



Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisa Ageu Magalhães  
Departamento de Saúde Coletiva  
Especialização em Gestão de Sistemas  
e Serviços de Saúde



**Alexandra Miranda de Farias**  
**Ana Alice de Almeida Santos Rocha**  
**Nadiane Arcanio Neves**

---

**RODA DE CONVERSA: CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO  
POPULAR EM SAÚDE A GESTÃO PARTICIPATIVA DO SUS  
NO MUNICÍPIO DE PAUDALHO**

---

**RECIFE**  
**2008**

**ALEXANDRA MIRANDA DE FARIAS  
ANA ALICE DE ALMEIDA SANTOS ROCHA  
NADJANE ARCANJO NEVES**

**RODA DE CONVERSA: CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE  
À GESTÃO PARTICIPATIVA DO SUS NO MUNICÍPIO DE PAUDALHO**

Monografia apresentada ao curso Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial à obtenção do grau de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

**Orientador:**

José Carlos da Silva

RECIFE

2008

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

F224r Farias, Alexandra Miranda de.  
Roda de conversa: contribuição da educação popular em saúde à gestão participativa do SUS no município de Paudalho/ Alexandra Miranda de Farias, Ana Alice de Almeida Santos Rocha, Nadjane Arcanjo Neves. — Recife: A. M. de Farias, 2008.  
73 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: José Carlos da Silva.

1. Gestão em Saúde. 2. Participação nas Decisões. 3. Educação da População. I. Silva, José Carlos da. II. Título.

---

CDU 37:61

**ALEXANDRA MIRANDA DE FARIAS  
ANA ALICE DE ALMEIDA SANTOS ROCHA  
NADJANE ARCANJO NEVES**

**RODA DE CONVERSA: CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE  
À GESTÃO PARTICIPATIVA DO SUS NO MUNICÍPIO DE PAUDALHO**

Monografia apresentada ao curso Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial à obtenção do grau de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

José Carlos da Silva

Grupo de Educação Popular em Saúde/ABRASCO

---

Itamar Lages

Universidade de Pernambuco

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS e nossos familiares, pelo apoio e oportunidade de ter nos ensinado a sermos justos e solidários.

Ao nosso orientador José Carlos Silva, pelo estímulo, paciência, compreensão e confiança.

Ao grupo de gestores, conselho municipal de saúde, profissionais, Agentes Comunitários de saúde e jovens do SPE da Secretaria Municipal de Saúde Paudalho pelo apoio, compreensão, incentivo e colaboração com essa iniciativa.

Aos militantes da ANEPS em PE, pelo apoio e contribuição.

A todos que acreditam e lutam pelo SUS, pela democracia e Educação popular em Saúde.

## RESUMO

O presente estudo pretende elencar considerações a respeito da gestão democrática do SUS no município de Paudalho, a partir da implantação da roda de conversa aplicada na gestão, tendo a Educação Popular em Saúde (EPS) como eixo norteador, que nos permitiu resgatar a importância do conhecimento significativo, de construir o conhecimento e os processos de ensino e aprendizagem, tendo como motivações fundamentais, as experiências dos trabalhadores e o contexto em que ocorreu o estudo. Damos ainda, uma visão sobre e a roda de conversa como uma prática em que todos se vêem e são vistos por todos os participantes, o que possibilita a integração dos diferentes indivíduos, e diferentes opiniões em torno de uma situação coletiva, onde neste espaço é garantido o direito de expressão de todos. Contribuindo para a descentralização do poder sem perder o norte dos objetivos, através do envolvimento de todos na construção de uma identidade com a instituição. Destarte procura listar idéias e práticas essenciais, trazendo indagações que promovam o diálogo, para a efetivação da gestão democrática e participativa do SUS.

**Palavras-chave:** Gestão Participativa; Roda de Conversa; Educação popular.

## ABSTRACT

The present study it intends to elencar consideration regarding the democratic management of the SUS in the city of Paudalho, from the implantation of the wheel of colloquy applied in the management, having the Popular Education in Saud (EPS) as norteador axle, that in allowed them to rescue the importance of the significant knowledge, to construct to the knowledge and the processes of education and learning, having as basic motivations, the experiences of the workers and the context where the study occurred. We still give, a vision on and the wheel of colloquy as one practical one where all come close and are seen by all the participants, what it makes possible the integration of the different individuals, and different opinions around a collective situation, where in this space the right of expression of all is guaranteed. Contributing for the decentralization of the power without losing the north of the objectives, through the involvements of all in the construction of an identity with the institution. Destarte looks for to list ideas and practical essentials, bringing investigations that promote the dialogue, for the effective of the democratic and participative management of the SUS.

**Key words:** Participative management; Wheel of Colloquy; Popular education.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
ANEPS – Associação Nacional de Educação Popular em Saúde  
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisas  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CPqAM – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães  
EPS – Educação Popular em Saúde  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social  
NOB – Norma Operacional Básica  
NUMES – Núcleo Municipal de Educação em Saúde  
PSF – Programa Saúde da Família  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SMSP - Secretaria Municipal de Saúde de Paudalho  
SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas  
SUDES – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UMLBM – Unidade Mista Laura Bandeira de Melo  
USF – Unidade de saúde da Família



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1 – Distribuição dos participantes quanto ao gênero.....                | 41 |
| Gráfico 2 – Distribuição dos participantes por nível de escolaridade .....      | 42 |
| Gráfico 3 – Distribuição dos participantes quanto ao vínculo empregatício ..... | 42 |
| Gráfico 4 – Distribuição dos participantes por faixa etária .....               | 43 |
| Quadro 1 – Percepção dos entrevistados sobre o SUS.....                         | 45 |
| Quadro 2 – Limites e possibilidades da roda de conversa na gestão.....          | 51 |
| Quadro 3 – Lições aprendidas .....  | 53 |
| Quadro 4 – Iniciativas relevantes .....   | 54 |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 10 |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....  | 15 |
| <b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | 17 |
| <b>3.1 SUS: breve histórico de sua construção social</b> .....  | 17 |
| <b>3.2 Reforma sanitária no Brasil</b> .....  | 20 |
| <b>3.3 A formação dos Agentes Comunitários de Saúde</b> .....   | 23 |
| <b>3.4 Gestão democrática</b> .....   | 24 |
| <b>3.5 Gestão participativa: um caminho a seguir</b> .....  | 26 |
| <b>3.6 Protagonismo do gestor</b> .....   | 28 |
| <b>3.7 Educação popular em saúde: limites e possibilidades na construção do modelo de gestão participativa do modelo do SUS</b> .....     | 30 |
| <b>3.8 Roda de conversa e sua contribuição à gestão do SUS</b> .....  | 33 |
| <b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....  | 37 |
| <b>4.1 Desenho do estudo</b> .....  | 37 |
| <b>4.2 Universo e amostra do estudo</b> .....   | 37 |
| <b>4.3 Coleta de dados</b> .....  | 38 |
| <b>4.4 Análise dos dados</b> .....  | 38 |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....   | 41 |
| <b>5.1 Apresentação dos dados: perfil dos profissionais entrevistados</b> .....   | 41 |
| <b>5.2 Avaliação dos eixos conformadores: análise da “fala”</b> .....   | 43 |
| 5.2.1 Compreensão dos entrevistados sobre o SUS .....   | 44 |
| 5.2.2 Entendimento de gestão participativa do SUS .....   | 46 |
| 5.2.3 Identificação de mudanças após introdução do método da “roda de conversas” para a gestão participativa .....                        | 49 |
| 5.2.4 Descrição dos limites e possibilidades encontrados na aplicação do método da roda de conversas na gestão participativa do SUS ..... | 51 |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 55 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 59 |
| <b>ANEXOS</b> .....   | 64 |

## 1 INTRODUÇÃO

O nome da cidade de Paudalho surge da derivação de uma grande árvore secular que exalava cheiro completamente semelhante ao do alho que existia na margem direita do Rio Capibaribe, extremo oeste da Cidade, num lugar antes chamado de Itaíba, atualmente onde fica localizada a Ponte de Itaíba, centro da cidade. A cidade de Paudalho é bem marcada pela história, e suas terras começaram a ser exploradas em fins do século XVI, com o corte do pau-brasil em suas florestas (FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL DO INTERIOR DE PERNAMBUCO, 1994).

A ocupação organizada das terras iniciou com um aldeamento indígena promovido pelos padres franciscano: aldeia de Miritiba (corruptela do tupi mbiri-tyba, que, no dizer de Teodoro Sampaio, significa juncal). Esta aldeia localizava-se nos extremos de Goiana, Igarassu e Tracumhaém, do lado esquerdo do Rio Capibaribe. Nesta aldeia nasceu o índio Poti, batizado Felipe Camarão, herói da luta contra a ocupação holandesa. Posteriormente a região cresceu sob o impulso do cultivo da cana-de-açúcar e diversos engenhos, estabeleceram-se na região. O primeiro registro é do Engenho Mussurepe, instalado por volta de 1630. Na primitiva aldeia indígena estabeleceu-se o Engenho Aldeia, de propriedade de Bartolomeu de Holanda Cavalcânti em 1660. O povoado de Paudalho surgiu no entorno do engenho Paudalho, de propriedade do português Joaquim Domingos Teles (FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL DO INTERIOR DE PERNAMBUCO, 1994).

O município está localizado na Zona da Mata Norte, mais precisamente na micro região mata seca, distante 44km da Capital Pernambucana, com acesso pela BR-408, possui uma área de 278 km<sup>2</sup> e tem uma população de 49.900 pessoas (IBGE, 2007), que convivem com indicadores de pobreza gerando grandes desigualdades sociais. Está habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica. A Assistência à Saúde no município é exercida por 17 Equipes de Saúde da Família (ESF), perfazendo 100% de cobertura da população, 116 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 12 equipes de Saúde Bucal, 15 salas de vacinas, 40

Agentes de Endemias, a Unidade Mista Laura Bandeira de Melo (UMLBM), 01 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e 01 Centro Municipal de Diagnóstico (PAUDALHO, 2006).

A política oligárquica local nos últimos anos inviabilizou uma melhor distribuição das riquezas e do acesso aos serviços públicos. Este cenário tem sofrido alterações devido à emergência política de algumas pessoas comprometidas com a gestão democrática, que buscam re-significar a participação democrática dos trabalhadores e usuários como forma de melhoria da qualidade de vida. Mesmo assim, o município continua apresentando deficiências para controle de agravos e doenças.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) classifica em seu Plano Municipal de Saúde (2006-2009), por considerar importantes os seguintes agravos epidemiológicos: enfermidades relacionadas à pobreza, como tuberculose, hanseníase, diarreias, hepatite. Outros ligados à saúde da mulher e da criança; mortalidade infantil, CA de mama e de útero. Apresenta importantes índices de diabetes, hipertensão, transtornos mentais e alcoolismo. E as doenças identificadas como da “modernidade”, a exemplo das doenças crônico-degenerativas, neoplasias (PAUDALHO, 2006).

Em 2004, inicia-se a trajetória da pesquisadora Nadjane Arcanjo Neves como Coordenadora de Atenção Básica onde conhece a pesquisadora Alexandra Miranda de Farias que já estava na gestão desde 2001, trabalhamos na coordenação da Atenção básica, realizamos algumas experiências no campo da atenção à saúde e gestão vivendo intensamente e ativamente os problemas da gestão como: fragilidades nos vínculos intersetoriais entre trabalhadores, usuários e a gestão, tarefas eram executadas de maneira individualizada, com cada setor desempenhando as suas obrigações, o seu papel, a parte que lhe cabiam, descontinuidade das atividades propostas (iniciava-se um projeto ou ação, no próximo momento já não ocorria mais), as reuniões aconteciam de forma pontual com caráter apenas de gerar demandas para cumprimento de agendas, ausência de capacitação para os profissionais, ausência de planejamento, a gestão era

executada através de ações improvisadas, pontuais, sem avaliação dentro de uma estrutura inadequada e com escassez de material.

No final de 2006, um convite para assumir o comando da Secretaria Municipal de Saúde a pesquisadora Nadjane Arcanjo é vislumbrado a possibilidade de poder junto a sua equipe implantar novas mudanças e desconstruir o modelo de gestão autoritário, excludente e individual posto naquele momento trazendo consigo o desafio de implantar uma nova forma de gerir, que permitisse a inclusão de todos (gerentes, coordenadores, trabalhadores e usuários) na formulação e tomada de decisão, executando a gestão de forma transparente e participativa, contribuindo ainda para a construção de uma consciência coletiva e democrática. Sabíamos que esse caminho não seria fácil por estar em alguns momentos indo na contramão do modelo hegemônico autoritário, excludente que se fazia presente na gestão municipal.

Para contribuir na reorganização e implantação da gestão participativa foi convidado para colaborar ativamente na nova proposta o representante da Associação Nacional de Educação Popular em Saúde em Pernambuco (ANEPS – PE), consultor e educador com vasta experiência educação popular em saúde, planejamento e avaliação de saúde pública, Jose Carlos da Silva, tendo papel fundamental como facilitador do processo. Na caminhada, conhecemos pesquisadora Ana Alice no curso de Gestão de Serviços de Saúde realizado no NESCE, que foi convidada para fazer parte da equipe gestora da SMS na organização e implantação do setor de controle e avaliação, contribuindo adicionalmente nas equipes de apoio institucional as Unidades de Saúde da Família.

Inicialmente foi realizada uma oficina de planejamento participativo com gerentes e coordenadores, que originou uma proposta de trabalho com quatro desafios: reorganizar os processos de gestão, desenvolver novas habilidades de trabalho com os profissionais de saúde, dar visibilidade ao Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer a participação dos usuários na construção de demandas e avaliação dos serviços de saúde (PAUDALHO, 2006).

A partir da necessidade de reorganizar os processos de gestão, estrategicamente optou-se pela implantação do modelo de gestão participativa, constituindo um Colegiado Gestor, espaço este onde todos os que compunham a gestão da SMSP (secretário, gerentes e coordenadores) se encontravam periodicamente, através de rodas de conversa para interagir, planejar ações, estratégias e avaliar resultados.

Para a concretização desta proposta de trabalho foi formado um grupo denominado “Equipe matricial”, formada pelos gestores da SMSP em março de 2007, a partir de um diagnóstico situacional com base nos relatórios de diferentes setores gerenciais, uma equipe de apoio institucional aos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) visando superar a desarticulação existente entre gestão-trabalhadores e a fragilidade de entendimento do SUS e da organização da SMSP. Na operacionalização desta proposta, optou-se por um trabalho regionalizado, com a presença de um gerente do colegiado gestor atuando como apoio institucional as Unidades de Saúde da Família (USF). Ficando este gerente responsável pela implantação do modelo adotado pela SMS no nível local e ser um elo de comunicação entre as Unidades de Saúde da Família (USF) e a SMS e setores administrativos.

