

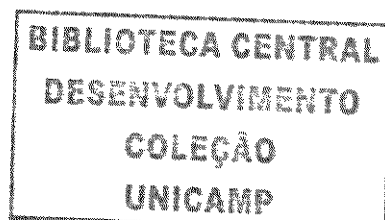
*ROGÉRIO CARVALHO SANTOS*

**SAÚDE TODO DIA:**  
Uma Construção Coletiva

*CAMPINAS*

*2005*

*i*



**ROGÉRIO CARVALHO SANTOS**

## **SAÚDE TODO DIA:**

### **Uma Construção Coletiva**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de título de Doutor em Saúde Coletiva.*

**ORIENTADOR:** *Prof. Dr. Emerson Elias Merhy*

*Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.*

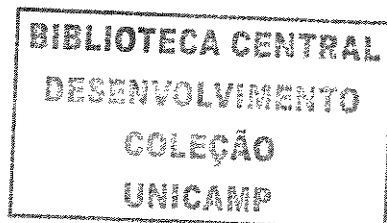
*Campinas, 25 de Fevereiro de 2005.*

*Prof. Dr. Emerson Elias Merhy*  
Orientador

**CAMPINAS**

**2005**

iii



UNIDADE BC  
 CHAMADA TUNICAMP  
5a.591

---

V EX  
 TOMBO BC/ 67793  
 PROC. 16.123.06

C  D

PREÇO 11.00  
 DATA 29.3/06

Bib. id. 376791

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
 BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
 UNICAMP

Sa59i Santos, Rogério Carvalho  
 “Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva” / Rogério Carvalho  
 Santos. Campinas, SP: [s.n.], 2005.

Orientador: Emerson Elias Merhy  
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
 de Ciências Médicas.

1. Política de saúde. 2. Saúde - planejamento. 3. Sistema Único de  
 Saúde. 4. Educação em saúde. 5. Administração em saúde pública. I.  
 Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas.  
 Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

SLP

**SAÚDE TODO DIA:  
Uma Construção Coletiva**

Tese de Doutorado defendida e aprovada em 25 de fevereiro de 2005, pela banca examinadora constituída pelos professores abaixo descritos:

**BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO**

---

Professor Livre Docente Emerson Elias Merhy  
Orientador - Universidade Estadual de Campinas

---

Professor Doutor Geovane Gurgel Aciole da Silva Pontificia  
Universidade Católica de Campinas

---

Professor Doutor Luiz Carlos de Oliveira Cecílio  
Universidade Estadual de Campinas

---

Professora Doutora Elizabeth Smeke  
Pontificia Universidade Católica de Campinas

---

Professor Doutor Túlio Franco  
Universidade Federal Fluminense

Campinas, 2005.



## ***DEDICATÓRIA***

*Aos meus pais Nourival e Lourdes,*

*À minha mulher Ivana,*

*Às minhas filhas Júlia e Raquel,*

*Aos meus mestres,*

*Ao Prefeito Marcelo Déda,*

*Ao coletivo dirigente, trabalhadores e usuários do Saúde Todo Dia.*



Falo de uma experiência de implantação do SUS em Aracaju, minha cidade natal, falo de uma construção coletiva. Da construção de uma geração de profissionais de saúde, comprometidos com a implantação do SUS que assegura aos brasileiros a saúde como um direito fundamental do cidadão.

Agradeço aos amigos e parceiros de caminhada de formação enquanto sujeitos da construção de uma experiência de SUS: Augusto, Ana Klara, Ana Raquel, Ana Márcia, Acácia, Carmelita, Carlos Alberto, Claudia, Emerson Canonici, Eudes, Eduardo, Fátima, Heider, João Alves, João de Deus, Lopes, Marcelo Domingos, Mônica Sampaio, Mônica Silveira, Marcio Barreto, Natividade, Norberto, Nadja, Pádua, Rafaela, Rosana, Solange Salviane, Solange Petris, Viana, Yara, Walderly, Ferrari, Oliveira Junior, Pedro Lopes, João Andrade, Moacir, Emanuel Nascimento... e todos os que fazem o Saúde Todo Dia. E em especial ao Prefeito Marcelo Deda, pela ousadia de ousar.





*Não serei poeta de um mundo caduco.*

*Também não cantarei o mundo futuro.*

*Estou preso à vida e olho os meus companheiros.*

*Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.*

*Entre eles considero a enorme realidade.*

*O presente é tão grande, não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.*

**Carlos Drummond de Andrade**



	<i>Pág.</i>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xli</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xliv</i>
<b>CAPÍTULO I - Introdução</b> .....	49
<b>CAPÍTULO II - Da Conformação de um Ator Social e sua Implicação com o Objeto</b> .....	53
1 - Da experiência acumulada.....	55
2 - O convite do Prefeito.....	57
3 - A cidade.....	57
3.1 - Da importância política da cidade de Aracaju.....	63
4 - Do Estado.....	63
5 - A saúde.....	64
5.1 - Disposição das equipes e divisão dos equipamentos.....	64
5.2 - Atores que disputavam a condução do Sistema Único de Saúde.....	69
5.3 - A visão dos políticos sobre a saúde.....	73
6 - Arena.....	75
6.1 - Entrando em cena: a desterritorialização.....	76
6.2 - A montagem da nova equipe de direção da SMS.....	85



