

Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE)

The strengthening of subjects in health management:
advances and challenges in the experience of Fortaleza, state of Ceará

Carmem Emmanuely Leitão Araújo ¹
Ricardo José Soares Pontes ²

Abstract *This research deals with the potential and limitations of the strengthening of subjects in health management, based on the experience in Fortaleza in the period from 2005 to 2008. The subject is approached from a historical-cultural standpoint, which considers the dialectical interaction between the individual and the collective in deepening human consciousness on the self and the world. Focus groups were conducted with managers linked to Primary Healthcare and secondary data were utilized. An attempt was made to understand the meaning of the narratives constructed using a hermeneutic dialectic approach. Empirical categories were identified and analyzed as well as co-intentionality of change, political and conceptual drives, human management, reduction of hierarchy, fragmentation of work processes and concentration of decision-making power. Reflections arose on three main strategic policies: co-management, humanization, and continuous health education. It was concluded that, despite the persistence of obstacles, in order to improve the quality of healthcare services it is essential to establish a democratic management system through organizational arrangements and participatory methods that enhance integration and commitment of the Unified Health System players (SUS).*

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

Palavras-chave *Gestão em saúde, Estratégia Saúde da Família, Participação, Autonomia, Sujeito*

Key words *Healthcare management, Family Health Strategy, Participation, Autonomy, Subject*

¹ Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Rua Cel. Nicolau dos Santos 69, Bela Vista. 01308-060 São Paulo SP.

carmemleitao@yahoo.com.br
² Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores políticas de Estado de inclusão social¹. Superar, porém, alguns obstáculos é um imperativo^{2,3}. Dentre os principais desafios, destacamos a necessidade de imprimir novos modos de gestão em saúde no sentido de ultrapassar a predominância das formas tradicionais que não atendem a perspectiva democrática da reforma sanitária. Neste sentido, vários estudos apontam para a criação de modelos organizacionais com recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os níveis da organização, linha dos contratos de gestão, organogramas horizontalizados, dentre outros.

A subjetividade e o poder, por outro lado, também assumem o palco dos debates como componentes que precisam ser mais considerados e investidos na organização de sistemas e serviços de saúde. Há um crescente argumento em defesa de uma racionalidade comunicativa na gestão, em contrapartida à instrumental que caracteriza as organizações formais por meio da ênfase nos procedimentos, normas e regras⁴. Outros autores apostam no pensamento estratégico como forma de qualificar o planejamento, avaliação e gestão em saúde^{5,6}. Há quem chame a discussão para um modelo de gestão centrado nos usuários, onde estratégias, métodos e técnicas gerenciais estarão de acordo com as necessidades de saúde⁷.

Campos⁸ defende a necessidade de repor o sujeito no centro da vida, por conseguinte, na gestão em saúde por meio do Método de Cogestão de Coletivos. Ele aponta para uma reflexão profunda sobre a sociedade e propõe o agir na contramão de forças hegemônicas, pressupondo novos fluxos de poder e valores constitutivos da existência comum. Este autor considera que o taylorismo, primeira abordagem científica da administração com ênfase no controle, não foi superado no modo de gerenciar dos dias atuais. As mudanças ocorridas com o advento de outras abordagens administrativas trouxeram apenas uma aparente ampliação de autonomia e participação dos trabalhadores. O aprisionamento da vontade, a anomia e o poder “centralizado” estariam mantidos, apesar de se apresentarem de maneiras mais sutis no mundo do trabalho.

Em síntese, independente dos acentos sobre a melhor forma de superação dos modelos clássicos de gestão, no campo da saúde coletiva há um entendimento que estimula a inversão da lógica predominante de administrar por meio da ênfa-

se nos interesses, desejos e valores dos diferentes atores do sistema de saúde. Assim, torna-se oportuno o fortalecimento de movimentos que culminam com a emancipação das pessoas e a criação de arranjos organizacionais que contemplem os diferentes sujeitos envolvidos no campo da produção da saúde, como também fomentem a democracia institucional.