Foi elaborado a princípio um instrumento (um roteiro) que norteava das equipes matriciais a trabalhar junto as Equipe de Saúde a Família (ESF) a refletir sobre o sentido de estar parando e sentando em roda para *conversar* sobre a missão da gestão e do trabalho nas USF, refletir sobre o lugar e o papel dos profissionais e das USF no contexto do SUS e da atenção à saúde no município, analisar sobre as necessidades, limitações, possibilidades e desafios coletivos dos profissionais das USF, construir agendas e encaminhamentos da avaliação dos encontros, à medida que esta contribuiu para reflexão da prática.

Com a implantação do Colegiado Gestor, e a vivência da gestora a alguns gerentes com os princípios e fundamentos da Educação Popular em Saúde (EPS), elegeu-se uma metodologia denominada de “roda de conversa” como forma de disseminar e fortalecer o modelo de gestão participativa no município. A intenção era construir um espaço de partilha e confronto de idéias, onde a liberdade da fala e da

expressão proporciona ao grupo como um todo, e a cada indivíduo em particular, o crescimento na compreensão dos seus próprios conflitos. Promovendo relações mais humanizadas e solidárias estabelecidas em valores essenciais para o crescimento de uma equipe como: solidariedade, respeito, disponibilidade, entre outros.

É neste cenário geopolítico e epidemiológico que acontece a pesquisa sobre a “Roda de Conversa” como contribuição da Educação Popular em Saúde à Gestão Participativa do SUS no município de Paudalho. Inicialmente, são apresentados os primeiros conceitos sobre gestão participativa, educação popular em saúde e roda de conversa e que norteiam este estudo. Por gestão participativa, entende-se primeiramente, que é um modo de administrar o pensar e o fazer coletivo. Na cartilha do PNH (BRASIL, 2004) enfatiza que o modelo de gestão participativa, é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa), ressaltando a importância da organização da gestão de forma colegiada, ampliando e garantindo os espaços democráticos e de negociação entre os diversos atores envolvidos na gestão para a construção compartilhada e organização política necessária para a superação dos modelos autoritários e verticalizados de gerir o SUS. Sobre educação popular em saúde, entende-se primeiramente, que é uma extensão da educação popular no campo da saúde, que desperta a consciência crítica e promove a liberdade do sujeito. Em relação à roda de conversa definimos como espaço democrático de partilha baseado na liberdade do diálogo entre os participantes com o intuito de se afirmar como uma alternativa importante para ampliar o grau de co-responsabilidade na gestão. Segundo Campos (2000), a roda de conversa na gestão propõe-se instituir uma nova racionalidade na gestão de coletivos. Essas idéias irão nos orientar neste estudo e também ajudar a compreender a dinâmica do processo da roda de conversa na gestão da SMS de Paudalho. Também contribuirão para se pensar a participação popular e a produção de novos significados a partir da inclusão da roda de conversa à gestão participativa.

Reafirmando que esses processos têm papel fundamental e estruturante para a construção de uma gestão democrática e a consolidação de um SUS integral, participativo, comprometido com o usuário e mais humano.

## 2 OBJETIVOS

Esta experiência com a roda de conversa no âmbito da SMS de Paudalho nos convida a uma reflexão sobre a gestão participativa e a participação popular nos processos de gestão dos SUS. Além disso, provoca uma inquietação e um debate de como a roda de conversa pode ser incorporada à gestão de forma a contribuir na formulação e execução de políticas de saúde, colaborando na democratização do SUS a partir deste dispositivo na gestão.

Revisitar a história e construir as intenções para conhecer a realidade da “roda de conversa” na Secretaria de Saúde no município de Paudalho.

A intenção é evidenciar o processo de reorganização da SMS de Paudalho a partir da inclusão da “roda de conversa” dentro da gestão. O propósito é revelar limites, possibilidades e desafios, analisar a forma de organização e atuação da equipe gestora, considerando os envolvidos no estudo como sujeitos da pesquisa. Os diálogos e as escutas a respeito de valores e idéias dos atores envolvidos foram fundamentais para a troca de experiências e práticas na construção deste processo.

Trilhar os caminhos sustentados pelo propósito de Descrever a experiência da “roda de conversa” do município de Paudalho do período de janeiro de 2007 a abril de 2008 como dispositivo que tem contribuído para a implementação do modelo de gestão Participativo do SUS, construindo possibilidades e estratégias de fortalecimento de sua proposta. Neste sentido, também é importante revelar as intenções secundárias do estudo.

- a) evidenciar novas habilidades de trabalho e de gestão a partir da experiência do Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, a partir de processos formativos sobre participação popular e democratização das políticas públicas de saúde;
- b) identificar limites e possibilidades da “roda de conversa” enquanto dispositivo na implementação do modelo de Gestão Participativa;



- c) refletir sobre as idéias e práticas dos gestores no cotidiano do seu processo de gestão e trabalho no SUS.

Estes objetivos estão pautados na perspectiva de descrever e refletir a “roda de conversa” na gestão de saúde do município de Paudalho, sua repercussão no meio da SMS, sua capacidade de colaboração no fortalecimento da proposta de gestão participativa e da própria gestão municipal.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 SUS: breve histórico de sua construção social**

Para iniciarmos este capítulo iremos fazer um breve relato da construção e consolidação do SUS desde a década de 70 onde surgiu o movimento da reforma sanitária, até o modo como se apresenta atualmente, sem ter a pretensão de esgotarmos o relato completo da sua história. A reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia, preconizando princípios democráticos racionalizadores com implementação do SUS numa conjuntura neoliberal. As mudanças ocorridas na política de saúde após a Constituição de 1988, teriam levado a uma inclusão segmentada, ou seja, diversos "cidadãos" de diferentes "qualidades" cobertos por distintos benefícios. Apesar de avanços político-administrativos, reconhecem-se dificuldades para adequar o modelo assistencial aos princípios reformadores com maior equidade no acesso e na integralidade das práticas.

A Reforma Sanitária Brasileira é compreendida como um processo de construção de uma nova política de saúde, com ênfase na necessidade, entre outras, de desenvolver um maior compromisso do setor de saúde com a melhoria das condições de vida da população. Essa reforma não ocorreu simplesmente por força de uma lei constitucional, mas é o resultado de uma longa e complexa caminhada, balizada pelas reivindicações de setores sociais organizados, o que gerou a construção de um projeto político e pedagógico transformador. O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 70 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época.

As reivindicações das organizações sociais por melhorias nas áreas de educação e saúde foram endossadas e ampliadas pelos profissionais que nelas atuam. As ações envolvendo os dois grupos, de certa forma, foram incorporadas pelo Estado resultando na reforma.

Segundo Arouca (1988) afirma que:

a proposta da Reforma Sanitária Brasileira representa por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e por outro a possibilidade de existência de uma viabilidade técnica política de enfrentar o problema .

Nesse cenário de contradições e crises, em que o Estado autoritário se vê confrontado com sua capacidade de manutenção do modelo ou distensão para o novo, emerge o movimento sanitário como um:

conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto (SCOREL, 1998), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (CARVALHO, 1995, p. 48).

O movimento da Reforma teve papel fundamental nos avanços conceituais e políticos na implementação e democratização da saúde pública no país. Conforme Paim (1999), “enquanto estratégia de implantação da política de saúde, a Reforma Sanitária no Brasil, foi além de uma proposta de reforma, constituindo-se num processo social e político, contribuindo para a organização do sistema de saúde”.

O movimento sanitário torna-se uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado-sociedade, transformando o conteúdo da participação social em vários aspectos importantes, dos quais destacamos: ele deixa de ser referência apenas dos setores sociais excluídos pelo sistema, passando a incorporar a conotação de cidadania, que expressa a estratégia de universalização dos direitos (BRASIL, 2006); compreende a auto-identidade do movimento sanitário e a identidade dos agentes sociais presentes na disputa política como construções históricas em processo, em movimento, superando concepções anteriores de identidade fixas, pré-determinadas (FLEURY, 1989); e, finalmente contrapõe o conceito de controle social ao controle privado do Estado por segmentos sociais com maior poder de acesso.

Durante a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde realizada na URSS em 1978, conhecida como “Declaração de Alma Ata”, foram

evidenciados que os determinantes econômicos e sociais, de fato, atuam sobre a saúde. Tais discussões abriram caminho para uma abordagem mais positiva a saúde, superando as orientações ainda centradas nas perspectivas saúde-doença. A proposta da promoção à saúde, enquanto movimento mundial surge a partir de amplos debates sobre as determinantes econômicas e sociais, que aparecem como fatores relacionados à saúde. Porém, esse movimento se define e se fortalece durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde em Ottawa, em 1986, quando os países participantes assinaram um pacto para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde como uma nova perspectiva da saúde pública mundial.

Em 1986, aconteceu marco na história do SUS, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) onde pela primeira vez foi aberta à sociedade, reunindo mais de quatro mil pessoas que lutavam pelo mesmo ideal. Segundo Arouca (1998), “esse é considerado o maior sucesso da reforma sanitária”. A 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição. A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 2006).

Merece ainda ser destacado como resultante da 8ª CNS: a conquista da universalização da saúde, dever do Estado e a função complementar da saúde privada, o planejamento da saúde a partir dos relatórios das conferências, formalização dos conselhos de saúde com parte do SUS, tendo a representação na sua composição de 50% de usuários, e a formação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária que foi responsável pela transformação do texto da Constituinte na Lei orgânica nº 8.080.

Após a Nova Constituição da República, foram diversas as iniciativas institucionais e legais voltadas para criar as condições de viabilização plena do direito à saúde, destacando-se, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde – nº 8.080/90 e nº 8.142/90 – e as Normas Operacionais Básicas (NOB) (SOLLA, 2006).

Os 20 anos de existência o SUS vem crescendo e se solidificando no processo de descentralização de suas ações e serviços, dando a cada dia a visão de possibilidade real de construir uma rede de saúde democrática, universal, efetiva e eficiente.

### **3.2 Reforma sanitária no Brasil**

As desigualdades em saúde no Brasil decorrem de diversos fatores, determinantes ou condições políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais, etc., além de biológicas, mas, sobretudo, da extrema desigualdade, injustiça e ignorância reinante no País (BRASIL, 2005).

As reformas políticas brasileira têm deixado seqüelas no Sistema Único de Saúde, diante de cada momento histórico do país.

Em 1923, com a Lei Eloy Chaves, que na verdade é o Decreto Legislativo nº 4.682 de 24/01/1923, que se implantou em nosso país a Previdência Social. Através deste diploma legal foram criadas as caixas de aposentadoria e pensões, para os empregados das empresas ferroviárias, contemplando-os com os benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária, que hoje em dia é a nossa aposentadoria por tempo de contribuição, a pensão por morte e a assistência médica. A Lei Eloy Chaves é considerada o marco inicial da Previdência Social no Brasil. Com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Através delas algumas empresas, inicialmente as das estradas de ferro, ofereciam aos seus funcionários assistência médica, além de aposentadorias e pensões. A assistência médica curativa prestada pelas CAPs era financiada pelas empresas e seus empregados.

As CAPs cresceram bastante, sendo que algumas categorias profissionais já possuíam hospitais próprios e, em 1932, foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estes Institutos atendiam trabalhadores de uma determinada categoria profissional e já havia alguma participação do Estado. Nesse

momento a contribuição era tripartite, sendo realizada pelos empregados, pela empresa e pelo Estado, que atuava mediando a base contributiva previdenciária.

Entre os anos de 1945 e 1964 são criados a carteira de trabalho, espécie de certidão de nascimento cívico, e o Ministério da Saúde.

Na década de 70 o mundo passa por uma crise no modelo de financiamento médico, devido à inflação médica gerada pelos próprios profissionais da área. A assistência médica curativa no Brasil tem sido caracterizada, em maior ou menor grau, por uma compra de serviços privados. Isto tem ocorrido ora pelo pagamento direto do usuário ao médico, ora pelo pagamento indireto (pelas empresas) através de serviços próprios, conveniados ou comprados no mercado.

Em 1977 é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, havendo maior cobertura da população (todos trabalhadores urbanos formalmente inseridos no mercado de trabalho e parte dos trabalhadores rurais) e conseqüentemente aumento de gastos.

Devemos considerar que, até então, quem precisasse de assistência médica deveria pagar diretamente por ela, ou ser atendido em instituições filantrópicas, ou estar formalmente inserido no mercado de trabalho. Este último condicionante pode ser denominado de “cidadania regulada”, uma vez que os direitos do cidadão estavam condicionados não apenas à sua profissão, mas ao modo como a exercia.

Quanto às ações de saúde pública ou preventiva (vacinação, saneamento, controle de endemias, etc.), elas eram de acesso universal, mesmo que funcionassem em paralelo às ações ditas curativas. Como resultado o modelo de atenção à saúde era inadequado às reais necessidades da população como um todo e sem integralidade, devido á nítida separação existente entre a prevenção e a cura.

No Brasil o Movimento da Reforma Sanitária, no final da década de 70, e que culminou coma VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, propõe que a saúde seja um direito do cidadão, um dever do Estado e que seja universal o acesso a todos os bens e serviços que a promovam e recuperem.

Segundo Arouca (2003) o termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana. A expressão ficou esquecida por um tempo até ser recuperada nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi usada para se referir ao conjunto de idéias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com idéias comuns para o campo da saúde.

Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Brasília, esse grupo de pessoas, entre os quais estava Sergio Arouca, foi chamado de forma pejorativa de “partido sanitário”. Considerado “o eterno guru da Reforma Sanitária”, Sergio Arouca costumava dizer que o movimento da reforma sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura. Existia uma idéia clara na área da saúde de que era preciso integrar as duas dimensões: ser médico e lutar contra a ditadura. Os departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e da Universidade de Campinas e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro eram os espaços adequados para isso.

Segundo Andrade *et al.* (2000) o nascimento da saúde pública no Brasil deu-se na transição do século XIX para o século XX, no período compreendido entre o fim da monarquia e o início da “República velha”. Configurou-se em um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até então. Ficou conhecido como “sanitarismo campanhista”, foi marcante nos estados de Rio de Janeiro e São Paulo, visou principalmente sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis e predominou até meados dos anos 60.

Na década de 20 surgem, no bojo da industrialização incipiente, as Caixas de Aposentadoria e Pensões, que são substituídas na década de 30 pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões, unificados na década de 60 para criar o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Esta situação compõe os marcos

administrativos nas políticas de saúde pública no Brasil de 1923 a 1975, período em que é possível evidenciar a duplicidade assistência/previdência, caracterizada pelo privilégio exercido pela prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, bem como o desenvolvimento de um sistema que priorizava a capitalização da medicina e a sua produção privada.