6.3 - Identificação dos atores que conformavam o mundo da política e da saúde nas esferas de governos municipal, estadual e federal.....	88
<b>CAPÍTULO III - A Realidade como Objeto: Estratégias de Aproximação e Interação.....</b>	<b>103</b>
1 - Formação de um coletivo dirigente e seus modelos explicativos.....	107
2 - Modelo tecnoassistencial.....	118
2.1 - Modelo explicativo.....	118
2.2 - Tecnologia de singularização do cuidado.....	126
2.2.1 - Unidades de produção do cuidado.....	126
2.2.2 - Apoio matricial.....	136
2.2.3 - Vínculo.....	137
2.2.4 - Responsabilização.....	137
2.2.5 - Adensamento tecnológico.....	138
2.2.6 - Complexo regulatório.....	139
2.2.7 - Integralidade.....	139
2.2.8 - Resolutividade.....	140
2.3 - Serviços e redes assistenciais.....	141
2.4 - Vigilância epidemiológica.....	145
2.5 - Vigilância sanitária.....	145
3 - Gestão do trabalho e educação na saúde.....	147



3.1 - Os trabalhadores.....	147
3.2 - Gestão do trabalho.....	153
3.2.1 - Plano de cargos, carreira e vencimentos.....	154
3.2.2 - Realização de concurso público.....	156
3.3 - Educação permanente como estratégia de transformação da atitude profissional.....	156
3.3.1 - Pedagogia do fator de exposição.....	156
3.3.2 - Centro de educação permanente da Saúde (CEPS).....	167
4 - Gestão por objetos: a autopoiesis desejante dos sujeitos construtores de engrenagens e sistemas.....	172
4.1 - Modelo explicativo.....	172
4.1.1 - Sujeitos da gestão.....	175
4.1.2 - Objetos de gestão.....	175
4.1.3 - Territórios de gestão.....	176
4.1.4 - Instâncias de direção.....	178
4.1.5 - Espaços de gestão.....	179
4.2 - Sistema de gestão.....	180
4.2.1 - Alguns objetos de gestão.....	182
4.3 - A autopoiesis dos sujeitos desejantes construtores de engrenagens e sistemas.....	184





5 - Logística.....	185
6 - Ampliação dos interlocutores.....	186
6.1 - Conselho Municipal e Conselhos Locais de Saúde.....	186
6.2 - Conferências municipais.....	188
6.3 - Ouvidoria.....	190
<b>CAPÍTULO IV - Resultados da Interação dos Sujeitos com o Espaço de Produção Social: A Conformação de Redes Assistenciais e de Sistema de Saúde.....</b>	<b>191</b>
1 - Redes assistenciais.....	194
1.1 - Rede de unidades de saúde da família.....	194
1.2 - Rede de atenção psicossocial.....	203
1.3 - Rede de urgência e emergência.....	210
1.4 - Rede de serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade.....	212
1.5 - Rede hospitalar.....	220
2 - Sistema de saúde.....	231
<b>CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>237</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>247</b>



<b>ABC</b>	Refere-se às iniciais das cidades de Santo André, São Bernardo e São Caetano da região Metropolitana de São Paulo-SP
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>AIDS</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudantes em Saúde
<b>CEMAR</b>	Centro de Especialidades Médicas de Aracaju
<b>CENCA</b>	Centro da Criança e Adolescente
<b>CEPS</b>	Centro de Educação Permanente da Saúde
<b>CES</b>	Conselho Estadual de Saúde
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CINAEM</b>	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CLS</b>	Conselho Local de Saúde
<b>CMS</b>	Conselho Municipal de Saúde
<b>CNRM</b>	Comissão Nacional de Residência Médica



<b>COBREM</b>	Congresso Brasileiro de Estudantes de Medicina
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<b>COSEMS</b>	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
<b>CREMESP</b>	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
<b>CUT</b>	Central Única dos Trabalhadores
<b>DATASUS</b>	Órgão de Informática e Processamento de Dados do Ministério da Saúde
<b>DENEM</b>	Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina
<b>DMPS</b>	Departamento de Medicina Preventiva e Social
<b>DMPS/FCM/Unicamp</b>	Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>EC</b>	Emenda Constitucional
<b>ECEM</b>	Encontro Científico dos Estudantes de Medicina
<b>EMSURB</b>	Empresa Municipal de Serviços Urbanos
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>FCM</b>	Faculdade de Ciências Médicas
<b>HGJAF</b>	Hospital Governador João Alves Filho
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>LAPA</b>	Laboratório de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde
<b>MS</b>	Ministério da Saúde



<b>NOAS</b>	Norma Operacional de Assistência à Saúde
<b>NOB 93</b>	Norma Operacional Básica 93
<b>NOB 96</b>	Norma Operacional Básica 96
<b>NUCAAR</b>	Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação
<b>NUDEP</b>	Núcleo de Desenvolvimento de Programas
<b>OPAS</b>	Organização Pan-americana de Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>PA</b>	Pronto-Atendimento
<b>PACS</b>	Programa de Agente Comunitário de Saúde
<b>PCCV</b>	Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos
<b>PES</b>	Planejamento Estratégico Situacional
<b>PROESF</b>	Programa de Expansão da Saúde da Família
<b>PS</b>	Pronto-Socorro
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>PT</b>	Partido dos Trabalhadores
<b>RDC</b>	Resolução de Diretoria Colegiada
<b>SAE</b>	Serviço Ambulatorial Especializado
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SEPUMA</b>	Sindicato dos Servidores da Prefeitura Municipal de Aracaju