Ao falar de democracia, fazemos referência à prática que busca a mudança social com base na participação. Chauí⁹ caracteriza a democracia como forma de vida social e critica os que a reduzem como um tipo de governo, destacando-a como o modo de uma sociedade dividida em classes estabelecer suas relações na busca de conciliar o princípio da igualdade e da liberdade com a existência real das desigualdades. Perguntamos, portanto, viveríamos numa democracia como vida social? Partimos da ideia de que superar as barreiras socioideológicas que impõem relações desiguais entre os indivíduos ainda é um grande desafio para a nossa sociedade¹⁰. Para edificar uma sociedade democrática é preciso considerar a “profunda distancia social” que marca a sociedade brasileira¹¹ e as relações de alienação e submissão. É preciso ir mais além e apostar na constituição de sujeitos.

De acordo com Testa¹², constituição “se refere al proceso (flechas y componentes em secuencia) que produce o cambia el carácter de um determinado sujeto”. Não é, por assim ser, o estabelecimento rígido e estático da identidade humana. Os sujeitos se fazem na atividade de superação das contradições sociais, como consequência do desenvolvimento da sua prática. Para Góis¹⁰, “o indivíduo ao transformar a realidade se apropria cada vez mais dela e, por conseguinte, passa a conhecê-la muito mais, torna-se, assim, sujeito de sua história, de sua realidade.” Sujeitos seriam, portanto, aqueles que aprofundam suas consciências sobre o mundo e sobre si, produtos das sínteses de histórias individuais e coletivas na materialidade do mundo^{13,14}.

Diante dessas discussões sobre gestão e sujeito, neste artigo será apresentada uma pesquisa que buscou analisar como uma gestão se move ou não no sentido de favorecer a expressão de homens e mulheres menos submissos e resignados, ativos e com maiores graus de autonomia, capazes de exercitar o diálogo na aproximação de interesses e ações na perspectiva da produção de saúde. Ou seja, compreender a constituição de sujeitos no campo da gestão em saúde a partir de uma experiência em gestão da saúde no município de Fortaleza (CE), no período de 2005 a 2008.

Metodologia

A metodologia desta pesquisa foi ancorada no referencial teórico-metodológico das pesquisas sociais e humanas, por considerar a natureza subjetiva de investigar os significados atribuídos à experiência humana. Qualquer que seja a postura adotada pelos que aderem à pesquisa qualitativa há implicações sociais, políticas, ideológicas e éticas, as quais possuem dois principais desdobramentos nos estudos do setor saúde: 1) reconhecimento do ponto de vista dos outros; 2) interesse nas experiências e nos processos de significação¹⁵. Nesta perspectiva, realizamos o exercício hermenêutico a partir dos significados atribuídos pelos entrevistados a uma experiência em gestão em saúde.

A gestão em saúde de Fortaleza (período de 2005 a 2008), capital do Estado do Ceará, localizada no Nordeste brasileiro, com população estimada de 2.458.545 habitantes, foi o caso estudado. Essa escolha se deu pela proposição, pela esfera municipal, a partir da mudança de governo em 2005, que definia como prioridade o estabelecimento de novas práticas e definição de estratégias de mudança do modelo assistencial. Adotou-se, naquele momento, um conjunto de políticas e estratégias estruturantes: ética do cuidado e humanização, participação social e gestão compartilhada, estratégia saúde da família e gestão do trabalho¹⁶. Tornou-se, em vista disso, uma experiência fértil para este estudo.

As informações da pesquisa foram construídas por meio de fontes primárias e secundárias. No primeiro caso, a técnica utilizada foi a de grupo focal, a qual se apresenta como técnica qualitativa, não-diretiva, que favorece uma análise em profundidade das informações construídas numa situação de interação grupal. O grupo focal permite que as pessoas expressem suas opiniões, significados e sentimentos sobre alguma experiência vivenciada.