Em 1975, a Lei 6.229 organiza o Sistema Nacional de Saúde e estabelece as principais competências das distintas esferas de governo. Essa organização tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social), o que fazia com que não se estabelecesse um comando único em cada esfera de governo. No nível federal, além das competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, também se definiam competências para os Ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior (ANDRADE *et al.*, 2000).

Desta forma, esse sistema recebeu fortes críticas nos setores acadêmicos, como Universidades, Departamentos de Medicina Preventiva e Social e Escolas de Saúde Pública e de setores da sociedade civil. Já na década de 80, principalmente a partir de 1985, no interior do processo de redemocratização do país, deu-se o nascimento de um considerável movimento de múltiplos atores políticos chamado Movimento da Reforma Sanitária.

### **3.3 A formação dos Agentes Comunitário de Saúde**

Dentre as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde definidas pelo Ministério da Saúde (MS) dois pontos de vistas merecem uma atenção especial quando se discute a formação desses profissionais. Sendo o primeiro a orientação as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, e a segunda informa aos demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidade e necessidades (BRASIL, 1998, p. 18).



A responsabilidade do agente comunitário de Saúde, assumem, ao compor a equipe de saúde da família, de dominar certos conteúdos e práticas referentes a biomedicina. As informações que adquirem, em suas práticas, lhes dão um sentimento orgulhos de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular que dispunham previamente, o que lhe oferece prestígio social, uma vez que o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade.

O treinamento dos agentes é munido de conhecimentos diversos em torno da questão do processo de saúde-doença, incorporando, perspectiva biomédica, outros saberes que o habilitam nesse processo de interação cotidiana com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.

### **3.4 Gestão democrática**

Segundo o Dicionário Aurélio, gestão é o “ato de gerir, gerenciar, administrar, ter gerência sobre” (GESTÃO, 2004). Outro entendimento que se tem por gestão seria a ação para se chegar a uma decisão e de fazer a decisão funcionar. Ainda analisando a definição de gestão, temos que “provém do verbo latino **gero, gessi, gestum, gerere**, que significa carregar, chamar a si, executar, exercer, gerar, numa ação, portanto, que implica o sujeito que participa” (BRASIL, 2004, grifo nosso).

Participação de sujeitos ou coletivos nos remetem ao significado de democracia que consiste, numa “doutrina ou regime político baseado nos princípios da soberania popular e da distribuição equitativa do poder” (DEMOCRACIA, 2004), ou seja, governo onde o povo participa. Assim temos que, “a gestão democrática se fundamenta na constituição de um espaço público de direito, que deve promover condições de igualdade [...] criar um ambiente de trabalho coletivo saudável.” (CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 1997).

No processo de construção da gestão democrática, alguns indicadores são imprescindíveis, tais com: *a autonomia, a representatividade social e a formação para a cidadania.*

A palavra *autonomia* vem do grego *auto* (si mesmo) e *nomos* (lei), e significa capacidade de auto-determinar-se, de auto-realizar-se, autoconstrução, autogoverno. Desta forma a organização autônoma seria aquela que se autogoverna. Mas não existe uma autonomia absoluta. Ela sempre está condicionada pelas circunstâncias. Portanto, a autonomia será sempre relativa e determinada historicamente.

Não significa soberania para decidir o que quiser. É uma condição de controle sobre os recursos e sobre as atividades administrativas, para proporcionar um serviço de melhor qualidade para a população. Não se resume, portanto, à questão financeira, nem é mais significativa nessa dimensão, e sim na política, principalmente no que se refere à capacidade de tomar decisões compartilhadas e comprometidas, utilizando-se da capacidade, do talento e da competência, coletiva na organização e articulação, dos problemas e dos desafios, assumindo a responsabilidade pelos resultados dessas ações (FERREIRA, 2000, p. 37).

A autonomia no sistema de saúde reúne a responsabilidade de implantar uma gestão democrática, onde decide-se junto com o colegiado como executar, por exemplo: o orçamento, os investimentos que precisam ser providenciados, as regras que regerão a administração de pessoal, o funcionamento do sistema.

A gestão democrática deste modo, não se constitui em um fim em si mesmo, mas em uma das estratégias no processo de superação do autoritarismo, do individualismo e das desigualdades sociais.

### 3.5 Gestão participativa: um caminho a seguir

Para discorrermos sobre gestão participativa é necessário que façamos um breve resgate sobre a Teoria Geral da Administração a fim de entendermos como se deu o processo de evolução da forma de gerir. Só a título de compreensão, o termo administração tem “origem no latim e significa função que se desenvolve sob o comando de outro, um serviço que se presta a outro”. Subordinação e serviço. (ADMINISTRAÇÃO, 2004).

Nada como desafios impostos pela vida (mundo empírico) para estimular sujeitos a reconhecerem pontos de quebra ou de contradição em suas teorias. Se a Teoria Geral da Administração jamais pretendeu, de fato, democratizar Organizações; o marxismo, por seu turno, apesar das críticas à concentração de poder burocrático, político e econômico, nunca deu conta, na prática, da Democracia em Instituições (CAMPOS, 1998).

Em sua teoria o que Taylor pretendia era definir princípios científicos para a administração das empresas. Tinha por objetivo resolver os problemas que resultam das relações entre os operários, como conseqüência modificam-se as relações humanas dentro da empresa. O bom operário não discute as ordens, nem as instruções, faz o que lhe mandam fazer. A gerência planeja e o operário apenas executa as ordens e tarefas que lhe são determinadas (TAYLORISMO, 2008).

Com a implantação da gestão participativa ocorre o fim da relação dominante versus dominado, que predominou dentro das empresas por muitos e muitos anos, ou melhor: muitos e muitos séculos. O mundo evoluiu. Os relacionamentos se fortalecem e o espírito de cooperação torna-se imperioso. Tudo isso decorre da gestão participativa, do engajamento de todos. "Um por todos e todos por um", ou "A união faz a força", ou "Uma andorinha só não faz verão", ou qualquer um outro ditado popular ou provérbio, poderia ilustrar perfeitamente o título do assunto aqui tratado (SOUZA, 2006).

Embora possamos achar que a evolução findou com o modelo hegemônico que dominou por tanto tempo, temos que considerar que ainda persiste o paradigma burocrático, e este consiste na tradução da concepção mecanicista (mais que uma técnica de produção, é uma técnica social de dominação), para a administração pública.

Como bem demonstra Kuhn (1970):

a superação de um paradigma, mesmo no campo restrito da ciência, é lenta e encontra grandes resistências. No período de transição convivem elementos do velho e do novo paradigma que vai progressivamente substituindo, com vantagem, representações, atitudes e procedimentos.

Os novos paradigmas gerenciais requerem funções descentralizadas, participativas, interdependentes e integradas. O desenvolvimento organizacional depende da melhoria contínua dos processos de gestão, apoio e de base. A eficiência dos processos depende dos referenciais e recursos neles utilizados (SOUZA, 2006).

A Gestão participativa é a participação ativa da sociedade na formulação, implantação e avaliação da política de saúde, ampliação de espaços públicos e coletivos sociais para o exercício do diálogo entre gestores do SUS e a população, negociação e pactuação entre as três esferas do governo e aprimoramento do controle social, além de permitir a construção de uma cultura de participação democrática na gestão de ações, serviços de redes e sistemas de saúde. Um estimulante desafio para construção do SUS, devendo-se constituir estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão (BRASIL, 2004).

A gestão participativa pública requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que forneçam a dimensão necessária à participação de todos na gestão. Deliberar junto significa mais do que realizar o controle social, e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa.

Considerando a gestão enquanto lugar privilegiado para instituir mudança/ inovação, concordamos com Motta (1991), quando afirma que:

Inovação refere-se à introdução de uma mudança, julgada positiva, benéfica. Mudança significa, apenas, aplicações de uma invenção ou idéia nova, tanto no sentido positivo quanto no negativo. Invenção é simplesmente uma descoberta, ou idéia nova, não usada ou aplicada. A inovação constitui-se, portanto, no uso prático de uma descoberta ou invenção, que provoca mudanças positivas na organização.

Para fecharmos à análise em questão queremos citar Campos (2000) que afirma que: “a democracia na gestão depende da instituição de sistemas de co-gestão, da construção de espaços coletivos em que a análise de informações e a tomada de decisão ocorram de fato”. Incluir a sociedade civil na gestão do Estado e das instituições civis; As equipes de trabalho na gestão de organizações produtoras de bens ou serviços, considerando que adiante de cada núcleo de poder há contra-poderes com os quais há que se relacionar em esquemas de luta e negociação, objetivando a construção de compromissos e contratos.

### **3.6 Protagonismo do gestor**

O papel do gestor não requer somente executar decisões, mas sim preparar condições, estimular, organizar as mudanças que advirem no decorrer do processo administrativo. É uma função comum a todas as organizações e requer indivíduos especialmente preparados para exercê-la.

Em cada tipo de organização ela se apresenta com características próprias, pois cada um busca alcançar os seus objetivos. Sob esta perspectiva Luck (2000, p. 45) relata que: “A ênfase principal da liderança está no papel de ensino, pois o líder deve ajudar a desenvolver as habilidades nos outros, para que compartilhem a gestão na unidade”.

Nessa perspectiva, a função do gestor é de coordenar e dirigir todas as ações, tanto dos gerentes quanto dos profissionais que fazem parte do sistema público de saúde. Deve alertá-los para o processo de mudança no mundo globalizado, criando situações favoráveis para que tenham um bom desempenho nas atividades realizadas a partir da realidade local.

Daí pode-se afirmar que o gestor, antes de ser um gerenciador, deve ser um educador por excelência. Neste sentido, Ferreira (2000) diz que “um processo de gestão que construa coletivamente um projeto de trabalho tem já, na sua raiz, a potência da transformação”.

Entretanto o gestor, apesar de ser um dirigente comprometido com o pleno funcionamento dos serviços de saúde, se depara com situações na qual passa a ser um mero repassador de ordens, usando e sendo usado por uma burocracia, ficando assim limitado à burocracia dos papéis de pouco significado para a gestão da saúde, sendo obrigado a cumprir certas agendas que muita das vezes não levam em conta o conhecimento, a realidade e necessidade da comunidade local. Nesse sentido, Hora (2000), declara que:

Na medida em que o gestor tenta assumir seu papel educativo, buscando espaço para exercer a práxis educacional sofre sanções que vão das advertências à substituição sumária, por alguém que não ‘incomode’ o sistema.

Entretanto, essa perspectiva está sendo mudada através do novo panorama de mobilização da sociedade brasileira que vem alcançando uma amplitude capaz de impulsionar mudanças significativas nas relações de poder em todas as áreas de ações políticas do País.

Neste sentido, é possível entender que a consolidação da gestão não é um processo espontâneo e fácil, pois a dinâmica das relações do poder poderá entrar o avanço do processo, sendo necessário que o permanente esforço humano seja coletivo e esteja caminhando sempre em função de decisões de grupos. Como diz o autor Hora (2004, p. 49), “o caminho é um aprendizado coletivo”. Para que este processo tenha êxito devem colaborar: o gestor, a comunidade e todos os demais envolvidos.

### **3.7 Educação popular em saúde: limites e possibilidades na construção do modelo de gestão participativa do SUS**

A história da educação em saúde no Brasil vem sendo usada predominantemente como instrumento de dominação, tendo como base de referência a ação do Estado. Só recentemente, nos anos que se sucederam ao regime militar (1964-1984), com o processo de redemocratização, houve uma ampliação da participação popular na política, com reivindicações que envolvem questões vinculadas à cidadania, tais como: saúde, educação, moradia e transporte, o que gerou uma organização maior de entidades pela sociedade civil.

As propostas de educação popular e de saúde comunitária têm sido vistas com frequência de forma ambígua. Para alguns, são formas de organização e politização populares, que podem até apontar para reivindicações diante da inoperância do Estado, enquanto, para outros, são formas de desenvolver trabalhos que seriam da responsabilidade governamental, e, neste sentido, ajudam os governos a reduzirem os seus gastos. Quanto a este último ponto, tal crítica ajuda a entender por que muitos tendem a ver os trabalhos de saúde comunitária como um serviço de saúde de segunda classe, para os pobres, que, no fim, permite que mais dinheiro público sobre para atender parcelas da sociedade de melhores condições de vida. Na realidade, atrás dessa discussão, há uma outra que aponta para as formas desiguais de distribuição do dinheiro público na sociedade brasileira: de um lado, grandes somas dos impostos dirigidos a grandes projetos apoiados pelos capitais nacionais e internacionais e, de outro, o pouco que sobra para os serviços básicos necessários para a reprodução da força de trabalho (VALLA, 1997).

A saúde e educação são duas práticas sociais contidas em um projeto político mais amplo, que interferem na dinâmica social. Refletindo históricos da sociedade brasileira, as práticas da educação e da saúde assumiram um caráter predominantemente conservador e reprodutivista, traduzindo o individualismo, o autoritarismo, o liberalismo e o assistencialismo.

Em contra-partida ao processo supra-citado, Contin (2008) afirma que:

A educação em saúde foi introduzida nos serviços de saúde quando as questões que hoje consideramos de caráter social eram tratadas em termos de aplicação de políticas como fruto da consciência individual. Nesse contexto, esta assume o papel de transmissora de conhecimentos dos que sabem para os que não sabem (pedagogia tradicional), objetivando a consciência individual. Não havia uma identificação das raízes estruturais e econômicas dos problemas relacionados à saúde.

A caracterização da Educação Popular em Saúde (EPS) como proposta de um movimento social surgiu antes da intervenção pública feita por Eymard Vasconcelos no Congresso de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) realizado em Salvador, em julho-agosto de 2000.

Nos últimos anos a educação popular, desempenhou papel importante na história da saúde no Brasil, e vem renovando a cada dia no campo de conhecimentos e práticas da saúde.

A educação em saúde pode ser vista sob dois prismas: no primeiro enfatiza-se o poder e a autonomia, no segundo, a formação de condutas. Aqueles que vinculam a educação em saúde à busca de autonomia e poder voltam-se para a construção de processos de participação popular como uma prática social de organização da vida cotidiana, ampliando, por exemplo, a participação da população no acesso à gestão de bens e serviços públicos. Nessa formulação, a educação popular em saúde apresenta-se como demanda pública em relação ao Estado, com ênfase nas necessidades de consumo de serviços e de ampliação dos espaços democráticos.

Mandrefi (1980) associa o popular, vinculado à educação, no sentido de prática para a autonomia, enquanto seja capaz de gerar um saber-instrumento e, sobretudo, quando contribui para a construção da direção política.