<b>SES</b>	Secretaria de Estado da Saúde
<b>SIA</b>	Sistema de Informação Ambulatorial
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação de Atenção Básica
<b>SIH</b>	Sistema de Informação Hospitalar
<b>SILOS</b>	Sistemas Locais de Saúde
<b>SIMIS</b>	Sistema Municipal de Informações de Saúde
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCEP</b>	Termo de Compromisso entre Entes Públicos
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFS</b>	Universidade Federal de Sergipe
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>UNIT</b>	Universidade Tiradentes
<b>UPC</b>	Unidade de Produção de Cuidado
<b>UPP</b>	Unidade de Produção Pedagógica
<b>VE</b>	Vigilância Epidemiológica
<b>VISA</b>	Vigilância Sanitária



	<i>Pág.</i>
<b>Tabela 01</b> - População residente por sexo segundo faixa etária. Aracaju (SE), 2003.....	58
<b>Tabela 02</b> - Distribuição da população segundo alfabetização. Aracaju (SE), 2000.....	59
<b>Tabela 03</b> - Valor do rendimento nominal mediano mensal do trabalho principal das pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, com rendimento no trabalho principal (R\$). Aracaju e Sergipe, 2000.....	60
<b>Tabela 04</b> - Destino do lixo por domicílio. Aracaju (SE), 2000.....	61
<b>Tabela 05</b> - Abastecimento de água por domicílio (nº e %). Aracaju (SE), 2000...	62
<b>Tabela 06</b> - Instalações sanitárias por domicílio. Aracaju (SE), 2000.....	62
<b>Tabela 7</b> - Distribuição de profissionais por módulo de educação permanente da atenção básica.....	169
<b>Tabela 8</b> - Descrição do programa de saúde da família em Aracaju no ano 2000	194
<b>Tabela 9</b> - Mostra o número e a cobertura das equipes de saúde da família por ano.....	196
<b>Tabela 10</b> - Mostra a proposta de ampliação das equipes de saúde da família para 2004 e população IBGE e dependentes do SUS no ano 2004.....	198
<b>Tabela 11</b> - Mostra o percentual de cobertura da população IBGE e dependentes do SUS previsto para o ano 2004.....	198



<b>Tabela 12</b> - Distribuição das solicitações ao serviço de ouvidoria, por assunto demandado, 2004.....	202
<b>Tabela 13</b> - Comparação segundo grupos de procedimento de atenção básica/anos 2003 e 2004.....	203
<b>Tabela 14</b> - Distribuição comparativa entre a rede ambulatorial existente em Sergipe e em Aracaju por tipo de prestador no ano 2000.....	213
<b>Tabela 15</b> - Mostra a distribuição de estabelecimentos por tipo e natureza jurídica da organização.....	214
<b>Tabela 16</b> - Distribuição dos procedimentos de média complexidade segundo grupos. Aracaju (SE), 2003-2004.....	219
<b>Tabela 17</b> - Distribuição comparativa entre a rede hospitalar existente em Sergipe e em Aracaju por tipo de prestador no ano 2000.....	220
<b>Tabela 18</b> - Distribuição comparativa entre os leitos hospitalares do SUS existentes em Sergipe e em Aracaju no ano 2000, segundo natureza jurídica do prestador.....	221
<b>Tabela 19</b> - Distribuição de leitos hospitalares do SUS existentes em Aracaju, por natureza e tipo – 2000.....	222
<b>Tabela 20</b> - Mostra a distribuição dos leitos SUS em Aracaju, por natureza da organização e especialidade em 2003.....	224
<b>Tabela 21</b> - Recursos oriundos do SUS repassados para o município por grupo de despesa segundo mês de competência. Aracaju (SE), 2004.....	234



	<i>Pág.</i>
<b>Figura 01</b> - Representação do esquema teórico usado pelos gestores de Aracaju, para orientar nossas ações políticas para a conformação do modelo tecnoassistencial do SUS Aracaju.....	123
<b>Figura 02</b> - Representação esquemática da ação em saúde no projeto Saúde Todo Dia.....	124
<b>Figura 03</b> - Representação esquemática da produção do cuidado em saúde, no projeto Saúde Todo Dia.....	124
<b>Figura 04</b> - Representação esquemática do modelo pedagógico.....	174
<b>Figura 05</b> - Representação esquemática do modelo teórico da gestão.....	175





	<i>Pág.</i>
<b>Gráfico 1</b> - Pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados pelas equipes de saúde da família. Aracaju (SE), 2000-2003.....	200
<b>Gráfico 2</b> - Evolução em percentagem dos leitos hospitalares do SUS, por natureza jurídica. Aracaju (SE), 2002-2004.....	232
<b>Gráfico 3</b> - Apresenta a distribuição comparativa de procedimentos especializados nos anos de 2002 e 2003.....	233
<b>Gráfico 4</b> - Recursos do Tesouro Municipal gastos em saúde entre 2000 e 2004...	235



	<i>Pág.</i>
<b>Quadro 01</b> - Mostra a articulação entre a teoria e a política no Projeto Saúde Todo Dia.....	125
<b>Quadro 02</b> - Associa a unidade de produção e o tipo de demanda atendida.....	127
<b>Quadro 03</b> - Associa módulos, temas e conteúdos.....	170
<b>Quadro 04</b> - Apresenta alguns objetos da gestão.....	176
<b>Quadro 05</b> - Mostra os territórios correspondentes a alguns objetos.....	177
<b>Quadro 06</b> - Mostra a correspondência das instâncias a alguns objetos.....	178
<b>Quadro 07</b> - Mostra a correspondência de alguns espaços de gestão a objetos da gestão.....	179
<b>Quadro 08</b> - Mostra sistema geral de gestão da SMS.....	181
<b>Quadro 09</b> - Associa coordenação e objetos de gestão.....	183
<b>Quadro 10</b> - Mostra as unidades de saúde da família de Aracaju que estão em processo de execução de obras nos anos de 2004 e 2005 e fonte de financiamento.....	197
<b>Quadro 11</b> - Mostra a distribuição dos centros de atenção psicossocial próprios do Município de Aracaju.....	207
<b>Quadro 12</b> - Mostra a distribuição de serviços contratados e conveniados na composição da rede de atenção psicossocial do Município de Aracaju.....	208