Os participantes dos grupos focais seriam gestores/gerentes em relação estreita com a rede assistencial da atenção primária/saúde da família. Esta escolha teve por motivo as dimensões estratégicas que esta rede de serviços teria frente à organização do sistema de saúde. Foram realizados dois grupos focais em dezembro de 2008, mais especificamente um grupo focal com 12 (doze) coordenadores de Centros de Saúde da Família com mais de 2 anos de experiência neste cargo em Fortaleza e outro grupo com pessoas que atuavam no âmbito regional. Sobre este último, estiveram presentes 3 (três) gerentes da atenção básica

de regionais, 1 (um) chefe de distrito, 2 (dois) coordenadores da área técnica da Saúde da Mulher e 1 (um) coordenador de saúde bucal. Em ambos os grupos, foi garantida a representação dos 6 (seis) distritos de saúde. Todos os informantes haviam concluído ou estavam sendo alunos de uma das especializações ofertadas pela gestão municipal. Este não foi um critério de seleção dos entrevistados, mas esta característica singular chamou-nos atenção como indicador de investimento na formação dos gestores e trabalhadores.

Os dados secundários originaram-se dos relatórios de Gestão da Saúde e pesquisa institucional sobre as rodas de gestão realizada no ano de 2007. É importante também destacar que uma das pesquisadoras atuou na gestão supracitada e suas anotações tornaram-se fonte para a análise dos dados.

A opção teórico-metodológica para a análise das informações foi pela hermenêutica-dialética. A justificativa se deu pela própria característica dos objetivos da pesquisa, cujos sujeitos são entendidos em suas dimensões históricas e culturais, numa dada gestão que busca a superação hegemônica de modelos de atenção e gestão em saúde, pois “a união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos com múltiplas determinações, mas com significados específicos”¹⁷.

Os passos utilizados para a análise foram: ordenação, classificação e análise final. Três macro-categorias empíricas foram analisadas. A primeira refere-se às informações que indicaram uma intencionalidade e um direcionamento político-conceitual na gestão de Fortaleza no período estudado. A seguinte destacou os aspectos referentes à organização do processo de trabalho. A última considerou os espaços potenciais de construção de sujeito.

Esta pesquisa foi requisito para conclusão de mestrado de uma das autoras no curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará (UFC) e teve apoio técnico e financeiro da Comunidade de Estudos e Pesquisas sobre Políticas e Gestão em Saúde (POIESIS). Esteve de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁸, no sentido de garantir os direitos dos envolvidos na pesquisa. Os entrevistados aceitaram participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Conservou-se o anonimato dos envolvidos na pesquisa.

Resultados

A intencionalidade e a prática de mudança no discurso dos participantes da pesquisa

A intencionalidade e a prática de mudança são categorias empíricas que expressam, com centralidade, um direcionamento político-conceitual na gestão de Fortaleza no período estudado. Nas narrativas analisadas, identificamos uma aproximação entre o propósito institucional de implantação de uma gestão participativa e a percepção dos entrevistados sobre sua atuação nessa direção. Foram marcantes expressões que destacavam como um projeto comum, o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) e criação de uma nova proposta de modelo assistencial.

Os grupos focais apontaram para a criação de uma coletividade e cocompromisso na construção do sistema de saúde, porém consideraram que avançar no trabalho em equipe, na gestão, além de problematizar conceitos e práticas cristalizadas, é algo desgastante que exige superação, não só de práticas e de outras pessoas, mas também de si mesmo. Reportando-se ao momento histórico que vivenciavam, e que em menor ou maior grau compartilhavam, os informantes da pesquisa disseram que conseguiram muitas mudanças, mas ainda faltavam muitas outras para reorientar o modelo assistencial. Para tanto, afirmaram ser importante ampliar com todos os atores, especialmente trabalhadores, a compreensão do modelo de redes proposto pela gestão (desenho administrativo de cinco Redes Assistenciais, quais sejam: Estratégia Saúde da Família (ESF), atenção especializada, urgência e emergência, hospitalar e saúde mental).

A proposição de fortalecer a ESF foi debatida em ambos os grupos focais, principalmente por meio de reflexões sobre o concurso público, o perfil dos trabalhadores e o processo de implantação das equipes. Sobre o concurso para profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, o qual permitiu a contratação de 300 equipes em Fortaleza no ano de 2006, uma gestora regional disse que “foi um avanço, um sonho de ‘esquerda’ que a gente tinha, pensando ideologicamente”. Por outro ângulo, uma coordenadora comentou que “o chamativo do concurso é apenas a estabilidade do serviço público, de uma carreira”, ou mesmo, de acordo com outra coordenadora, “simplesmente a questão monetária”. Em síntese, o concurso público passou a ser um marco na história da saúde pública da cidade. No entanto, não houve concordâncias sobre sua eficácia na maior implicação e

fixação dos profissionais, especialmente médicos, na atenção primária em saúde.