A participação popular implica em desconstruir idéias e práticas autoritárias e antidemocráticas no trato com a população e também construir novas formas de gerenciar os recursos e instrumentos governamentais. E isto não é fácil. Sempre é uma postura que envolve mudanças de comportamento dos gestores, trabalhadores



e dos usuários. Sobre participação e educação, é necessário considerar alguns aspectos, entre eles a complexidade em participar e educar.

A participação não é simples. A vantagem é que estas coisas não se adquirem em sala de aulas, mas na chamada práxis, que é um processo que mistura a prática, a técnica, à intervenção e a teoria, colocando-as ao serviço da luta pelos objetivos do povo (BORDENAVE, 1987, p. 73).

Assim, pensar num modelo democrático de gestão é repensar a dimensão de dominação do aparelho estatal enquanto instrumento meio e não instrumento fim da gestão. É necessário compreender as dimensões do papel estatal e as formas que sustentam o modelo hegemônico e autoritário de estado se contrapõe aos princípios da EPS as formas de gestão democrática do SUS. Em sua concepção, a educação popular em saúde poder ser instrumento político para potencializar os princípios de gestão democrática.

A busca pela constante coerência do princípio do diálogo se apresenta como uma das principais formas de expressão da educação popular no campo da saúde. A necessidade de construção coletiva e democrática, sem perder de vista o debate das idéias apresentadas nas rodas de conversas foi algo muito importante para os gerentes, coordenadores e conselheiros que construíam e reconstruíam o tempo todo, as suas falas e as suas práticas. Melo Neto (2002) afirma que: “o diálogo, em educação popular, provoca processos de reconstrução crítico-hermenêuticos constantes quando os dizeres e fazeres que vão se externando nas obras de seus próprios partícipes”.

A educação popular em saúde (EPS) tem contribuído na gestão democrática do SUS, pelo seu poder de promoção de desenvolvimento pessoal dos sujeitos e da gestão como um todo, fortalecendo a relação das atividades de formação com gerenciamento dos serviços de saúde. Propiciam a todos que participam do processo, momentos de reflexão, permitindo que o grupo tenha capacidade de auto avaliar-se, que identifique suas potencialidades e limites presentes no âmbito da gestão, direcionando e potencializando o grupo a romper paradigmas que impedem o êxito das ações propostas.

### 3.8 Roda de conversa e sua contribuição à gestão do SUS

O ato de sentar em roda é uma das mais antigas formas de encontro das primeiras comunidades humanas: povos egípcios, maias, incas, africanos e indígenas.

Os homens da pré-história se reuniam em rodas ao redor das fogueiras para realizarem suas refeições, confraternizações. O círculo sempre foi reconhecido como um símbolo de uma unidade e totalidade entre seus integrantes. No mundo medieval as organizações dos clãs também traduziam essa idéia do circular.

Segundo o dicionário Aurélio (RODA, 2004), “roda” pode ser definida como: um grupo de pessoas disposta em círculos de conversa, conversação, prosa, entendimento, etc.

A roda de conversa na gestão é uma forma de buscar construir espaços de partilha, confronto de idéias e entendimento baseado na liberdade de diálogo entre os participantes na intenção de se afirmar como uma alternativa importante para ampliar o grau de co-responsabilidade das organizações na produção de saúde.

Ao tratar sobre o trabalho na saúde, Nogueira (1991) afirma que na esfera dos serviços o trabalho tem uma singularidade, marcada pela natureza e modalidade dos processos de cooperação, quais sejam: a *cooperação vertical* que são diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia e a *cooperação horizontal* são diversas subunidades que participam do cuidado em saúde. Ambos os níveis de cooperação envolvem uma complexidade de relações com a organização da política administrativa dos serviços de saúde, com as demandas dos usuários e com o Estado.

Entendemos que o processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil; das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam o Sistema Único de Saúde; e das formas de cooperação

vertical (divisão sócio-técnica e institucional do trabalho) e horizontal (expansão dos subsistemas de saúde) consubstanciadas na rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais. Como afirma Laurell (1989, p. 19), refletir sobre o processo de trabalho em saúde implica, no mínimo, em apreender as dimensões tecnológica, organizacional e política daquela prática social. Desta forma, a saúde como uma política social pública que se materializa como um serviço cujo conteúdo, finalidade e processos de trabalho, merecem conceituações de natureza teórica e histórica. Sendo assim, vale destacar que, diferentemente do processo de trabalho industrial, o processo de trabalho dos serviços se funda numa inter-relação pessoal intensa, constituindo-se em um processo de “interseção partilhada”.

Segundo Campos (2000), a roda de conversa na gestão propõe-se instituir uma nova racionalidade na gestão de coletivos, reconhecendo essa multiplicidade de lógicas. Pretende ser uma entre outras estratégias para combater o predomínio da racionalidade instrumental, ainda quando se reconheça a impossibilidade de eliminá-la, opondo-lhe outras racionalidades que procurem construir novos sentidos e significados para o trabalho e para a vida em coletivos.

Neste sentido, a gestão participativa e democrática nos desafia o tempo todo a desconstruir as idéias e práticas expressas nos rígidos sistemas hierárquicos, verticalizados, e organogramas piramidais que estabelece os arranjos e como se dá a inter-relação entre os setores, e o limite das atribuições de cada um dentro da instituição fixada por uma lógica hierárquica e de subordinação.

Na roda, todos (gerentes, coordenadores, conselheiros e trabalhadores) são desafiados a participarem do processo, tendo o direito de usar a fala para expressar suas idéias, emitir opiniões, pronunciar sua forma de entender o SUS e a organização da instituição. “O Método da roda procura romper com esta tradição tratando de combinar compromisso social com liberdade” (CAMPOS, 2000, p. 34).

Falando e escutando todos vão experimentando a construção coletiva e resolução de conflitos na elaboração, execução e avaliação dos serviços de saúde. Fortalecer os sujeitos e democratizar as relações dentro da instituição são os

principais desafios para vencer e superar a racionalidade gerencial hegemônica, o espaço de diálogo que a roda de conversa possibilita a gestão se propõe romper o padrão de uma gestão vertical, excludente e autoritária.

Uma das mais importantes contribuições da roda de conversa na gestão participativa do SUS é o diálogo, ele fundamenta o propagar, o filosofar e a maneira de expressar nossas idéias, e através dele constrói-se de forma efetiva as mudanças inerentes ao cotidiano das pessoas. É através do diálogo que as relações se tornam mais humanizadas, sendo este na atualidade um grande desafio para todos que fazem à gestão do SUS.

O diálogo é muito mais do que uma troca de palavras ele é uma experiência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode se reduzir a um ato de depositar e idéias e um sujeito no outro, nem tão pouco troca de idéias e serem consumidas pelos permutantes. (SILVA, 2006, p. 127).

Podemos desta forma dizer que o diálogo é uma de discussão construtiva, onde o agir e o refletir se consolidam para a formação de uma gestão forte, eficaz e participativa.

Construir uma nova dialética entre autonomia e controle social nos coletivos organizados para a produção. Essa é a tarefa. Esse é o desafio. Em certa medida, inventar um sistema de gestão participativa, um sistema de co-gestão em que coubessem vários tipos de arranjos institucionais, ou várias modalidades de espaços coletivos, ou seja, várias rodas de análise e de co-gestão. Isso tanto em instituições, como em organizações, quanto em movimentos sociais (CAMPOS, 2000).

A roda de conversa vai além de estabelecer um colegiado gestor, é um momento de incentivo ao exercício da cidadania, de democracia e do exercício de ouvir o outro. Esse processo será responsável pela capacidade de fazer escolhas e tomar decisões. Ao gestor, cabe fazer o papel de mediador, de quem facilitará a difícil tarefa de “fazer a ponte” escutando e reconhecendo meticulosamente cada opinião, cuidando para que todos os participantes da roda expressem seus sentimentos da melhor maneira possível e as considere com atenção.

Neste sentido, a roda de conversa torna-se uma ação desafiante para gestor por exigir que este mesmo tendo um papel de participante igual a dos gerentes,

coordenadores e conselheiros, tenha também o papel de coordenador da conversa, sem, no entanto, impor suas idéias ao grupo, bloqueando a contribuição e a criatividade das pessoas e a forma de organizar e apresentar idéias.

Nos momentos instituídos, ela aparece como parte do planejamento realizado pelo gestor e tem por grande objetivo a construção de idéias em torno da gestão democrática e da gestão participativa para implementação das atividades necessárias e desenvolvimento do planejamento da saúde a nível municipal.

Nestas rodas todos são desafiados a problematizar as questões e conflitos que surgem, e motivados a uma apropriação do modelo de gestão proposto, de tal forma que se vejam nas atividades e as percebam como algo delas próprias, nestas situações, os temas e problemas discutidos nas rodas de conversa são, geralmente, apresentados pelo gestor, tendo o cuidado de não manipular as idéias construídas.

A roda de conversa é, portanto, um momento privilegiado de diálogo e intercâmbio de idéias. Por meio desse exercício cotidiano todos os participantes podem ampliar suas capacidades comunicativas, perguntar, expor suas idéias, dúvidas e descobertas do próprio SUS e da organização do sistema local.

Desta forma, é importante reconhecer que os saberes alteram as práticas e o fundamental, do ponto de vista da educação popular, é lutar pela afirmação dos sujeitos e, portanto, respeitar as diferenças, saber escutar e reconhecer. E isto passa também pelas próprias pessoas poderem (disporem de condições objetivas e subjetivas) optar por um outro jeito de viver, de ser, de pensar e sentir.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Desenho do estudo**

Este é um estudo descritivo e analítico, realizado através de uma pesquisa qualitativa, que possibilitou um estudo dinâmico ampliando as possibilidades de leitura da realidade do processo analisado.

A pesquisa se efetivou pelo levantamento de informações através da leitura dos registros e observações das rodas de conversa e oficinas realizadas no colegiado gestor no período de janeiro de 2007 a abril de 2008 na Secretaria Municipal de Saúde de Paudalho, além da realização de entrevistas orientadas por um roteiro de conversa, tendo em vista complementar as informações e confrontar os textos e observações com os depoimentos dos entrevistados com o objetivo de refletir e construir a fundamentação teórica.

As coletas dos dados referentes às entrevistas orientadas pelo roteiro, se deram através da gravação dos depoimentos, para posterior transcrição e análise das informações.

### **4.2 Universo e amostra do estudo**

O universo da proposta do estudo foi constituído por quatro gerentes, oito coordenadores e três conselheiros da SMSP, totalizando a participação de 15 sujeitos.

Foram utilizados como critério de inclusão do estudo o seguinte: ser gerente, coordenador ou conselheiro e ter participado das rodas de conversa do colegiado gestor realizada no período de janeiro de 2007 a abril de 2008. E como exclusão foi

usado o critério: não ter participado das rodas de conversa e oficinas no período supra citado.

Do universo proposto no estudo tivemos a participação de 100% dos participantes, que voluntariamente através da leitura, assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido, e interesse em participar do estudo em questão.

### **4.3 Coleta de dados**

Foram coletados dados primários através de um roteiro de entrevista, que foi gravado para posterior transcrição e avaliação das informações, bem como avaliação documental dos registros das rodas de conversas (memorial descritivo das reuniões, instrumentos de avaliação, relatórios das rodas de conversa das equipes matriciais) da SMSF.

O roteiro de entrevista apresentou temas norteadores com a finalidade de levantar dados relacionados ao conhecimento dos entrevistados sobre o SUS, Gestão Participativa, diferenças entre os modelos centralizado e participativo e seus reflexos na gestão, concepção da roda de conversa enquanto instrumento da Gestão Participativa do SUS, significados vivenciados e construídos a partir da roda de conversa, limites e possibilidades da Gestão Participativa do SUS a partir do instrumento da roda de conversa, iniciativas relevantes foram construídas e que lições foram aprendidas com a implantação da roda de conversa na gestão (Anexo A).

### **4.4 Análise dos dados**

A análise dos dados colhidos ocorreu de maneira qualitativa através da leitura dos registros e relatos das reuniões, e análise das falas dos envolvidos na pesquisa. Foi construído um roteiro básico de pressuposto com o intuito de orientar a análise

de dados e procedimentos da pesquisa. A partir desses pressupostos foram elaborados os seguintes eixos conformadores: Experiências que evidenciem a compreensão sobre o SUS por parte dos entrevistados, o entendimento de Gestão Participativa do SUS, Identificação de mudanças após introdução do método da “roda de conversas” para a Gestão Participativa, descrição dos limites encontrados na aplicação do método da roda de conversas, avaliação de que lições foram aprendidas e que iniciativas relevantes foram construídas do desempenho na função exercida, após a implantação da “roda de conversa”.

No do estudo os nomes dos participantes envolvidos foram substituídos por identificações fictícias inspiradas nas letras do alfabeto: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M, N, O, P. A escolha destas letras para identificação das pessoas envolvidas é justificada por preservar os nomes verdadeiros respeitando os aspectos éticos e legais do projeto.

O projeto de pesquisa com Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 54/08 e Registro no CAAE: 0053.0.095.000-08, em obediência à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, sendo emitido o Parecer de aprovação n. 060/2008 no dia 27 de Agosto de 2008. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não sendo de nenhum modo identificados.

A análise das informações é organizada a partir do sujeito da pesquisa. Todos os trechos das falas estão transcritos sujeito por sujeito considerando as seguintes categorias: Concepção do SUS, concepção de gestão participativa no SUS e institucionalização da roda de conversa como instrumento de gestão participativa.

Na coleta de informações de análise documental, que revela aspectos importantes como os limites, avanços, mudanças, e os desafios enfrentados na implantação da roda de conversa na gestão da SMSP, nem sempre é possível separar todas as informações e, por isso, foi necessário priorizar aquilo que os pesquisadores consideraram relevante e de acordo com o objetivo deste estudo.