<b>Quadro 13 -</b>	Mostra a situação atual dos estabelecimentos e o estágio de implantação do modelo de urgência e emergência Saúde Todo Dia.	211
<b>Quadro 14 -</b>	Relaciona projetos e estágio de execução.....	219
<b>Quadro 15 -</b>	Relaciona os estabelecimentos hospitalares, seus papéis, projetos propostos e estágio de desenvolvimento.....	230



*RESUMO*

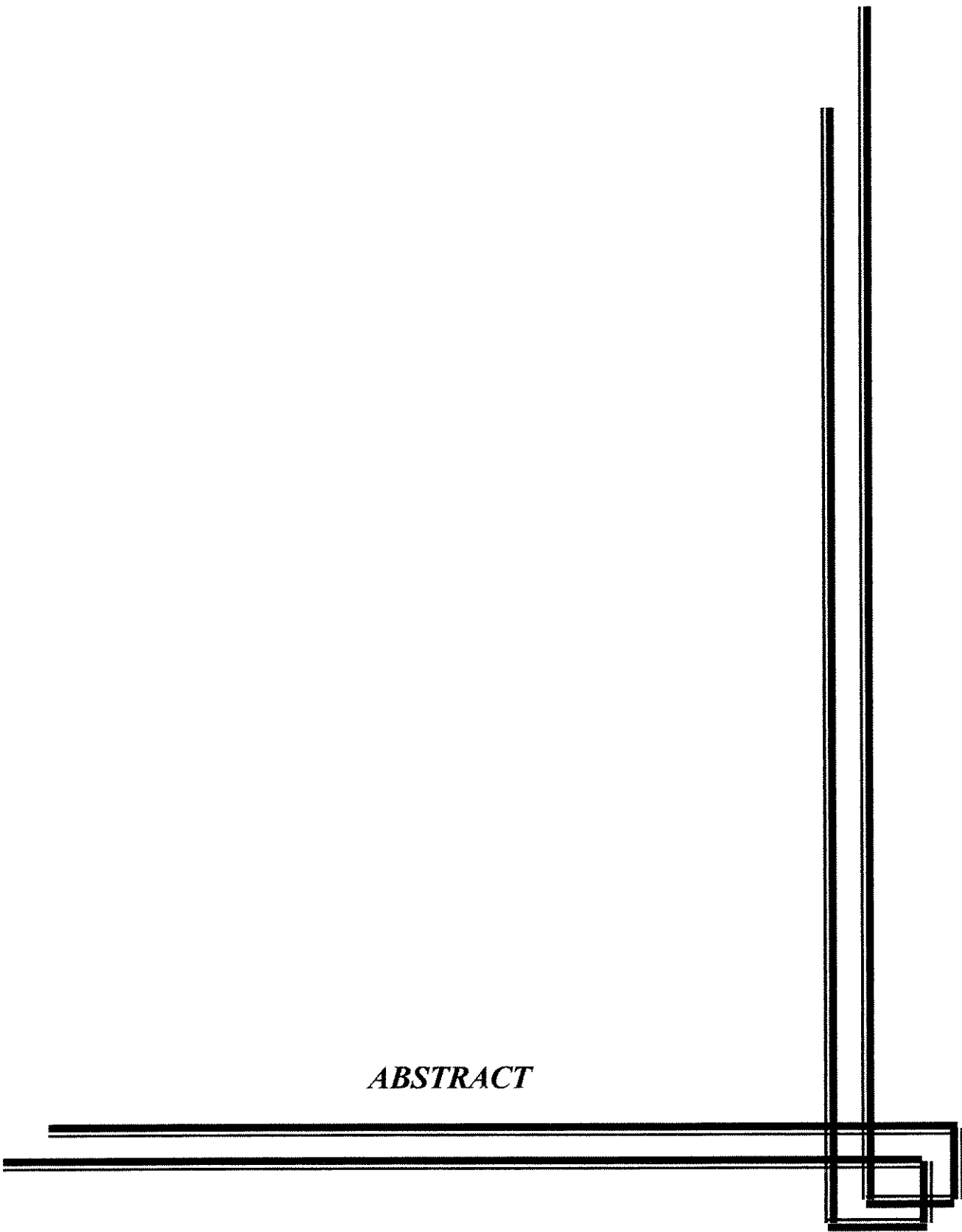




Esta tese é uma narrativa do processo de implantação e implementação do SUS em Aracaju no período compreendido entre 2001 e 2004, no qual, a partir da perspectiva do autor – a de um sujeito implicado –, faz-se a caracterização dos cenários local, estadual e nacional onde se conformam as arenas nas quais os atores sociais disputam projetos de sistemas de saúde. A tese está dividida em cinco capítulos. O primeiro é a introdução; no segundo capítulo o autor faz uma descrição da situação social, econômica e política da cidade de Aracaju, são apresentados os atores, seus respectivos projetos para a saúde e suas concepções de modelos assistenciais, o modo como o autor se conforma em sujeito político da implantação do sistema único de saúde (SUS), o modo como se vai conformando a equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju – lugar de onde fala o sujeito implicado no processo de implantação do SUS – e suas apostas. No terceiro capítulo o autor apresenta os conceitos, e os modelos explicativos utilizados como mediadores da construção epistêmica dos atores sociais que do lugar da Secretaria Municipal de Saúde lançaram-se à tarefa de implantar em Aracaju um sistema de saúde assentado sobre os princípios da integralidade, universalidade e equidade. No quarto capítulo são apresentados alguns resultados. A tese traz para o debate concepções de modelos técnico-assistenciais, a pedagogia como instrumento de pactuação de política, propõe um novo modelo de gestão e apresenta o deslocamento da situação inicial do estágio de implantação do SUS em Aracaju. Nas considerações, o autor identifica, a partir do deslocamento no estágio de implantação do SUS, as dificuldades, os avanços e os desafios para a consolidação dos princípios SUS.



*ABSTRACT*





This thesis is a narrative of the SUS (Sistema Único de Saúde) – health single system – implantation process in the city of Aracaju, in the period between 2001 and 2004, at which from the author's perspective – an implicated individual – the characterization of the local, the estadual and the national scene is done, where the social actors dispute health system projects. The thesis is divided in five chapters. The first one is the introduction, In the second chapter the author makes a description of the social, economic and political situation of the city of Aracaju is done, the actors and their respective health projects are presented, as well as their assistential models conceptions, the way as the author turns in a political follow in the implantation of the SUS, the way as the management of the S.M.S (Municipal Health Secretary) of Aracaju conforms itself and its wagers. In the third chapter the author presents the concepts and the explanatory models that were used as mediators of the epistemic construction of the social actors that from the Municipal Health Secretary got down to the task of implanting in Aracaju a health system settled on the principles of integrality, universality and equity. In the fourth chapter some results are presented. The thesis brings to the debate the techno assistential model conceptions, pedagogy as an instrument of political pactuation, proposes a new management model and describes the dislocation from the initial stage of the implantation of the SUS in Aracaju. In the considerations the author identifies from the dislocation on the SUS implantation stage the difficulties, the advances and the challenges for the consolidation of the SUS principles.



*CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO*





Esta tese é uma narrativa de como, na condição de Secretário Municipal de Saúde e ator social possuidor de uma história, interajo com a cidade de Aracaju e vou configurando objeto e me conformando como sujeito político, epistêmico e social da implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), assentado sobre os seus princípios constitucionais. A narrativa<sup>1</sup> como estratégia de apresentação da interação sujeito-objeto e seus desdobramentos foi inspirada no texto: “O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov”, escrito por Walter Benjamin, em 1936 e publicado no Brasil em 1994, no qual o autor apresenta três tipos de narrador: o “clássico”, o “moderno” e o “jornalista”. O primeiro é aquele que, com sua face mítica, prescinde de explicação e gera conhecimento enquanto sabedoria e pode levar a uma “moral da história”. O segundo, aquele que, pela subjetividade de sua vivência, tenta “captar o sentido da vida”, narrando a própria experiência individual. O terceiro cuida da experiência alheia enquanto informação. Segundo o autor, a referencialidade, neste caso, trabalha a informação sobre o acontecimento próximo no tempo e no espaço.

É como um narrador moderno que me posiciono neste trabalho. Faço ao longo da tese a narrativa de minha experiência no mundo da política e da academia como base empírica para reflexão e produção de apostas epistêmicas.

A narrativa inicia-se com a contextualização da minha implicação com o tema, resgatando brevemente a história de minha conformação enquanto ator social em diferentes fóruns (movimento de entidades de base, estudantil, sindical, gestão) para então chegar ao momento deste trabalho em que ocupo o lugar central de sujeito-objeto da gestão a partir de onde descrevo a organização da produção em saúde implantada e implementada no Município de Aracaju, pelo Projeto Saúde Todo Dia, no período de 2001 a 2004, verificando em que medida este projeto pode dar conta de organizar sistema e atender de modo eficiente às necessidades de saúde da população em conformidade com os princípios norteadores do SUS - universalidade, equidade e integralidade. Esta narrativa configura a cartografia de um espaço de produção social em que o senso comum e a academia estão o tempo todo em disputa.

---

<sup>1</sup> A definição de que o meu projeto de doutorado era uma narrativa foi feita por Geovane Acirole da Silva no momento da sua avaliação como membro da banca de qualificação, quando indicou a obra de Walter Benjamin (1994).

O corpo deste texto, que está dividido em cinco capítulos, tem o seguinte escopo: Capítulo I – Introdução; Capítulo II – Apresenta a conformação do pesquisador enquanto sujeito implicado com o objeto investigado; contextualiza a arena enquanto espaço de ação onde diversos atores disputavam legitimidade social; descreve a conformação de um coletivo gestor a partir da situação inicial (entrando em cena). Capítulo III - Descreve a caixa de ferramentas (MERHY, 1997) utilizada na conformação do objeto e na implantação e implementação do Projeto Saúde Todo Dia. Capítulo IV – Apresenta alguns resultados obtidos. Capítulo V – Considerações Finais.

As tensões críticas e criativas da narrativa sobre o senso comum da atenção à saúde e da conformação de sistema de saúde serão produzidas com o auxílio de uma caixa de ferramentas teórico-metodológica composta por conceitos, teorias, saberes, saber-fazer, tecnologias, métodos e técnicas: da esquizoanálise, da geografia, da pedagogia, da engenharia de produção, da filosofia, da saúde coletiva, da clínica, da história, da ciência política, das ciências sociais e de outros campos disciplinares.