A causa de muitos problemas para instituir um trabalho de qualidade na atenção à saúde deve-se, segundo o grupo de coordenadores, à ausência de “perfil”: “muitos profissionais que passaram no concurso realmente não têm perfil de PSF e isso realmente dificulta o trabalho”. Este julgamento não perpassou apenas pelos profissionais, também disseram haver gestores sem “perfil”. Quando perguntados sobre o que seria perfil, não hesitaram em afirmar que era compromisso, responsabilidade e identificação com o trabalho.

Com relação às novas equipes da ESF, os grupos de gestores regionais e coordenadores de unidades de saúde relataram dois grandes problemas. O primeiro deles foi a cisão entre os “20 horas”, aqueles trabalhadores de concursos anteriores que atuavam 20 horas semanais nas unidades básicas sem pertencer a nenhuma equipe, e os profissionais recém-chegados alocados em equipes de saúde da família. Sobre este tema, prevaleceu uma representação que concebia as equipes de saúde da família como a “salvação” e os profissionais “20 horas” como os que “contaminam” os demais trabalhadores com um estilo de trabalho burocrático e descomprometido. Fizeram, por outro lado, uma autocrítica por não terem integrado e valorizado todos os trabalhadores no processo de qualificação e ampliação da ESF.

O segundo problema salientado pelos grupos, principalmente pelos coordenadores de unidades, foi o recorrente discurso dos trabalhadores, e até mesmo desconforto, distinguindo o “fazer” saúde da família em cidades interioranas e na capital. Os gestores destacaram uma situação de queixa, colocando em questionamento um modelo de atenção primária em saúde considerado estratégico no âmbito do SUS. Indicaram dissonâncias entre a idealização e a prática da atenção em saúde na periferia de grandes centros urbanos.

Considerações sobre o processo de trabalho

Aspectos referentes ao processo de trabalho ganharam destaque no debate dos grupos. Esta categoria emergiu quando os participantes da pesquisa abordaram alguns dilemas entre as instâncias de gestão (local, regional e central), organização do trabalho, e quando, repetidas vezes, adjetivaram a gestão de Fortaleza como humana.

Os grupos afirmaram que a experiência estudada optou pelo “humano” por meio da criação

de espaços de participação, reflexão e conhecimento. Segundo um coordenador, “isso é muito importante porque abriu um diálogo”. Muitos argumentos, porém, defenderam que “em contrapartida, faltaram coisas materiais”. Apesar do incremento financeiro significativo nos gastos de saúde, os coordenadores destacaram dificuldades relativas à estrutura física das unidades, equipamentos e insumos. Dessa forma, por gestão humana entenderam os investimentos em aspectos subjetivos, relacionais e participativos. As condições de infraestrutura no trabalho foram excluídas quando referiram-se a uma gestão que privilegia as pessoas.

Sobre os dilemas entre as instâncias de gestão (serviços de saúde, distritos de saúde e Secretaria Municipal de Saúde), os grupos salientaram os conflitos de poder, além de indefinição dos papéis (quem planeja, quem executa). Discorreram situações que revelaram distâncias e, ao mesmo tempo, a interdependência entre os diferentes espaços de gestão. Apesar da ampliação da “facilidade de chegar”, pois antes “não existia aquela coisa do profissional chegar e ter o acesso direto ao chefe de distrito tinha que ser uma coisa hierárquica, hoje não”, comentaram existir entraves no processo de trabalho, expressos por questões referentes à “burocracia”, “má vontade”, “baixa resolutividade”, “autoritarismo”, “baixa autonomia” e “muita fragmentação”. Ou seja, os grupos expuseram um desenho administrativo que dificultava a integração, operacionalização das políticas e a distribuição do poder. Por outro lado, comentaram sobre uma maior horizontalidade na organização do trabalho, tensionada pelos colegiados de gestão.

