideradas no cotidiano de um serviço de saúde, além de proporcionar encontros mais solidários entre os atores envolvidos no cuidado e na gestão.

No entanto, essas propostas não surgiram com ferramentas e dispositivos isolados; ao contrário, foram criados em um contexto mais amplo, como um esforço teórico, técnico e político de transformações de serviços de saúde no âmbito de implantação de determinado Modelo Tecnoassistencial.

Dessa forma, é importante que processos de fortalecimento e desenvolvimento da gestão, com foco na atenção básica, sejam acompanhados de estratégias que abarquem outras faces do mesmo problema, como: desprecarização dos vínculos dos profissionais nas EqSF, diminuição da rotatividade destes profissionais, educação permanente, e desenvolvimento de uma carreira na ESF. A FESF-SUS surge com a proposta de atuar em todas essas faces, já tendo avançado em algumas delas, como a desprecarização dos vínculos, o desenvolvimento de uma carreira e a estruturação de estratégias de educação permanente.

O PDGC foi proposto aos municípios contratualizados com a FESF-SUS, portanto, de forma integrada com outras ações e ofertas, dentro de um esforço articulado de criação de tecnologias de gestão e de cuidado comprometidas com o fortalecimento e desenvolvimento da Atenção Básica na Bahia, de forma compartilhada. No entanto, é preciso que a CAA possua algum grau de governabilidade, ou mesmo que o secretário (a) de saúde participe ativamente e dê suporte à mesma, tendo em vista que é um processo que envolve negociação, eleição de prioridades e pactuações que podem produzir importantes repercussões na organização do processo de trabalho.

Foi comum observar algum grau de ansiedade nas CAA que participaram da elaboração dos PDGC, pois as mesmas não possuíam o total respaldo dos secretários de saúde para produzir mudanças mais substanciais na gestão da atenção básica; ou, mesmo quando o secretário participou ativamente ou apoiou, quando não havia um diálogo mais estreito entre SMS e outras secretarias da prefeitura, havia certa dificuldade, pois a implantação do apoio institucional municipal, por exemplo, implicaria o redirecionamento de atribuições antes assumidas exclusivamente pela coordenação da atenção básica para outros setores, o que ficou explicitado quando da realização da cartografia do processo de trabalho da referida equipe de gestão.

Conclusões

Nestes encontros, o mais importante foi o processo e não o instrumento. Desta forma, a valorização das subjetividades que operam no cotidiano da gestão e a produção do sentido de mudanças nas práticas de gestão são centrais nesta relação de gestão compartilhada. Isso é o que fará diferença no processo de pactuação e desenvolvimento dos atores envolvidos.

As ferramentas de qualificação da gestão utilizadas pelo apoio institucional da FESF-SUS, como o PDGC, devem funcionar enquanto dispositivos que dialogam com a realidade local e têm valor de uso para as equipes de gestão municipais, sob o risco de transformar-se em mais um plano que é construído e deixado de lado pelos próprios atores que o construíram. O envolvimento dos atores é o que garante o êxito do PDGC e dá sustentação às pactuações realizadas.

Ao contrário das estratégias normatizadoras, as estratégias que atuem como agenciadores de novos territórios existenciais no mundo do trabalho em saúde, que funcionem como dispositivos na produção de um cuidado baseado no vínculo, acolhimento, responsabilização e resolutividade, e que valorize o potencial criativo e inovador inscrito no trabalho vivo em ato de cada trabalhador de saúde, no momento em que estes se encontram com os usuários, têm uma grande potência em influenciar a forma como o cuidado é produzido neste encontro.

Essas estratégias podem e devem ser oferecidas às EqSF pela equipe de gestão municipais; além disso, deve apoiar e estimular iniciativas que estejam nesse caminho.

Existir uma estratégia que tenha o Apoio enquanto uma “forma de fazer” a gestão da atenção básica e enquanto o pilar desta estratégia, pode ser uma ótima opção para desenvolver transformações no processo de trabalho das equipes, para a produção e apoio de espaços de co-gestão nas unidades e para qualificação do cuidado.

Da mesma forma, a implicação com esse processo pode dar suporte à organização das demandas estruturadas para a qualificação da gestão municipal, à análise permanente do trabalho do apoio institucional FESF-SUS e da equipe de gestão municipal (em especial o da atenção básica) e possibilita uma transformação no objeto de trabalho destas equipes, aproximando-o do processo de trabalho das EqSF.

Referências bibliográficas

BAHIA. Plano Diretor de Regionalização. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/PDR_POP2009_atualizado18-06-2012.pdf>.

Acesso em 15 jun. 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOCKO CAMPOS. v.1, p.151-167.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas Analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf>. Acesso em 15 jun. 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O Reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. v. 1, p. 55-124.

FRANCO, T. B.; SILVA BUENO, W., MERHY, E. E. O Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz-MG. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. v. 1, p.37-54.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**. Comunicação, Saúde e Educação, v. 14, p. 243-255, 2010.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. v. 1, p. 15-35.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO CAMPOS, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. v.1, p.113-150.

ONOCKO CAMPOS, R. **O Planejamento no Labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec, 2003.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

Notas

1. Aqui, apesar do entendimento de que todos os atores envolvidos na conformação do sistema de saúde fazem gestão nos seus espaços de atuação (trabalhadores, gestores e usuários), consideram-se como gestores/equipe de gestão os atores que exercem a função formal de gestão da saúde no município, tendo como enfoque a Atenção Básica.

2. Utiliza-se, aqui, o conceito de Emerson Merhy (2002, p.22) segundo o qual o Modelo Técnicoassistencial "constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social".

3. A Gestão Compartilhada dos serviços contratualizados entre município e FESF-SUS remete à ideia de que estes dois entes possuem responsabilidades na gestão e execução dos serviços, definidas no Contrato de Gestão.