Esta tese está sendo apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva DMPS/UNICAMP, na linha de pesquisa do Planejamento e Gestão em Saúde, e ao mesmo tempo produção e produto de um trabalho desenvolvido por um coletivo gestor, do qual atualmente faço parte como secretário de saúde.

***CAPÍTULO II - DA CONFORMAÇÃO DE UM  
ATOR SOCIAL E SUA IMPLICAÇÃO COM O  
OBJETO***



## **1 - Da experiência acumulada**

No ano de 1986, com a minha inserção no movimento estudantil através da Pastoral Universitária em Aracaju (SE), entrei em contato com textos da Igreja Católica Progressista (BOFF, 1984) e seus métodos de intervenção na sociedade. A posição de representante estudantil por mim assumida junto ao Centro Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS) possibilitou-me participar como dirigente das reformas estruturais do Hospital Universitário e do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Minha participação no Centro Acadêmico de Medicina, nos Encontros Científicos de Estudantes de Medicina (ECEM), Congressos Brasileiros de Estudantes de Medicina (COBREM) e na Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM), como presidente entre 1991 e 1993, legitimou-me como liderança no espaço nacional de discussão e problematização das questões relacionadas ao ensino médico no Brasil.

Nesse período participei da reorganização das agendas do movimento estudantil de medicina utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como ferramenta para reestruturar internamente a Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM) e legitimá-la junto aos estudantes. Minha inserção na Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Educação Médico (CINAEM) veio na seqüência. Mais uma vez o PES me serviu de norte para avaliar o modelo pedagógico das escolas médicas do Brasil, objetivando conhecer e analisar a realidade dessas escolas - na figura de representante discente, integrando a equipe técnica do Projeto CINAEM - 2ª Fase.

Os dados produzidos a partir do Projeto da CINAEM, que teve a participação de 50 das 83 escolas convidadas, possibilitaram a elaboração de um diagnóstico situacional que contou com a colaboração de representantes dos segmentos discente e docente. Logo se percebeu a necessidade de se estabelecer diretrizes para uma situação-objetivo que contemplasse a escola vislumbrada na ocasião por esses autores, capaz de formar um médico com aptidão para atender com resolutividade às necessidades individuais e coletivas de saúde.

Participar dessa tarefa habilitou-me para a condição de pesquisador no campo da saúde coletiva ao tomar tal objeto como tema de minha dissertação de mestrado, defendida no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (DMPS/FCM/Unicamp) no ano de 1998, que abordou questões como os movimentos de reforma curricular no período de 1970 ao final dos anos 1990 do século passado, fazendo ainda uma análise das variáveis situacionais que interferem no processo de formação do médico no Brasil e na estrutura curricular vigente. Os resultados apontaram para a inexistência de uma proposta metodológica de ensino que preenchesse as lacunas na formação desse profissional que fosse capaz de romper com o modelo centrado na dimensão biológica do indivíduo, entendido como inadequado ao atendimento das demandas sociais e sem articulação com os princípios do SUS. A proposta por mim sugerida tinha por base as diretrizes firmadas a partir das oficinas promovidas pela CINAEM as quais tomassem como objeto da prática médica as necessidades das pessoas, que são individuais e ou coletivas, abordando as dimensões psíquicas, sociais e biológicas. A estrutura curricular para atingir tal finalidade teria que, desde o primeiro ano de graduação, pôr o aluno em contato com o seu objeto de trabalho, em um sistema tutorial de ensino que estimulasse o aprendizado participativo e criativo.

Meu exercício na construção de um novo processo de formação permitiu-me a visualização de uma nova escola, ao mesmo tempo em que consolidou para mim o conceito de objeto da medicina e da saúde. Esta experiência me possibilitou identificar os elementos substantivos a partir dos quais se conformam quaisquer processos de formação na saúde: organização da atenção à saúde, educando, educador, necessidades de saúde como objeto, organização didático-pedagógica, organização de prática profissional, infra-estrutura e gestão.

Num outro contexto e com novas motivações, todos esses elementos serão objetos de interação e reflexão nas páginas que se seguem, continuando a narrativa de implicação com a história de construção do SUS em Aracaju, a partir do lugar de secretário municipal de saúde, de onde assumo desafio de tomar as atividades com as quais estou implicado profissionalmente como objeto de interesse acadêmico.

## **2 - O convite do Prefeito**

Em 2000, houve eleição para prefeito, a qual permitiu que o Partido dos Trabalhadores (PT) chegasse ao governo do município de Aracaju. O prefeito eleito fez a opção de montar uma equipe que tivesse um perfil executivo, com capacidade de operar políticas públicas. Havia uma discussão local acerca de quem deveria ser o secretário da saúde e, em decorrência disso, esta foi uma das últimas secretarias para a qual ele definiu quem seria o titular.

Desse modo, a escolha de meu nome como secretário da saúde se deu, fundamentalmente, pelo fato de o prefeito priorizar, apostar em minha formação na área de saúde pública - o que implica uma qualificação técnica - e por ter uma militância no partido - o que, por sua vez, implica uma qualificação política. Dentre essas duas qualificações, certamente o que influenciou bastante em sua escolha foi o fato de o secretário ser do mesmo partido, sendo, no entanto, a formação acadêmica na saúde pública a mais importante.