Outro problema apresentado esteve relacionado aos territórios administrativos. Apesar do entendimento de território como algo dinâmico e vivo, conceito que fazia parte do discurso oficial da gestão municipal, os integrantes da pesquisa relataram situações em que o território é tratado apenas no sentido de seus limites geográficos, populacionais ou de risco epidemiológico. Como exemplo, a busca de metas em campanha de vacinação gerou competições e atritos entre distritos de saúde, fazendo um gerente regional questionar: “a gente tá querendo é a meta de Fortaleza ou a meta de regional fulana ou cicrana?” (sic).

Questionamentos sobre as “caixinhas”, modo de organização remanescente de modelos de saúde, focalizados na doença e em ações programáticas, foi outra crítica dos representantes dos distritos de saúde à gerência central da atenção bá-

sica. Segundo um gestor regional, “é uma equipe fragmentada, a mulher da vacina, a menina da tuberculose, [...] nós sentimos que elas não estão contextualizadas.” Apesar do convívio com modelos clássicos de organização do trabalho, manifestaram, porém, que estavam incitando mudanças por meio da institucionalização de uma nova lógica de trabalho, como os apoiadores institucionais e a organização das equipes regionais por ciclos de vida.

Políticas potenciais de construção de sujeitos

A Educação Permanente em Saúde, a Humanização e as rodas de gestão sobressaíram-se no discurso dos grupos por promoverem espaços de diálogo, formação, distribuição do poder e mudança de prática. Tornaram-se, portanto, políticas indispensáveis para a análise da constituição de sujeitos na saúde.

Fazendo uso de documentos oficiais, é possível discorrer que a política de Educação Permanente em Saúde em Fortaleza buscava mudanças qualitativas no processo de trabalho em saúde por meio de processos formativos contextualizados e significativos. Esta proposta foi denominada de Sistema Municipal de Saúde Escola. Sua ideia-força era transformar toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação e de desenvolvimento profissional¹⁹.

De maneira geral, essa experiência foi avaliada positivamente pelos informantes da pesquisa. A diversidade e a abrangência de formações no campo da saúde para gestores e trabalhadores foram definidas como um diferencial da gestão. Para um coordenador, “os trabalhadores tinham um estímulo de tá se trabalhando”(sic). Segundo um gestor do âmbito regional, “a educação permanente abre esse espaço pra gente discutir, porque quando a gente nem tem conhecimento a gente nem discute, né?”(sic). Ou seja, alguns participantes julgaram o conhecimento como base da reflexão e da ação.

Outro aspecto ressaltado pelos grupos foi o reconhecimento que a Residência em Medicina de Família e Comunidade, Especializações em Saúde da Família e em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde fomentaram teorias e tecnologias para a mudança de práticas e para a implicação das pessoas. Um coordenador disse “a gente vê a diferença do profissional que faz a especialização”. Além de cursos, comentaram que as Mestradas do Sistema Municipal de Saúde Escola foram espaços de valorização do trabalho e de for-

talecimento das equipes. Um gestor regional indicou, porém, o baixo investimento na formação dos trabalhadores do ensino médio, exceto dos Agentes Comunitários de Saúde.

Quanto à implicação dos sujeitos nas formações, em ambos os grupos houve quem afirmasse que o modo de engajamento é diferente entre as pessoas e há a necessidade de maior apoio da gestão central e/ou regional para implantação e viabilização de projetos deflagrados por cursos-intervenção (modalidade de curso pressupõe uma conexão estreita entre o que é ofertado no curso e o trabalho que é desenvolvido pelo aluno em seu local de trabalho).

Considerando a política de humanização no SUS, dois aspectos se sobressaíram no discurso dos entrevistados: a retirada das grades nos serviços de saúde e a implantação do acolhimento por classificação de risco e vulnerabilidade. Sobre este último, uma coordenadora comentou que possui uma fotografia do serviço de saúde com grades: “pessoa lá embaixo com o computador na frente assim separando o usuário, além da grade [...] e ele mais distante ali”. A ambiência da unidade de saúde, ilustrada pelo uso das grades, foi reconhecida por todos como um dos aspectos essenciais para a aproximação das pessoas.