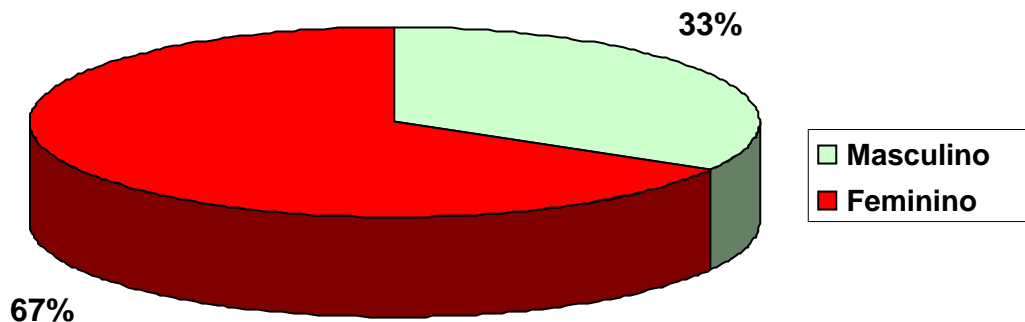


Além desde, a análise dos dados também foram realizadas através de planilhas do Excel da Microsoft, para elaboração de gráficos, sendo tal ferramenta de domínio publico e de alta confiabilidade. Os mesmos foram utilizados para descrever o perfil dos entrevistados.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Apresentação dos dados: perfil dos profissionais entrevistados

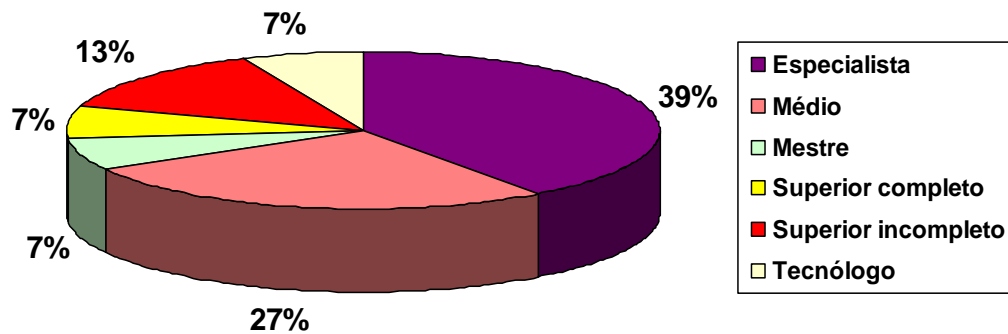
Considerando a heterogeneidade do universo da pesquisa, as pesquisadoras elegeram algumas variáveis para avaliação do perfil dos entrevistados e temos como resultado a representação, conforme gráficos abaixo:



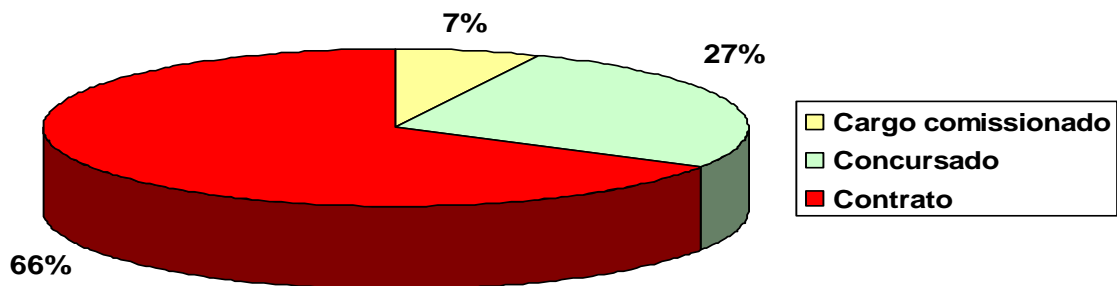
**Gráfico 1** – Distribuição dos participantes quanto ao Gênero.

Conforme os dados colhidos em pesquisa de campo observamos que dentro do grupo pesquisado 67% (sessenta e sete por cento) são do gênero feminino e 33% (trinta e três por cento) do gênero masculino, formando um perfil dos profissionais entrevistados de maioria mulheres.

Observando o grau de instrução dos entrevistados analisa-se que em sua grande maioria são profissionais formados e com especialização consolidando um percentual 39% dos entrevistados, seguindo com 27% de profissionais com formação média completa, com percentuais menores observa-se com 13% profissionais com formação superior incompleta, e igualando-se com 7% profissionais com títulos de Mestres, de nível médio e tecnólogo.



**Gráfico 2** – Distribuição dos participantes por nível de escolaridade.

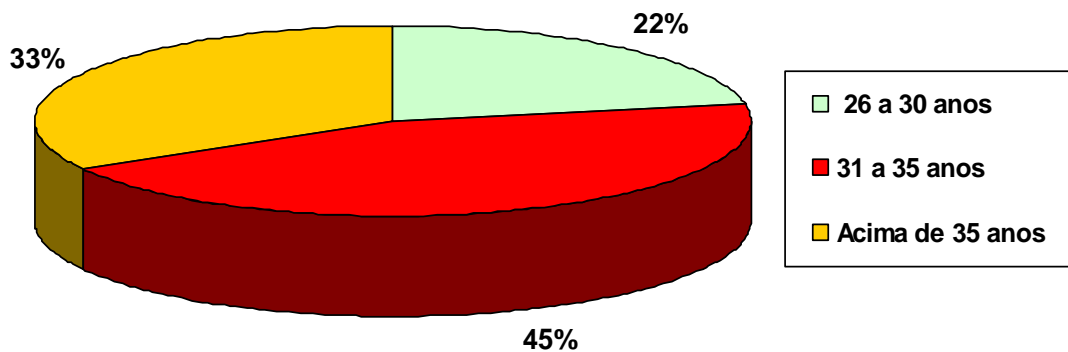


**Gráfico 3** – Distribuição dos participantes quanto ao vínculo empregatício.

No gráfico 3, demonstramos a distribuição dos participantes quanto ao vínculo empregatício, observa-se que a maior parte (66%) dos entrevistados trabalham através de contrato (Prestação de Serviço), a seguir profissionais concursados pela Prefeitura (27%) e por fim um pequeno grupo de cargo comissionado (7%).

Sabemos que o vínculo empregatício influencia indiretamente na motivação dos atores ao envolver-se em novos processos. A precarização dos vínculos pode gerar insegurança nos trabalhadores, refletindo-se muitas vezes numa resistência à mudança, ao que é novo.

A maioria dos entrevistados é formada de jovens adultos entre 31 a 35 anos atribuindo um percentual de 45% do montante, seguido por 33% de adultos acima de 35 anos, os jovens entre 26 a 30 anos somam um percentual de 22% e por fim com 22% jovens entre 26 e 30 anos. Com essa base foi observada a maturidade dos profissionais em sua grande maioria.



**Gráfico 4** – Distribuição dos participantes por faixa etária.

## 5.2 Avaliação dos eixos conformadores: análise da “fala”

Nos relatos aqui analisados, são priorizadas as diferentes concepções de saúde, educação em saúde e gestão, reveladas através das conversas com os participantes, leituras e observações do memorial descritivo e instrumentos de avaliação da SMSP, principais instrumentos da pesquisa, o que dá início à sistematização deste trabalho, relacionando esta à pesquisa; são consultados os principais documentos que tratam da roda de conversa, sua implantação e institucionalização no âmbito da gestão do SUS.

### 5.2.1 Compreensão dos entrevistados sobre o SUS

A sistematização a seguir apresenta discussões sobre o que é SUS para os gestores e conselheiros, que participaram da pesquisa de campo, a fim de conhecer e avaliar a compreensão e a importância do SUS na suas ações e práticas.

Ao longo do processo de implantação do núcleo gestor e da roda de conversa, como instrumento de gestão participativa, uma das missões era resgatar e trazer o empoderamento da história da saúde pública no Brasil, bem como seus conceitos, funcionamento, desafios e limites.

Os resultados sobre a compreensão do SUS apresentam-se de forma bem heterogênea e frágil que vão desde a compreensão do SUS como política pública de saúde em desenvolvimento, criado pelo governo. Como expresso em algumas falas abaixo:

Entendo que foi um sistema criado **pelo governo** com a intenção de proporcionar saúde pública de qualidade (Participante A).

O SUS foi muito bem pensado **pelo governo**, em atender a necessidade de todos em ter assistência à saúde e trazer o povo para participar na sua execução (Participante D).

Na percepção dos participantes ainda é forte a compreensão do SUS como política pensada, discutida e aplicada apenas como um processo político criado pelo governo e não ficando clara a compreensão da importância da participação do povo nessa conquista, através do movimento sanitário, fato extremamente importante para a sua implantação.

Outra percepção comum entre os participante é enxergar o SUS como algo legal na sua teoria mais que na prática não funciona. Há um consenso em afirmar que existe uma diferença latente entre o SUS em seu arcabouço teórico e suas ações práticas e certa dificuldade de entendê-lo na sua plenitude. Conforme depoimentos dos gerentes, coordenadores e conselheiros dispostos no quadro abaixo.

|  |
|--|
| “... Lindo no papel mais na prática não funciona...”   |
| “... Muito complicado para entender, muitas leis, portarias, siglas, acho que é para dificultar mesmo sua compreensão...”                    |
| “... Rico em sua história, mas que não dá conta das necessidades da população...”  |
| “... Eu sempre pensei que era algo bem distante lá no Ministério da Saúde, e ele que manda... mesmo estando na saúde...”                     |
| “Como o próprio sistema preconiza os seus princípios: "universalidade", entendo que é para todos.  |
| “Este sistema têm crescido e se fortalecido ao longo desses anos, o alvo é atingir toda população e proporcionar serviços de boa qualidade”. |

**Quadro 1** – Percepção dos entrevistados sobre o SUS.

Para debater a respeito da conscientização, de um processo envolvendo sujeitos diferentes em uma roda de conversa ou de disputa política, os educadores populares são mediadores deste processo. Por viver numa sociedade de classes que é histórica, na qual as posições dos diferentes grupos sociais estão sempre se modificando umas relativamente às outras, é importante reconhecer que os saberes alteram as práticas e o fundamental, do ponto de vista da educação popular, é lutar pela afirmação dos sujeitos e, portanto, respeitar as diferenças, saber escutar e reconhecer. E isto passa também pelas próprias pessoas poderem (disporem de condições objetivas e subjetivas) optar por um outro jeito de viver, de ser, de pensar e sentir.

Com base no “quadro 1 sobre a percepção dos entrevistados sobre o SUS”, observamos que apesar da vivência na SMS no período de janeiro de 2007 a abril de 2008, os participantes da pesquisa ainda têm uma visão negativa do SUS, fato este de grande relevância para ser repensado, em resgatar na gestão e nas organizações dos serviços e conselhos de saúde a essência do SUS, sua organização e desafios.

Passa a ser um desafio para a gestão municipal continuar ampliando e estimulando o domínio da história e conceitos que o próprio sistema traz em si disponíveis para a organização dos processos de trabalho, além de uma grande diversidade de itens e recursos com os quais terá de lidar em seu cotidiano.

A função de gerir a Saúde, em qualquer esfera institucional, coloca vários desafios que precisam ser enfrentados. E o primeiro deles é, justamente, conseguir dominar toda a complexidade de conceitos, nomenclaturas, ações e serviços abrangidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao assumir suas atribuições, o gestor se depara com uma ampla e diversificada gama de situações e problemas, de diferentes naturezas, que podem ser abordados de maneiras igualmente variadas, dependendo de combinações entre técnicas/métodos e tecnologias/equipamentos (BRASIL, 2005).

Isso ajuda a refletir a necessidade de criar espaços dentro da gestão para discutir e resgatar o SUS permitindo sua consolidação e fortalecimento no nível municipal, tornando-os atores do processo.

### 5.2.2 Entendimento de gestão participativa do SUS

Tornar uma gestão participativa é hoje uma das maiores desafios do SUS, e muito tem sido difundido este tema em todos os níveis de organização do sistema.

Com o objetivo de avaliar a concepção dos entrevistados e descrever o processo sobre o que vem a ser Gestão Participativa destacamos algumas falas importantes:

Uma gestão participativa realmente deve ter o entendimento e uma participação de todos que fazem parte da gestão, com a comunidade, com os seus gestores (Participante C).

Gestão participativa é você participar daquilo que você está fazendo, como coordenadora daquilo que você está gerindo ou como profissional daquilo que você está fazendo, é participar do seu ambiente de trabalho e não você ir lá fazer seu trabalho (executar sua tarefa) e tchau, você tem que participar saber o que os outros fazem saber de onde vem o dinheiro, saber como ele é gasto, participar para mim é isso (Participante B).

É quando traz o povo para discutir, pensar, entender o sistema, dentro da secretaria, da gestão promovendo uma interação (Participante J).

A gestão participativa é onde se ouve as opiniões, debates há na verdade valorização dos colaboradores, onde cada informação troca de idéias, é de grande valia para traçar metas e objetivos. Onde dependerá de todos para a construção do processo (Participante P).

É quando o município a gestão maior se propõe se integrar e participar do processo de atendimento e todos participa coletivamente para um fim único, atender garantia dos direitos da população (Participante H).

Pierre Levy (1993, p. 36) diz que inteligência coletiva é "a valorização, a utilização otimizada e a colocação em sinergia das competências, imaginações e energias intelectuais, independentemente de sua diversidade qualitativa e de sua localização", propriedade que se faz através da comunicação humana.

Os recortes dos participantes apresentados mostram sujeitos em ação inteligente. Ao mesmo tempo em que nos falamos de histórias, buscamos compreendê-las pelo exercício do pensar compartilhado que se vai transformando em possibilidade de significação dos acontecimentos.

As falas reforçam a necessidade de trazer ao debate algumas questões importantes: uma é a questão do deslocamento do poder, no sentido de buscar envolver todos os atores do processo da gestão no município, sendo necessário o acompanhamento pelo risco eminente de existir uma concentração em alguns atores que se apoderam dele em vez de fazer a desconcentração para a sociedade e demais setores, o que é um fator que dificulta a institucionalização da administração participativa.

Segundo Maltez (2004), "a institucionalização do poder permite ao grupo que se continue, segundo uma técnica mais aperfeiçoada, a procura do bem comum; assegura uma coesão mais estreita entre a atividade dos governantes e o esforço pedido aos governados."

O que se desejava para a SMSP no início de 2007 era instituir uma gestão participativa e democrática, sendo apresentada a todos os setores da secretaria essa prática do que viria ser a gestão participativa. O grande nó crítico que foi evidenciado naquele momento era fazer com que todos os gestores, coordenadores, conselheiros se envolvessem na perspectiva de construir esse projeto de gestão, não apenas no olhar, mais que todos fossem em busca desse movimento.

Esse foi o modelo construído, no qual o eixo principal era a participação de todos os atores sociais envolvidos e isso aconteceu, sendo afirmada pela seguinte fala: "a participação se deu participando" (Participante H).



A outra questão importante diz respeito à necessidade de se ter visão crítica, e que esta apresente uma proposição, que esteja na perspectiva de construir consensos, onde as pessoas têm a possibilidade de discutir, opinar sobre o planejamento e orçamento da saúde de forma democrática.

Point (1997) afirma que:

Democracia participativa é a que nos ajuda a governar, que democratiza a gestão, que permite às pessoas terem possibilidade de decidir o orçamento público e, nesse processo e desnudando o Estado, aprendendo como ele funciona, se organiza, ganhando assim, o controle sobre ele.

Para o crescimento e o sucesso de uma gestão não é suficiente que cada integrante que compõe a equipe faça a sua parte, e sim que haja uma sintonia, homogeneidade de objetivos, desejo de somar com o trabalho do outro, tecendo um caminho de sucesso. Esse é o caminho a seguir para garantia de uma gestão participativa.