Dessa forma, o prefeito fez uma primeira aposta, um investimento de muito risco, que foi trazer alguém que estava fora da política local e nomeá-lo como secretário, contra toda a construção local, que, por seu lado, apontava para uma pessoa que há mais de duas décadas comandava o grupo de saúde pública no estado; ou seja: todas aquelas lideranças, nesse momento, acabaram se sentindo preteridas pela indicação de uma pessoa que não fazia parte desse grupamento.

## **3 - A cidade**

O presente relato descreve em linhas gerais o município em seus aspectos geográficos, demográficos, sócio-ambientais atuais, bem como a capacidade instalada dos serviços de saúde na ocasião em que assumimos a gestão da Secretaria Municipal de Saúde no ano 2001.



Aracaju, capital do Estado de Sergipe, ocupa uma área de 181,80 km<sup>2</sup>, delimitada pelos municípios de São Cristóvão, Nossa Senhora do Socorro, Santo Amaro das Brotas e Barra dos Coqueiros. É banhada pelas bacias hidrográficas dos rios Sergipe e Vaza Barris; é de tipo climático megatérmico úmido e sub-úmido e de temperatura média anual de 26 graus centígrados e tem como período chuvoso os meses de março a agosto.

Apresenta, segundo o IBGE (Censo Demográfico, 2000), uma população estimada de 479.767 habitantes distribuída conforme a Tabela 01. Observa-se que, do total dessa população, 27,7% constituem-se de menores de 15 anos de idade e 7,0%, de maiores de 65 anos.

**Tabela 01** - População residente por sexo segundo faixa etária. Aracaju (SE), 2003.

Faixa Etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Menor 1 ano	4354	0,9	4217	0,9	8571	1,8
01 a 04 anos	17522	3,7	16794	3,5	34316	7,2
05 a 09 anos	21319	4,4	20923	4,4	42242	8,8
10 a 14 anos	23834	5,0	23956	5,0	47790	10,0
15 a 19 anos	26513	5,5	28710	6,0	55223	11,5
20 a 29 anos	44533	9,3	51860	10,8	96393	20,1
30 a 39 anos	34079	7,1	40919	8,5	74998	15,6
40 a 49 anos	24559	5,1	29293	6,1	53852	11,2
50 a 59 anos	14862	3,1	17878	3,7	32740	6,8
60 a 69 anos	7435	1,5	10822	2,3	18257	3,8
70 a 79 anos	3792	0,8	6699	1,4	10491	2,2
80 anos e mais	1611	0,3	3283	0,7	4894	1,0
<b>Total</b>	<b>224413</b>	<b>46,8</b>	<b>255354</b>	<b>53,2</b>	<b>479767</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS, 2001.

De acordo com o Censo Demográfico (2000), 79,4% da população era alfabetizada, destacando-se a faixa etária situada entre os 15 e 19 anos, a qual apresentava 96,3% de alfabetização (Tabela 02). Cabe ressaltar que o percentual de alfabetização de Aracaju supera o do Estado de Sergipe em 8,3%, percentual este situado na faixa de 64,1%.

**Tabela 02** - Distribuição da população segundo alfabetização. Aracaju (SE), 2000.

Faixa Etária	Alfabetização				Total	
	Sim		Não		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Menor 01 ano	-	-	8245	100,0	8245	100,0
01 a 04 anos	-	-	33012	100,0	33012	100,0
05 a 09 anos	22916	56,4	17720	43,6	40636	100,0
10 a 14 anos	43148	93,9	2826	6,1	45974	100,0
15 a 19 anos	51136	96,3	1989	3,7	53125	100,0
20 a 29 anos	87271	94,1	5459	5,9	92730	100,0
30 a 39 anos	65953	91,4	6194	8,6	72147	100,0
40 a 49 anos	46131	89,0	5675	11,0	51806	100,0
50 a 59 anos	26256	83,4	5240	16,6	31496	100,0
60 a 69 anos	13482	76,8	4081	23,2	17563	100,0
70 a 79 anos	7318	72,5	2774	27,5	10092	100,0
80 anos e mais	2919	62,0	1789	38,0	4708	100,0
<b>Total</b>	<b>366530</b>	<b>79,4</b>	<b>95004</b>	<b>20,6</b>	<b>461534</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS, 2001.

A economia da cidade de Aracaju está concentrada na área de serviços, com poucas indústrias. A Petrobrás tem uma participação bastante considerável na economia local, uma vez que, no Estado de Sergipe, suas operações estão sediadas e coordenadas a partir de Aracaju.

A economia é formada basicamente, portanto, pelo comércio, por serviços com forte presença de atividades de ensino e saúde e pelas atividades relacionadas à exploração de petróleo, que representa mais de 50% do produto interno bruto do Estado e que movimentam a economia da cidade.

No que se refere à renda, segundo informações obtidas do IBGE (Censo Demográfico, 2000), observa-se um rendimento médio de R\$ 250,00, superior à média estadual.

**Tabela 03** - Valor do rendimento nominal mediano mensal do trabalho principal das pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, com rendimento no trabalho principal (R\$). Aracaju e Sergipe, 2000.

Local	Categoria do emprego no trabalho principal			Empregadores	Conta própria	Total
	Com carteira de trabalho assinada	Militares e funcionários públicos estatutários	Outros sem carteira de trabalho assinada			
Sergipe	232,00	320,00	120,00	1000,00	151,00	160,00
Aracaju	276,00	550,00	151,00	1500,00	250,00	250,00

Fonte: IBGE, 2000.