A implantação do acolhimento, tanto como nova postura de receber os usuários, como tecnologia de gestão da clínica, foi vista também por todos os participantes da pesquisa como significativa para organização dos serviços e até mesmo para a vida pessoal dos próprios coordenadores de unidades básica, pois comentaram ter minimizado ansiedades.

Outro espaço de constituição de sujeitos que emergiu no campo de pesquisa foram as Rodas de Gestão, as quais são um arranjo de gestão inspirado no Método de Cogestão de Coletivos. Esta proposta busca gerar novas relações entre os protagonistas da saúde, baseadas na horizontalidade, descentralização do poder, autonomia, responsabilização e grupalidade das equipes.

Observamos uma aproximação conceitual entre o referencial teórico, o propósito da gestão e as impressões dos que vivenciavam as rodas de gestão. Os discursos dos entrevistados da pesquisa institucional “ressignificação das rodas de gestão” consideraram que nas rodas “todos podem opinar e crescer”. As visões dos trabalhadores podem vir a serem agregadas, ampliadas, pois, segundo uma das dentistas de equipe, todos “passam a serem gerentes”. Quanto à sua relevância, consideraram as rodas como uma iniciativa válida, pois, de acordo com uma ge-

rente regional, “é um grande instrumento não só de gestão [...] como também democrático e participativo”.

Entretanto, pareceu não haver um entendimento mais elaborado sobre a metodologia desses espaços. Vale ressaltar que as queixas sobre indefinição das pautas e descumprimento do horário de início dos encontros foram recorrentes. Também foi encarada como problema a falta de articulação dos distritos de saúde com a instância central de gestão, com a consequente superposição de atividades e indeterminação da governabilidade de cada colegiado. A categoria “efeito cascata”, a qual argumentava que o colegiado gestor da Secretaria Municipal de Saúde era o referencial metodológico para os demais colegiados distritais e dos serviços, ilustrou encontros focados em informações e demandas. Sobre isso, uma gerente regional disse “querendo ou não a gente acaba reproduzindo de uma forma ou de outra aquilo que não está correto”.

Enquanto espaço de decisão compartilhada, os grupos focais disseram ter sido pouco efetivas. Segundo uma coordenadora: “a gente se perde nas ideias... Elabora-se muito e pouco se executa”. Enfim, as rodas foram consideradas como imprescindíveis para a organização do processo de trabalho, como afirmou outro gestor “a roda foi assim um passo, foi a raiz”, porém com muitos desafios para torná-la um espaço mais analítico e de decisão compartilhada.

Discussão

Apesar de sua limitação em abordar apenas o ponto de vista de gestores, esta pesquisa permitiu a identificação de algumas dimensões que uma gestão em saúde pode estar criando, refletindo e atuando para efetivar o objetivo de democratização da gestão, fortalecimento do SUS e de seus atores, ou seja, deixar emergir o Sujeito. Dentre essas dimensões, a criação de uma “cointencionalidade” de mudança surgiu como fator decisivo. Quanto mais se aumenta a capacidade de “sonhar junto”, idealizar compreendendo a realidade, aumenta-se a potência de construir “cocompromissos” em favor de um projeto comum. De acordo com Freire¹³: “a essência da consciência é ser com o mundo e esta situação é contínua e inevitável. Consequentemente, a consciência é, por essência, um ‘caminho para’ algo fora de si mesma, que a rodeia e que ela apreende graças a seu poder de ‘idealização.’” Contudo, desenvolver uma “cointencionalidade” que aspira transfor-

mações sugere que os gestores levem em conta sua capacidade de direção.

Observamos a relevância de uma orientação da gestão municipal de Fortaleza em imprimir um desenho em redes de atenção, com políticas estruturantes e conceitos estratégicos. A ampliação da capacidade de direção indica que o direcionamento político é imprescindível para tensionar a reorientação do modelo assistencial, como também a implicação dos sujeitos.

Provavelmente, o discurso de mudança foi incorporando juntamente com os sentidos da própria vivência, quando os gestores participantes dos grupos focais concluíram que a gestão do município de Fortaleza foi “humana”. Para eles, o incentivo à aprendizagem em serviço, à clínica ampliada, à cogestão, entre outras, tornaram-se o diferencial da experiência que foram convidados para relatar suas opiniões. No entanto, uma contradição surgiu no discurso desses gestores. Ao mesmo tempo em que classificaram a gestão como humana destacaram o sofrimento e as dificuldades relativas à ausência de condições de trabalho. Como uma gestão é humana se ela não oferece as condições instrumentais para o trabalho?