Sendo assim, vemos que a participação social nos processos de gestão ou na defesa do SUS tem acumulado um importante patrimônio na democracia participativa em nosso país. Os Conselhos de Saúde, hoje presentes no universo dos municípios brasileiros, embora apontem muitos desafios ao seu aperfeiçoamento, apresentam inegável contribuição nos avanços do SUS, e a realização das Conferências de Saúde têm mobilizado grandes contingentes da população de todo o país na discussão dos rumos da saúde.

Segundo Costa e Lionço (2006) afirmam que o SUS sustenta um projeto contra-hegemônico em relação às políticas econômicas adotadas nos últimos anos no país, reforçado pela fragilidade do status da saúde como prioridade política para os Governos. Pode-se afirmar que o SUS sobrevive em terreno contraditório gerado pela permanente tensão estabelecida entre a tendência estatizante, pautada no desafio da conquista da saúde como direito universal, com conseqüente ampliação das estruturas públicas para o cuidado e a atenção à saúde, e a tendência orientada pela lógica do mercado, na qual prevalece a redução da intervenção pública na prestação e na oferta destes serviços. Esta situação tem demandado uma

mobilização da sociedade civil em defesa do SUS, ao que se pode creditar em grande parte, a própria sobrevivência do sistema.

### 5.2.3 Identificação de mudanças após introdução do método da “roda de conversas” para a gestão participativa

Na análise das falas, percebe-se que após a implantação da “roda de conversa” no município houve um despertar por parte dos atores envolvidos quanto à concepção do SUS, e da sua importância na consolidação do SUS em Paudalho. Foi apresentado, sobretudo, um modo de gerir inovador que deseja expressar uma organização ativa e preocupada com o usuário, mas que depende de uma equipe forte e comprometida com a gestão da saúde no município.

São retomados, através da roda de conversa, alguns aspectos importantes como os valores profissionais e o empenho na finalização do resultado, proporcionando a satisfação final do usuário, como relatam alguns dos participantes abaixo:

Antes da roda o que conseguia avaliar do SUS, é que era um Sistema Único de Saúde defasado, acabado, que era apenas um sistema universal para todos os brasileiros... e não me interessava entendê-lo. Depois da roda eu busquei conhecer mais entendê-lo e me ver responsável pela sua consolidação em Paudalho (Participante M).

Eu acho que ela facilita a gestão quando ela provoca seus gerentes, trabalhadores e conselheiros para discutir, analisar, identificar erros e reconhecer os avanços (Participante I).

O método da roda fez a gente **crescer** não só na questão administrativa. A roda de conversa, em minha opinião, é o melhor método, pois consegue extrair idéias, somar conhecimentos e trocas de experiências. É também a melhor forma de integração entre o grupo, ou seja, é a peça chave da gestão participativa (Participante H).

As pessoas são ouvidas, se sentem participantes do processo... Antes era assim: recebia a ordem e me sentia na obrigação de executar a tarefa pelo salário no fim do mês, e só, após as rodas comecei entender mais do SUS, enxergar o outro [...] (Participante E).

Melhorou o trabalho em equipe, o processo de organização do nosso trabalho [...] (Participante D).

Esse processo permitiu viver a gestão como um todo e não em parte. Ajudou a gente a defender melhor a saúde. (Participante H).

A roda de conversa proporcionou à gestão um estreitamento e uma aproximação com os profissionais e usuários. Segundo Silva (2006):

um dos valores éticos que embasa a roda de conversas é o diálogo. Quando falamos em diálogo, estamos afirmando que o processo educativo, para ser emancipatório, deve ser realizado na base da escuta e da fala, no saber ouvir e no poder falar onde as pessoas de forma solidária constroem junto um novo saber.

A idéia de institucionalizar a roda de conversa como instrumento da Gestão Participativa do SUS amplia a possibilidade da concretização de uma Gestão que responda aos anseios dos trabalhadores e usuários do SUS, investindo principalmente no diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários.

A possibilidade de governar com a participação popular pressupõe romper com vícios da hegemonia burguesa e mercantilista na formulação de políticas públicas trazendo para Gestão o desafio de incluir os mais pobres nas decisões, tratar com transparências as contas públicas (administrar com transparência no Estado para uma consciência emancipatória da classe trabalhadora) (SILVA, 2006, p. 21).

A experiência com a roda de conversa no âmbito da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Paudalho nos remete a refletir sobre a valorização do sujeito e a participação dos gestores, usuários e trabalhadores na gestão do serviço de saúde, assim como sua contribuição na democratização do SUS através da participação popular, formulação e execução de políticas de saúde propondo a institucionalização de uma nova ferramenta de gestão participativa que combine política, gestão, planejamento e promova o fortalecimento do sujeito.

Construir o novo significa buscar estratégias viabilizadoras de políticas públicas includentes, tendentes a universalização direcionada a construção de uma sociedade mais equânime e menos desigual, enfrentando as tendências e não subordinado-se a elas (BARROS, 1996).

#### 5.2.4 Descrição dos limites e possibilidades encontrados na aplicação do método da roda de conversas na gestão Participativa do SUS

Dentre os relatos com relação limitações e possibilidades do método da roda, destacamos no Quadro 2, de forma mais sucinta porém intensa o sentimento que estava incutido nas falas analisada.

| <b>LIMITES</b>  | <b>POSSIBILIDADES</b>   |
|---|---|
| “Falta de comprometimento por parte de alguns”                                  | “Uma forma de integração da equipe”   |
| “Resistência a mudança, ao novo...”   | “Disseminar essa prática com outros”  |
| “Indisponibilidade de tempo”  | “Crescimento pessoal e da equipe”   |
| “Rotatividade dos profissionais pela fragilidade dos vínculos empregatícios”    | “Desperta o desejo de planejar, contextualiza e dar visibilidade do que está sendo feito” |
| “Exposição pessoal, vergonha pela não apropriação do conhecimento do SUS”       | “Escutar mais o outro”  |
| “Cultura de não associar o ato de sentar em roda, como algo possível da gestão” | “Se ver dentro da gestão”   |
| “Os conflitos que aconteciam na roda”   | “Desenvolve relações mais humanas e acolhedoras”  |

**Quadro 2** – Limites e possibilidades da roda de conversa na gestão.

O método da roda de conversa é aplicado no sentido de buscar, entre os diversos decisores, formas de atuar e alternativas de soluções para as necessidades e prioridades, fazendo com que todos os seus objetivos sejam atingidos e buscando as razões e caminhos de soluções a partir da visão dos decisores do processo.

Percebemos através dos relatos que a fragmentação da proposta de gestão participativa dificultava a institucionalização da roda de conversa como instrumento de gestão na SMS o que gerava distanciamento e incompreensão da sua concepção com os gerentes, coordenadores e conselheiros de saúde.

Outro aspecto observado quanto à limitação do método, era a resistência que se havia de romper com o modelo culturalmente imposto, como bem descreve o Participante M:

A dificuldade de romper com a cultura 'de andar em ônibus', método de reunião em fila, ou seja, alguém conduz a reunião na frente e as pessoas sentadas de costas para o outro como igreja. Como é o processo, a gente relutou em sair do ônibus e ir para a roda, uma vez que a gente entendia que o nosso processo era: um preside, um dirige e os demais balançam a cabeça.

Com relação a isto Silva (2006), também relata em sua experiência que:

a hegemonia da educação em saúde na perspectiva da educação bancária (um dirigindo na frente, e os demais em fila, de costas para os outros), tornava a proposta da roda de conversa frágil, vulnerável as críticas, desvalorizações, descréditos e retaliações.

Por vivermos numa sociedade de classes que é histórica, onde as posições dos diferentes grupos sociais estão sempre se modificando umas relativamente às outras, é importante reconhecer que os saberes alteram as práticas e o fundamental, do ponto de vista da educação popular, é lutar pela afirmação dos sujeitos e, portanto, respeitar as diferenças, saber escutar e reconhecer. E isto passa também pelas próprias pessoas poderem (disporem de condições objetivas e subjetivas) de optar por um outro jeito de viver, de ser, de pensar e sentir (STOTZ, 2008).

Avaliação de que lições foram aprendidas e que iniciativas relevantes foram construídas do desempenho na função exercida, após a implantação da "roda de conversa".

No quadro abaixo apresentamos de forma sintetizada os relatos em comum dos participantes, quanto às lições aprendidas com a implantação da roda de conversa, e o ela lhes proporcionou.

“... A importância de conhecer os fundamentos e caminhos do SUS, e se colocar na história de construção do SUS em Paudalho”.

“Buscar aprofundar os conhecimentos e textualizar nossas experiências oferecendo visibilidade do que estava sendo feito e fortalecendo a gestão...”

“... Aprendemos a sistematizar e avaliar nossas práticas”

“... Pensar a gestão no coletivo”

“Respeitar o limite do outro e escutar mais ...”

“Discutir e construir políticas municipais de saúde”

**Quadro 3** – Lições aprendidas.

Parar para avaliar processo não é uma coisa fácil. As lições aprendidas, muitas vezes são deixadas de lado devido às pressões para cumprimento de prazos, o que leva vezes muitas os gerentes a se preocuparem mais com as atividades do que com os resultados, mudando rapidamente o foco, quando termina-se um projeto.

A intenção das pesquisadoras em avaliar esse fator era destacar a importância que as lições aprendidas apresentam para a gestão, mesmo quando negativas, torna-se uma ferramenta importante para o crescimento profissional e melhoria contínua das práticas nas organizações.

Apesar das resistências e conflitos gerados a partir da roda de conversa, é empolgante perceber a importância que a “roda de conversa” teve para participantes da pesquisa e de como eles conseguem em seus depoimentos citar algumas das experiências vivenciadas, identificando-as como contribuição do ato de sentar em roda para discutir e planejar a gestão de forma participativa. Os relatos se apresentam de forma sintetizada no quadro abaixo:

“Implantação do Colegiado Gestor”  
“Formação de uma equipe de apoio matricial”.  
“A realização da I Conferência Municipal de Saúde”.  
“Elaboração do projeto denominado “SUS na boca do povo”  
“Implantação do projeto ‘Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) ’”  
“Aprovação e Implantação da Política Municipal de Saúde dos Adolescentes”  
“Implantação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde- NUMES”  
“Aprovação e Implantação da Política Municipal de HIV/AIDS”

**Quadro 4** – Iniciativas relevantes.

As estratégias articuladoras apontam conferir a voz ativa para a sociedade civil preparada na enunciação de suas próprias classes de vida. A valorização e a opinião às diferenças étnicas, regionais, sócio-culturais, e de identidade de gênero é fundamental para que as propostas governamentais para ações de promoção de saúde sejam harmônicas com a realidade de grupos, atentando às particularidades de suas necessidades e processos, valores e práticas sociais. Essas necessidades e demandas dos diversos grupos sociais devem ser envolvidas à luz do próprio fato de grupo, com recomendações acerca de seus valores, hábitos, condições sociais e especificidades dos problemas relativos ao processo de suas idealizações acerca do que seja saúde e dos fatores associados ao que estes mesmos grupos entendem por bem-viver. Nesta perspectiva, as estratégias articuladoras entre roda de conversa e governo são elas mesmas estratégias de levantamento de aspirações, necessidades e demandas, sendo ainda estratégias que visam conferir responsabilidade e autonomia aos grupos sociais (COSTA; LIONÇO, 2006).

Entretanto, esta abertura de espaço para a enunciação, acolhimento e consideração dos saberes e valores da roda de conversa que se organizam na luta pela garantia de seu direito à saúde, há de se atentar para a sensibilização das várias áreas técnicas da saúde, bem como gestores, trabalhadores e demais usuários da rede de saúde, para a necessidade de efetivarem ações harmônicas com as demandas que venham a serem explicitadas. Este deve ser um processo de construção conjunta, conferindo co-responsabilização a estes diferentes atores sociais, incluindo trabalhadores e gestores.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conquista do SUS, através do movimento da reforma Sanitária é o grande responsável por toda essa complexidade do Sistema de Saúde Brasileiro, e sua organização em todos os níveis a partir da sua descentralização exigindo principalmente dos municípios uma nova forma de pensar e fazer a gestão de saúde.

Considerado um dos maiores sistemas de saúde do mundo, conhecer e entender o SUS é muito mais que um desafio para todos componentes desse sistema (gestores, trabalhadores e usuários). É entendendo e conhecendo que é possível se ver como parte dessa história, ainda em processo de construção, com um caminho longo a seguir.

E nesses caminhos e descaminhos do SUS, sempre será necessário retornar ao início de tudo. Resgatar o movimento da reforma sanitária e discutir com a gestão e com a comunidade: a saúde, não como, política do Ministério, mas como uma função de Estado permanente e a partir de políticas intersetoriais que devem ser discutidas para implementação das ações de saúde a nível local com a efetiva participação de todos.

Vemos que as atitudes, os conhecimentos, o desenvolvimento de habilidades e competências na formação do gestor são tão importantes quanto à prática. No entanto, de nada valem estes atributos se o gestor não se preocupar com o processo de ensino/aprendizagem. Os gestores devem também possuir habilidades para diagnosticar e propor soluções assertivas às causas geradoras de conflitos nas equipes de trabalho, ter habilidades e competências para a escolha de ferramentas e técnicas que possibilitem a melhor administração do tempo, promovendo ganhos de qualidade e melhorando a produtividade profissional.

A educação popular tem sido utilizada como estratégia de aproximação cultural entre os serviços de saúde, o saber científico e conhecimento popular. Nesta perspectiva busca-se trabalhar com grupos de pessoas fomentando formas coletivas



de aprendizado para promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade além de estratégias de enfrentamento. Cria-se a possibilidade de troca de saberes abrem-se espaços de interação cultural e negociação entre os diversos envolvidos que constroem saídas coletivas para seus problemas e promovem mudanças duradouras nos hábitos e comportamentos para a saúde.

O estudo se reveste de fundamental importância uma vez que pouco se tem pesquisado sobre o método da roda de conversa na gestão, A trajetória desta experiência singular aqui descrita em breves palavras, ultrapassa a nossa capacidade de compreensão e análise. Estas limitações não nos impedem de apontar os desafios apresentados, no caminho trilhado pela SMSP.

Um desafio importante identificado pelas pesquisadoras é a disseminação desta prática pelo próprio tecnicismo e caráter formativo que dado à gestão de saúde, gerando certo distanciamento e rejeição a roda de conversa e a educação popular em saúde como práticas aplicadas na gestão.

Porém, a diversidade das concepções e experiência deste campo da saúde principalmente quando falamos em modelo de gestão participativa requerem instrumento e dispositivos coletivos novos. Muitas vezes capazes de responder as complexas questões como: Como garantir a participação de todos na gestão?, Como garantir espaços democráticos?