As condições instrumentais também são indispensáveis para o fortalecimento das pessoas como sujeitos do trabalho. Aliás, “devemos lembrar a existência de um primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, a saber, que os homens devem estar em condições de poder viver a fim de fazer história”²⁰. Neste sentido, é impossível falar de interações instrumentais sem falar de interações comunicativas, posto que, necessariamente, uma não ocorre nem se desenvolve sem a outra⁵. Ou seja, o gerir intrínseco à gestão não pode ser negligenciado mesmo quando falamos de subjetividade.

O gerir, o qual reforça o controle, a regulação e a normatização, apresentou-se na inevitável interdependência com o gerar, ou seja, com a construção de projetos comuns, criatividade, diálogos, inovações, cidadanias, aprendizagens. As tensões entre o humano *versus* coisas materiais, diálogo *versus* institucionalização, racionalidade comunicativa *versus* instrumental apresentaram-se no discurso dos entrevistados de forma a exigir maior compreensão e menos reducionismos na análise da autonomia em sistemas de saúde. Avançar, portanto, numa lógica que se centra no sujeito requer também garantir métodos e técnicas de gestão e atenção em saúde.

Ao analisarmos a proposta de cogestão em Fortaleza, destacaram-se os desafios de instituir uma proposta de democracia institucional. Legi-

timar uma lógica participativa e de distribuição do poder surgiu como uma das condições para se radicalizar na transformação dos sistemas de saúde. A existência de espaços de cogestão em todas as unidades de saúde, vigilâncias, distritos de saúde, e outras, além do colegiado gestor que agregava as principais representações da Secretaria de Saúde, foi avaliada pela maioria como um imprescindível instrumento administrativo, pedagógico e, até mesmo, terapêutico. Porém, muitos problemas foram relatados, com relação à metodologia e à garantia da essência das “roda de gestão” como espaço de decisão e não apenas de informações e encaminhamento de demandas.

Assim, demarcou-se que não se bastará criar espaços de cogestão (rodas), apesar disso ser imprescindível. Será preciso respeitar o espaço de autonomia de cada coletivo e rigor no uso do método de participação criado e/ou adotado. Indicou-se também que a existência de responsáveis pela facilitação e avaliação desses espaços é fundamental para se garantir a qualidade das discussões, algo próximo da proposta de apoiador institucional.

Porém, esses espaços de cogestão não podem por si garantir a democratização da gestão, nem o fortalecimento dos sujeitos. Torna-se também necessário intervir em outras condições de trabalho que estão diretamente relacionadas ao modelo de gestão. Por exemplo, numa estrutura administrativa supostamente descentralizada e com muitos entraves haverá severas dificuldades de garantir um fluxo de decisão democrática. A existência de instâncias centrais, regionais e locais de gestão, comuns em administrações de capitais e regiões metropolitanas, mantém frequentemente conflitos, competições e disputas pelo poder. Sabendo que isso não se elimina, mas acreditando que podem ser minimizadas, percebemos que é preciso desconcentrar o poder e não apenas as tarefas.

Sobre outras políticas estratégicas que se sobressaíram no discurso dos entrevistados em sua correlação com o protagonismo dos sujeitos, destacou-se a humanização e a educação permanente em saúde. De um modo geral, a humanização foi vista como um “as pessoas começaram a reacreditar” no sistema público de saúde, tornando-se, portanto, uma iniciativa relevante para a coprodução de sujeitos, garantindo a transversalidade da Política de Humanização no SUS. Enfim, os valores que norteiam esta política são a autonomia e a protagonização, a corresponsabilidade, participação e vínculos. E no cerne de suas reflexões e ações estão o fortalecimento dos

sujeitos e o uso de arranjos e dispositivos que potencializam o SUS.

Apesar de algumas dificuldades e fragilidades, a educação permanente foi compreendida como imprescindível para as mudanças no sujeito e no sistema de saúde. Segundo os grupos, não se muda práticas e ideias sem a formação das pessoas. Ou seja, tornar-se sujeito requer desvelar a realidade e a si mesmo para recriar a si e ao mundo. Utilizando-se das palavras de uma coordenadora de unidade: “uma das coisas que me fez crescer muito foi realmente eu me despir, que eu não sei tudo, [...] tenho que me despir do medo de perder aquele espaço né? [...] e eu comecei a ir por aí e tá dando resultado”. Ser sujeito, neste caso, requer assumir seu próprio devir.

Podemos referir que a práxis reflexão-ação é um húmus para o fortalecimento de sujeitos: é preciso que a educação esteja – em seu conteúdo, em seus programas e em seus métodos – adaptada ao fim que se persegue: permitir ao homem chegar a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer com os outros homens relações de reciprocidade, fazer a cultura e a história⁷.

Quando membros do grupo comentaram sobre momentos anteriores da saúde pública na cidade para compreender as conquistas e as dificuldades vivenciadas no presente, identificamos o diferencial de pensamentos presos na realidade imediata imbuída de problemas estruturais e co-

tidianos daquelas que se propõem a uma inserção crítica na história. O fomento de consciências históricas, por via de espaços dialógicos, exige que os homens criem sua existência e ajam no mundo com o material que a vida lhes oferece¹³.

De um modo geral, surgiram informações nesta pesquisa que remeteram ao pensamento que “um sujeito não pode constituir-se apenas com riscos na água; alguma ponte, algum modo de navegar, algum caminho, alguma terra nova [...], algumas destas coisas são necessárias para que o sujeito se construa”⁸.

Este estudo também reforçou que mudanças organizacionais precisam de tempo para amadurecimento e consistência; necessitam ainda de institucionalização, principalmente na conjuntura política brasileira de descontinuidades.

Enfim, o tema aqui abordado não se esgota. É preciso aprofundar esta inter-relação sujeito e gestão, seja através da inclusão do olhar de outros atores do sistema de saúde, seja pesquisando outras experiências. Porém, mesmo considerando o “devir” deste trabalho, como o próprio sujeito abordado, olhar para os significados de pessoas sobre seu trabalho reforçou o pensamento sobre a importância de instituir novos modos de operar os sistemas de saúde, considerando que as pessoas possuem o potencial de “ser mais e oferecer mais”, em indignar-se e agir coletivamente, apesar das diversidades de histórias pessoais e condicionantes.

Colaboradores

CEL Araújo e RJS Pontes trabalharam na concepção do objeto de investigação, elaboração da metodologia, interpretação das informações e redação do artigo.

Referências

1. Santos NR. O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para visualização de rumos: a necessidade de acompanhamento. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):429-436.
2. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):301-306.
3. Coelho IB. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezoito anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):171-183.
4. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):355-365.
5. Testa M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec; 1995.
6. Uribe RFJ. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cad Saude Publica* 1996; 12(3):357-372.
7. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):305-314.
8. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2007.
9. Chauí M. Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização. In: Chaves AC, organizadora. *Os sentidos da democracia e da participação*. São Paulo: Instituto Polis; 2004. p. 24-31.
10. Góis CWL. *Saúde comunitária: pensar e fazer*. São Paulo: Hucitec; 2008.
11. Ribeiro D. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
12. Testa M. *Saber en salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Editorial; 1997.
13. Freire P. *Conscientização*. São Paulo: Editora Moraes; 1980.
14. Freire P. *Pedagogia da autonomia*. 36ª Edição. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
15. Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
16. Fortaleza. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão: 2006 – saúde, qualidade de vida e ética do cuidado*. Fortaleza; 2007. Mimeo.
17. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1993.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; out 10.
19. Barreto ICHC, Andrade LOM, Loiola F, Paula JB, Silva AM, Goya N. A educação permanente e a construção de sistemas municipais de saúde-escola: o caso de Fortaleza (CE). *Divulg Saúde Debate* 2006; 34:31-46.
20. Marx K, Engels F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Hucitec; 1984.

Artigo apresentado em 06/06/2011

Aprovado em 27/06/2011

Versão final apresentada em 12/07/2011