Longe de esgotar as questões aqui abordadas, este estudo procura lançar ao debate a contribuição que o método da roda de conversa tem para a modelo de gestão participativa e democrática elaboração de metas e planos municipais de saúde, que se construam verdadeiramente com a participação de todos os gestores, trabalhadores e usuários.

Sendo assim, o envolvimento de representantes dos movimentos sociais organizados não deve estar restrito à apresentação de demandas, sendo fundamental a criação de espaços acolhedores em que às lideranças sociais encontrem um campo em que seja possível propor alternativas de intervenção, e não apenas demandar do governo respostas ou soluções diante dos problemas

existentes. Os sujeitos sociais são concebidos, no exercício da gestão participativa, não apenas como sujeitos de direitos, mas como sujeitos ativos que sustentam os sentidos de suas próprias experiências, sendo os protagonistas no esclarecimento de suas realidades sociais e de suas estratégias de promoção do bem-viver, em consonância com seus valores e modos de vida. A definição de estratégias de intervenção é um processo sinuoso, envolvendo não apenas a identificação de necessidades e de demandas em saúde, mas também o esclarecimento das condições institucionais para a viabilização de iniciativas e encaminhamentos pertinentes.

Esperamos contribuir compartilhando mais uma experiência, mais um caminho percorrido na busca da efetividade da gestão participativa do SUS. E, para o fim, que também pode ser o começo, terminamos com uma poesia de cordel, fruto de uma vivência da roda de conversa no município de Paudalho que expressa as descobertas que a experiência proporcionou, a luta pela sobrevivência, pela participação, de embates e questões tão conhecidas para quem optou pela gestão participativa, educação popular em saúde especialmente na gestão do SUS...

Meus senhores e minhas senhoras  
 Caminhando e cantando  
 Nas ruas e nas praças  
 Falando e gritando  
 E o interesse comum  
 Sempre buscando.

Defendendo a população  
 Na calma ou na pressa  
 Nos movimentos populares  
 E na rodas de conversas  
 Os assuntos são diversos  
 E muito interessa.

No Estado de Pernambuco  
 O alerta foi geral  
 O movimento já avisou  
 Do sertão ao Litoral  
 Que pra controlar as diferenças  
 A roda de conversa é ideal.

Está na Constituição  
 Seus direitos sociais

Que são saúde e educação  
E bases assistenciais  
Se você ainda não possui  
Terá que correr Atrás.

Se organizem e façam jus  
As leis de nosso País  
Só todos se organizando  
Cortarão o mal pela raiz  
Sem a união das pessoas  
Não haverá futuro feliz.

Contamos com os senhores  
Pra nossa menta alcançar  
Contamos com os estudantes  
Pra roda de conversa apoiar  
E promover com qualidade  
O movimento popular.

Além de participar nas decisões  
Vamos também monitorar  
Conhecendo as leis do País  
Pra os problemas enfrentar  
Usando no dia-a-dia  
No controle popular.

Nessa poesia de cordel  
Esse tema é muito falado  
De grande responsabilidade  
Deixou o seu recado  
Vamos levar a frente  
Esse enfoque registrado.

Gilliard Henrique  
ACS - Paudalho

## REFERÊNCIAS

ADMINISTRAÇÃO. In: AURÉLIO, B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JÚNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Revista pan-americana de salud publica**, Washington, v. 8, n. 1/2, p. 85-91, july/aug. 2000.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a. compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AROUCA, Sergio. Saúde na constituinte: a defesa da emenda popular. **Saúde em debate**, Londrina, n. 20, p. 39-42, abr. 1988.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5-17, 1996.

BORNEVADE, Juan E. Dias. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BRANDÃO, C. R. **Educação popular**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão participativa para o SUS**: versão preliminar. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS de A a Z**: garantindo a saúde nos municípios. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade**

**da estratégia saúde da família.** Brasília, DF, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 6).

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília, DF, 2006.

CAMPOS, Gastão W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez.1998.

CAMPOS, Gastão, W. S. **Um método pra análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito a produção de valores de uso e a democracia em Instituições o método da Roda.** São Paulo: Hucitec, 2000.

CARNEIRO, Moacir Alves. **Lei de diretrizes e base fácil: leitura crítica-compreensiva artigo a artigo.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: Fase: Ibam, 1995.

CONFERÊNCIA GESTÃO DEMOCRÁTICA DO ENSINO PÚBLICO: UMA CONQUISTA EM CONSTRUÇÃO, 2004, Aracajú. **[Trabalhos apresentados].** Aracajú: Síntese, 2004.

CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2., 1997, Belo Horizonte. **Plano nacional de educação: proposta da Sociedade Brasileira.** Belo Horizonte, 1997. Disponível em: <[http://www.adunb.org/adunb\\_online/2007/pne.pdf](http://www.adunb.org/adunb_online/2007/pne.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2008.

CONTIN, L. **Educação em saúde e a reforma sanitária.** Disponível em: <[www.redepossaude.com.br](http://www.redepossaude.com.br)>. Acesso em: 22 set. 2008.

COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-55, maio/ago. 2006.

DEMOCRACIA. In: AURÉLIO, B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

FERREIRA, Naura Syria Carapeto (Org.). **Gestão democrática da educação**: atuais tendências, novos desafios. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

FLEURY, Sonia (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez, 1989.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL DO INTERIOR DE PERNAMBUCO. **Calendário oficial de datas históricas dos municípios do interior de Pernambuco**. Recife: Centro de Estudos de História Municipal, 1994.

GESTÃO. In: AURÉLIO, B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

GONÇALVES, Paulo Roberto. **Democracia e participação na gestão escolar**. São Paulo: Saraiva, 2004.

IBGE. **Dados estatístico de 2007**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[www.ibge.com.br](http://www.ibge.com.br)>. Acesso em: 16 nov. 2008.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1970.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marina A. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEVY, P. **As tecnologias da inteligência**: o futuro do pensamento na era da informática. São Paulo: Ed. 34, 1993.

MERHY, Emerson Elias. **O trabalho em saúde**: olhando a experiência do cotidiano.

São Paulo: Hucitec, 1992.

MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOTTA, Paulo R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 1. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Capital e trabalho nos serviços de saúde**: introdução e o conceito de serviços; determinação geral. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1989.

PAIM, J. S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. v. 5, p. 473-487.

PAUDALHO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde (2006-2009)**. Paudalho, 2006.

PONT, Raul. Aprofundar a democracia e garantir o papel regulador do Estado. In: ABRAMO, Bia. **Desafios do governo local**: o modo petista de governar. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1997. p. 46-53. (Coleção pensamento).

RAGO, L. M.; MOREIRA, E. F. P. **O que é Taylorismo**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

RODA. In: AURÉLIO, B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

SILVA, J. C. **Educação popular em saúde e institucionalização**. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o pacto de gestão. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-338, jul./dez. 2006.

SOUZA, Cláudio B. G. **Gestão participativa**: conceitos e operações fundamentais. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.fclar.unesp.br/publicacoes/revista>>.

Acesso em: 14 jun. 2008.

STOTZ, E. N. **Apresentação ANEPS**. Disponível em: <<http://redepopsaude.com.br/ANEPS/index-ANEPS-interno.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2008.

TAYLORISMO. In: WIKIPÉDIA. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Taylorismo>>. Acesso em: 15 jun. 2008.

VALLA, V. V. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. p. 77-92.

VASCONCELOS, Eymard. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.



## **ANEXOS**



## ANEXO A - Roteiro de Entrevista

### ROTEIRO DE ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DO MÉTODO DA RODA DE CONVERSAS NA GESTÃO.

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo (sem abreviaturas): \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Sexo: ( ) FEMININO ( ) MASCULINO

Escolaridade: ( ) Nível fundamental incompleto (1º grau incompleto)

( ) Nível fundamental completo (1º grau completo)

( ) Nível médio incompleto ( 2º grau incompleto)

( ) Nível médio Completo (2º grau completo)

( ) Superior incompleto

( ) Superior completo

( ) Especialização/ Residência

( ) Mestrado

( ) Doutorado

Função na Instituição: \_\_\_\_\_

1. Compreensão do Sistema Único de Saúde (SUS);
2. Entendimento de Gestão Participativa no SUS;
3. Percepção de que significados foram percebidos, vividos, construídos neste processo;
4. Definição do método da “Roda de Conversa”;
5. Identificação de mudanças construídas com a introdução do método da “roda de conversas” para a Gestão Participativa;
6. Entendimento do que mudou com a introdução do método da “roda de conversas” na Gestão;
7. Descrição de quais os limites encontrados na aplicação do método da roda de conversas;
8. Avaliação de que lições foram aprendidas e que iniciativas relevantes foram construídas do desempenho na função exercida, após a implantação da “roda de conversa”;

Paudalho, \_\_\_\_\_ de Setembro de 2008.

## **ANEXO B - Roteiro de Conversa**

### **ROTEIRO DE CONVERSA DAS EQUIPES MATRICIAIS DA SMS - PAUDALHO**

#### **Primeiro momento – Acolhimento**

Organizar a roda, refletir o sentido de estar parando e sentando para conversar sobre o trabalho da gestão e da gestão do trabalho nas USF. Explicitar a proposta de trabalho e construir coletivamente pactos de horário para começar e terminar, expectativas, metodologia e resultado / produto da reunião.

#### **Segundo Momento**

1. Refletir sobre o lugar e o papel dos profissionais e das USF no contexto do SUS e da atenção à saúde no município. Pode ser uma roda de conversa ou uma construção de uma cartaz e uma rodada de falas.

Perguntas – chaves: 1. Como me vejo e como vejo o meu trabalho na USF e no SUS? 2. Do que se adoce e se morre no território ou comunidade.

#### **Terceiro momento**

1. Refletir sobre as necessidades, limitações, possibilidades coletivas e desafios coletivos dos profissionais das USF

Perguntas – chaves: 1. Quais as necessidades, limitações, possibilidades coletivas e desafios coletivos dos profissionais das USF em interface com a gestão local ( USF ) e Municipal ( coordenação do PSF)? Pode – se trabalhar com tarjeta, produção textual, produção de cartaz e ou rodas de conversa.

#### **Quarto Momento**

Construção de Agendas e Encaminhamentos

Discussão de encaminhamento sobre o Pacto Pela Vida e a PPI

Discussão e encaminhamentos sobre atividades de promoção da saúde, organização de agendas da atividade e organização de grupos operativos por ciclos de vida.

Incorporar outras demandas da USF

#### **Quinto momento**

Avaliação e fechamento ( rodas de conversas ou produção de tarjetas) de forma aberta e livre , tentando identificar o ponto de vista das pessoas

Pergunta – chave: 1. Em que medida a reunião nos ajudou a refletir a nossa prática?

2. O que precisamos fazer para melhorar o que fazemos?

Observação: pode-se recriar outras perguntas

Fazer o ritual de fechamento, uma roda de despedida, de agradecimentos.

## ANEXO C - Relatório da I Oficina

### RELATÓRIO DA I OFICINA DE AVALIAÇÃO DA SMS – PAUDALHO ABRIL/2007 Ficha de Avaliação

Quem avalia (nome /s):

Qual a política ou ação avaliada :

Neste caso, serão formadas duplas ou tríades de áreas distintas para fazer avaliação de uma certa política, ação ou projeto

#### **Objetos da Avaliação**

- Processo de Gestão
- Processo de atenção à saúde
- Processo de Trabalho
- Processo de Educação
- Processo de Comunicação
- Processo de Sistematização

Estes serão os objetos a serem avaliação.

#### **Objetivos da Avaliação**

- Avaliar o processo de gestão, trabalho, atenção e educação na saúde;
- Verificar o cumprimento de pactos, ações e agendas das políticas (propostas, políticas);
- Refletir sobre o processo de avaliação e acompanhamento das políticas e ações;
- Evidenciar limites, potencialidades e desafios do processo;
- Pactuar novos desafios e agendas públicas;

Estes serão os objetivos a serem focalizados

#### **Metodologia - princípios e técnicas**

Democracia, respeito, construção coletiva, reflexão crítica e participação.

Rodas de conversas (grandes e pequenas), produção de cartaz (mural), tarjetas.

Estas são as referências metodológicas orientadoras

#### **Instrumentos**

Propostas, filipe tas, tarjetas, cartazes, análise das falas.

Estes são os instrumentos da avaliação

#### **Produto / Resultado Esperado**

Relatório (sistematização), noção do processo e do resultado, visão do cumprimento da agenda pública e operacional.

Estes são os produtos ou resultados da avaliação

#### **Referências de Indicadores**

| Elementos para Indicador | Indicadores para avaliação |         |      |
|--------------------------|----------------------------|---------|------|
| Indicadores              | Bom                        | Regular | Ruim |

|   |      |            |             |
|---|------|------------|-------------|
| Análise do alcance das propostas                            | x    | xxxxxxxxxx | x           |
| Nível de apropriação do modelo de gestão                    | xx   | xxxxxxxxxx |             |
| Nível de apropriação do modelo de atenção;                  | xx   | xxxx       | xxxxx       |
| Nível de solidariedade da equipe;                           | x    | xxxxxxxxxx | xx          |
| Nível de participação;                                      | xxxx | xxxxx      | xx          |
| Nível da capacidade de integração dos gerentes;             |      | xxxxx      | xxxxxx      |
| Nível da capacidade criativa dos gerentes;                  | x    | xxxxxxxxxx | x           |
| Nível da capacidade de produção de conhecimento sobre o SUS | xxx  | xx         | xxxxxxx     |
| Nível de comprometimento com a proposta de gestão           | xxxx | xxxxxxxxxx |             |
| Nível de capacidade de produção de ineditismo               | xxx  | xxx        | xxxxx       |
| Nível da capacidade de produção de autonomia                | xxxx | xxxxxx     | xx          |
| Nível da capacidade de produção de alteridade               | xxx  | xxx        | xxxxx       |
| Visibilidade da proposta de gestão                          |      | xxx        | xxxxxxxxxx  |
| Visibilidade do modelo de atenção                           |      | x          | xxxxxxxxxxx |
| Nível de focalização  | x    | xxxxxxxxxx |             |

100 %

| Bom | Regular | Ruim |
|-----|---------|------|
| 29  | 81      | 54   |
|     |         |      |

Estes são os elementos de indicadores e indicadores

**Evidências de Limitações, Potencialidades e Desafios.****Limites**

01= insuficiência de recursos financeiros,frágil relação da secretaria com os profissionais da ponta ,fraca articulação entre a secretaria de saúde e o estado e outras secretarias,fragilidade na composição e ativação do conselho....

02= muitas demandas e pouco tempo para as necessidades.Tensão na linguagem,entendimento,resistência da metodologia.

03= necessidade de fortalecer os conhecimentos sobre SUS,gestão de saúde.

04= comunicação/ cooperação por parte dos funcionários

05= falta de reuniões internas,transporte,falta de hábito de planejar.

06= frágil articulação com outras políticas.Insuficiência de material de trabalho,baixo índice de cobertura vacinal no município,além de insuficiência no nível de conhecimentos dos profissionais na área vacinal.

07= conhecimento do SUS,falta de captação de recursos

08= falta de recursos,falta de conhecimento teórico,técnico.

09=

10= falta de recursos humanos,financeiros,subsídios de informação.

11= falta de condições de trabalho em recursos humanos,financeiros e materiais...

### **Potencialidades**

01= iniciar a gestão participativa, capacidade de formular ações direcionadas para implantação e fortalecimento de saúde do município, capacidade,e desejo de articular e fortalecer relações positivas.

02= flexível,paciente,animador de grupo,acolhedor.Acúmulo de teoria,articulador,valorização das pessoas.

03= bom desempenho operacional.

04= interesse/-vontade

05= abertura a críticas, sugestões e idéias.

06= solidária/dinâmica/acolhedora.

07= comprometimento, está sempre aberto a aprender,responsabilidade.

08= aberta a críticas e a busca do conhecimentos.

09=

10= articular ações.

11= articulador dentro do modelo de gestão, do município.

### **Desafios**

01= promover a visibilidade da proposta gestão e do modelo de atenção,fortalecendo a iniciativa da gestão participativa e a relação entre SMS e os profissionais da ponta;capacitar o conselho de saúde,fortalecendo a ele,os gerentes e trabalhadores.

02= reorganizar o tempo e adequar a linguagem,melhorar a integração com algumas pessoas,visibilizar a proposta.

03= assegurar o modelo de gestão,dando a visibilidade necessária.

04= organizar e planejar a unidade.

05= por em prática monitoramento e avaliação.

06= elevar o índice de cobertura vacinal no município;capacitar 100% dos profissionais e garantir material suficiente para melhores condições de trabalho.

07= ampliar os serviços e melhorar os serviços prestados a população.

08=conseguir implantar a política de saúde bucal,uma vez que meu nível de conhecimento técnico e metodológico é frágil.

09=

10=

11= apropriar-se(administrar) os conhecimentos do SUS.

No quadro acima deve ser descrito as evidências das limitações, potencialidades e desafios

### Considerações da Avaliação

|  |
|--|
|  |
|--|

## ANEXO D - Trecho do Relatório

### **TRECHO DO RELATORIO DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE 2007 QUE FAZ REFERÊNCIA À EQUIPE DE APOIO INSTITUCIONAL E O FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO**

#### **Desafios da participação e efetivação do Direito Humano à Saúde no século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento.**

- Fortalecer a Equipe de Apoio Institucional (aperfeiçoar e ampliar);
- Organizar espaços de reflexão sobre o SUS e sua operacionalização;
- Organizar conselhos locais de saúde;
- Fortalecer a intersetorialidade na gestão, na atenção, na educação em saúde e no controle social;
- Construir novas metodologias (participativas e humanizadas) e novas linguagens (teatro, teatro de bonecos, vídeo, música, literatura de cordel) para falar de SUS e de sua operacionalização;
- Desenvolver processos organizativos de luta pelo direito à saúde e deveres com co-responsabilidade entre gestor, trabalhador e usuário;
- Desenvolver processos de divulgação (mídias alternativas, folders, panfletos, teatro) do SUS e dos mecanismos de controle social e participação popular;
- Desenvolver processos educativos sobre o SUS, o controle social e a participação popular;
- Articular as experiências e práticas populares do campo da saúde (parteiras, rezadeiras, quadrilhas, capoeira, etc);
- Promover feiras de cultura e saúde nas unidades, aproximando a comunidade dos gestores, conselheiros e profissionais de saúde;
- Criar mecanismos de aproximação da gestão da saúde junto às comunidades e unidades de saúde.

## ANEXO E - Relatório da Oficina

### RELATÓRIO DA OFICINA DE PENSAMENTO E PLANEJAMENTO DA SMS JAN/2007

Relatório (rascunho) da Oficina de Pensamento/ Planejamento

#### **Potencialidades**

##### **Saúde**

Aumento da Cobertura do PSF (em que medida?);  
Melhoria do acesso;  
Cobertura de saúde bucal;  
Gestão participativa;  
Recursos humanos (diversificado e qualificado);  
Alegria;  
Capacidade de sonhar;  
Grupo idealista;  
Compromisso;  
Humanização no atendimento;  
Vigilância Epidemiológica Diminuição de incidências de algumas doenças (qual?)

##### **Assistência**

Gestão participativa;  
Recursos humanos;  
Alegria;  
Compromisso;  
Capacidade de sonhar  
Acolhimento/ forma de abordagem/ humanização no atendimento;

##### **Bolsa – alimentação;**

##### **PETTI**

##### **PBF**

Trabalho com a terceira idade;

#### **CONSIDERAÇÃO**

Pode ser potência  
Na saúde  
Educação em saúde

Na assistência

PBF

#### **Limitações**

##### **Saúde**

Deficiente Processo de planejamento e gestão (em que?);  
Frágil processo de avaliação das ações  
Dificuldade na captação de recursos financeiros;  
Dificuldade na elaboração de projetos;  
Insuficiência de recursos financeiros;  
Fraco processo de planejamento de Pessoas (rh) sobrecarga de trabalho;  
Insuficiente capacitação dos profissionais (é inadequado?)  
Inadequada estrutura física (como? onde?)



Inadequados equipamentos (quais? onde?)  
 Deficiência na política de assistência farmacêutica;  
 Frágil participação popular e controle social (onde, como?);  
 Rotatividade dos profissionais médicos (onde reside o problema?)  
 Deficiência na política de saúde mental;  
 Inadequado distribuição e manutenção de transportes;  
 Inadequado distribuição e manutenção de equipamentos;  
**Alto índice de mortalidade infantil;**  
**Alto índice de gravidez na adolescência ( onde reside o problema?)**  
**Alto índice de casos de tuberculose (agravo ? mortalidade?);**  
**Alto índice de casos de hanseníase (agravo ? mortalidade?);**  
**Alto índice de casos de HIV “IST” ? (agravo ? mortalidade?);**  
 Deficiente processo de comunicação intersetorial i institucional (como assim?);  
 Frágil estruturação da política de vigilância sanitária;  
 Inadequada (incipiente?, frágil?) ações de educação em saúde;

### **Assistência**

Deficiente Processo de planejamento e gestão ( em que?);  
 Frágil processo de avaliação das ações  
 Dificuldade na captação de recursos financeiros;  
 Dificuldade na elaboração de projetos;  
 Insuficiência de recursos financeiros;  
 Fraco processo de planejamento de Pessoas (rh) sobrecarga de trabalho;  
 Insuficiente capacitação dos profissionais ( é inadequado?)  
 Inadequada estrutura física (como? onde?);  
 Inadequados equipamentos ( quais? onde?)  
 Insuficiência política de moradia;  
 Insuficiência política da criança  
 Insuficiência política do adolescente  
 Insuficiência política da juventude  
 Desconhecimento do governo municipal ( quem/), profissionais ( quem/) e população ( quem /) sobre a política de assistência;  
 Pouco investimento na geração de trabalho e renda;  
 Deficiência no atendimento de reabilitação e habilitação da pessoas com deficiência;  
 Falta de transporte;  
 Frágil participação popular e controle social ( onde, como?);  
 Deficiente processo de comunicação intersetorial i institucional (como assim?);

### **Ações**

Desenvolver uma política de captação de recursos;  
 Reestruturar a política de geração de trabalho e renda;  
 Fortalecer a política de segurança alimentar e nutricional;  
 Fortalecer uma política de planejamento ( será que não é repensar o modelo de gestão a partir de um referencial de planejamento e de gestão/);  
 Fomentar ( como assim? ) a participação popular e democratização da gestão;  
 Promover comunicação intersetorial ( só? E a interinstitucional?);  
 Fortalecer políticas voltadas para as crianças, adolescentes e jovens.

## ANEXO F – Pôster elaborado para apresentação



### III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

## “RODA DE CONVERSA: CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE À GESTÃO PARTICIPATIVA DO SUS NO MUNICÍPIO DE PAUDALHO”.

**AUTORAS:** Alexandra Miranda de Farias; Ana Alice de Almeida Santos Rocha; Nadjane Arcanjo Neves; **ORIENTADOR:** José Carlos da Silva

### INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende elencar considerações a respeito da gestão democrática do SUS no município de Paudalho, a partir da implantação da roda de conversa aplicada na gestão, tendo a Educação Popular em Saúde (EPS) como eixo norteador, que nos permitiu resgatar a importância do conhecimento significativo, de construir o conhecimento e os processos de ensino e aprendizagem, tendo como motivações fundamentais, as experiências dos trabalhadores e o contexto em que ocorreu o estudo. Damos ainda, uma visão sobre a roda de conversa como uma prática em que todos se vêem e são vistos por todos os participantes, o que possibilita a integração dos diferentes indivíduos, e diferentes opiniões em torno de uma situação coletiva, onde neste espaço é garantido o direito de expressão de todos.

### OBJETIVOS

#### Geral:

Analisar a “roda de conversa” como dispositivo que tem contribuído para implementação do modelo de Gestão Participativa.

#### Específicos:

- Evidenciar novas habilidades de trabalho e de gestão a partir da experiência do Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde, a partir de processos formativos sobre participação popular e democratização das políticas públicas de saúde;

- Identificar limites e possibilidades da “roda de conversa” enquanto dispositivo na implementação do modelo de Gestão Participativa;

- Refletir sobre as ideias e práticas dos gestores no cotidiano do seu processo de gestão e trabalho no SUS;

### MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo e analítico, realizado através de uma pesquisa qualitativa, que possibilitou um estudo dinâmico ampliando as possibilidades de leitura da realidade do processo analisado. A pesquisa se efetivou pelo levantamento de informações através da leitura dos registros, observações das rodas de conversa e oficinas realizadas no colegiado gestor no período de janeiro de 2007 a abril de 2008 na Secretaria Municipal de Saúde de Paudalho (SMSP), além da realização de entrevistas orientadas por um roteiro de conversa, que se deram através da gravação dos depoimentos, para posterior transcrição e análise das informações.

O universo da proposta do estudo foi constituído por quatro gerentes, oito coordenadores e três conselheiros da SMSP, totalizando a participação de 15 sujeitos.

A análise dos dados colhidos ocorreu de maneira qualitativa através da leitura dos registros e relatos das reuniões, e análise das falas dos envolvidos na pesquisa. Foi construído um roteiro básico de pressuposto com o intuito de orientar a análise de dados e procedimentos da pesquisa. A partir desses pressupostos foram elaborados os seguintes eixos conformadores: Experiências que evidenciam a compreensão sobre o SUS por parte dos entrevistados, o entendimento de Gestão Participativa do SUS, Identificação de mudanças após introdução do método da “roda de conversas” para a Gestão Participativa, descrição dos limites encontrados na aplicação do método da roda de conversas, avaliação de que lições foram aprendidas e que iniciativas relevantes foram construídas do desempenho na função exercida, após a implantação da “roda de conversa”.

### RESULTADOS

Nos relatos aqui analisados, são priorizadas alguns relatos revelados através das conversas com os participantes, leituras e observações do memorial descritivo e instrumentos de avaliação da SMSP, principais instrumentos da pesquisa, o que dá início à sistematização deste trabalho, relacionando esta à pesquisa; são consultados os principais documentos que tratam da roda de conversa, sua implantação e institucionalização no âmbito da gestão do SUS.

#### Compreensão dos entrevistados sobre o SUS:

“... Lindo no papel mais na prática não funciona...”; “... Rico em sua história, mas que não dá conta das necessidades da população...”; “Como o próprio sistema preconiza os seus princípios: “universalidade”, entendo que é para todos.”

#### Entendimento de Gestão Participativa do SUS:

“É quando traz o povo para discutir, pensar, entender o sistema, dentro da secretaria, da gestão promovendo uma interação”. ; “A gestão participativa é onde se ouve as opiniões, debates há na verdade valorização dos colaboradores, onde cada informação troca de ideias, é de grande valia para traçar metas e objetivos. Onde dependerá de todos para a construção do processo”.

#### Identificação de mudanças após introdução do método da “roda de conversas” para a Gestão Participativa.

“Eu acho que ela facilita a gestão quando ela provoca seus gerentes, trabalhadores e conselheiros para discutir, analisar, identificar erros e reconhecer os avanços”; “O método da roda fez a gente crescer não só na questão administrativa. A roda de conversa, em minha opinião, é o melhor método, pois consegue extrair ideias, somar conhecimentos e trocas de experiências. É também a melhor forma de integração entre o grupo, ou seja, é a peça chave da gestão participativa”.

#### Descrição dos limites e possibilidades encontrados na aplicação do método da roda de conversas na gestão Participativa do SUS

LIMITES: “Falta de comprometimento por parte de alguns”; “Resistência a mudança, ao novo...”; “Cultura de não associar o ato de sentar em roda, como algo possível da gestão”.

POSSIBILIDADES: “Uma forma de integração da equipe”; “Desperta o desejo de planejar, contextualiza e dar visibilidade do que está sendo feito”; “Escutar mais o outro”; “Se ver dentro da gestão”.

#### Avaliação de que lições foram aprendidas e que iniciativas relevantes foram construídas do desempenho na função exercida, após a implantação da “roda de conversa”.

##### LICÕES APRENDIDAS:

“Pensar a gestão no coletivo”; “Respeitar o limite do outro e escutar mais...”; “Discutir e construir políticas municipais de saúde”.

##### INICIATIVAS RELEVANTES:

“A realização da I Conferência Municipal de Saúde”; “Implantação do projeto ‘Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)’”; “Aprovação e Implantação da Política Municipal de Saúde dos Adolescentes”; “Implantação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde- NUMES”; “Aprovação e Implantação da Política Municipal de HIV/AIDS”.

### CONSIDERAÇÕES

O estudo se reveste de fundamental importância uma vez que pouco se tem pesquisado sobre o método da roda de conversa na gestão. A trajetória desta experiência singular aqui descrita em breves palavras, ultrapassa a nossa capacidade de compreensão e análise. Estas limitações não nos impedem de apontar os desafios apresentados, no caminho trilhado pela SMSP. Longe de esgotar as questões aqui abordadas, este estudo procura lançar ao debate a contribuição que o método da roda de conversa tem para a modelo de gestão participativa e democrática elaboração de metas e planos municipais de saúde, que se construam verdadeiramente com a participação de todos os gestores, trabalhadores e usuários. Esperamos contribuir compartilhando mais uma experiência, mais um caminho percorrido na busca da efetividade da gestão participativa do SUS.