Aracaju é uma cidade cujos problemas urbanos podem ser resolvidos, se houver continuidade de projeto urbanístico, profissionalismo na gestão e se os recursos arrecadados forem re-investidos na urbe. Em resumo: a cidade tem potencial de reverter em poucas décadas a face da exclusão. Por exemplo: aproximadamente 20% das pessoas vivem em áreas sem drenagem, sem pavimentação, ou habitam em moradias subnormais. Apesar disso, é uma cidade de grande viabilidade urbana, em decorrência de sua geografia, pequeno território, tamanho da sua população e do papel estratégico que exerce na economia do Estado, através do comércio e da prestação de serviços.

No que se refere ao destino dos resíduos sólidos, o Censo Demográfico 2000 apresentou que 95,9% do lixo dos 111.268 domicílios eram submetidos à coleta pública.

**Tabela 04 - Destino do lixo por domicílio. Aracaju (SE), 2000.**

Coleta de lixo	Domicílios	
	Nº	%
Coletado	111962	95,9
Queimado (na propriedade)	1404	1,2
Enterrado (na propriedade)	263	0,2
Jogado	2982	2,6
Outro destino	78	0,1
<b>Total</b>	<b>116689</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS, 2001.

Desde 2001, a Prefeitura Municipal de Aracaju, através da Empresa Municipal de Serviços Urbanos (EMSURB), regularizou a coleta de lixo domiciliar do município. Quanto ao destino dos resíduos, observa-se sua deposição em vazadouro a céu aberto, situado no Bairro Santa Maria, estando prevista a adequação às normas técnicas.

No tocante ao abastecimento de água, constata-se que 95,7% dos domicílios Aracajuanos dispõem do serviço público de abastecimento de água. Apesar da alta cobertura, verifica-se deficiência no que tange à regularidade do seu abastecimento em diversos bairros do município.

**Tabela 05 - Abastecimento de água por domicílio (nº e %). Aracaju (SE), 2000.**

Abastecimento Água	Domicílios	
	Nº	%
Rede geral	111722	95,7
Canalizada em pelo menos um cômodo	106682	91,4
Canalizada só na propriedade ou terreno	5040	4,3
Poço ou nascente (na propriedade)	2553	2,2
Canalizada em pelo menos um cômodo	1135	1,0
Sem canalização interna	1418	1,2
Canalizada só na propriedade ou terreno	379	0,3
Não canalizada	1039	0,9
Outra forma	2414	2,1
Canalizada em pelo menos um cômodo	356	0,3
Sem canalização interna	2058	1,8
Canalizada só na propriedade ou terreno	165	0,1
Não canalizada	1893	1,6
<b>Total</b>	<b>116689</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS, 2001.

Quanto às instalações sanitárias, observa-se que apenas 56,4% dos domicílios apresentam rede geral de esgoto ou pluvial e 37,7% apresentam o sistema de fossa (rudimentar ou séptica) como mecanismo de destino dos dejetos.

**Tabela 06 - Instalações sanitárias por domicílio. Aracaju (SE), 2000.**

Instalações sanitárias	Domicílios	
	Nº	%
Rede geral de esgoto ou pluvial	65795	56,4
Fossa séptica	31620	27,1
Fossa rudimentar	12316	10,6
Vala	1205	1,0
Rio, lago ou mar	2706	2,3
Outro escoadouro	363	0,3
Não tem instalação sanitária	2684	2,3
<b>Total</b>	<b>116689</b>	<b>100,0</b>

Fonte: DATASUS, 2001

### 3.1 - Da importância política da cidade de Aracaju

A cidade é uma capital de Estado e, portanto, apesar de ser relativamente pequena, apresenta complexidade própria de capital. Nela encontra-se instalada toda a burocracia estatal, a sede dos poderes: judiciário, executivo e legislativo. É a cidade de maior visibilidade; isto é: ela polariza com o governo do estado toda a mobilização da mídia, tendo, pois, um papel estratégico na política. É, ainda, uma cidade que concentra a maior parte dos serviços e das universidades.

A essas características de capital de Estado acima apontadas, soma-se o fato de o Estado de Sergipe apresentar a peculiaridade de ter uma única cidade – Aracaju - que funciona como pólo comercial, educacional e como pólo médico e de saúde. Neste sentido, é possível reafirmar que Aracaju é uma cidade que, embora pequena, traz em si a complexidade de uma cidade de grande porte.

Na área da saúde, essas questões são mais evidentes, pois é a única cidade com capacidade resolutive, com o que se convencionou chamar de média e alta complexidade atendendo a toda a população do Estado e das fronteiras com os Estados da Bahia e de Alagoas, tendo, portanto a tarefa de atender a uma população de aproximadamente 2 milhões de habitantes.

## 4 - Do Estado

O Estado de Sergipe conforma uma população de aproximadamente 1.900.000 habitantes. É, portanto, demograficamente pequeno, comparável a um bairro da cidade de São Paulo; logo um estado que tem muita viabilidade, desse ponto de vista, para ações de governo. Trata-se de um Estado que tem uma malha viária que interliga todos os seus municípios por rodovias pavimentadas, todos dispõem de telefonia, todos os municípios estão interligados à capital na área da saúde, por rede (Internet); ou seja: consegue-se fazer comunicação diária o tempo todo. É um Estado que guarda a complexidade institucional de uma unidade federativa, porém, em pequena escala, facilita por este prisma o desenvolvimento de planos de desenvolvimento.

## 5 - A saúde

### 5.1 - Disposição das equipes e divisão dos equipamentos

Neste tópico será apresentada a conformação da disposição das equipes e da divisão dos equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

De um modo geral, podemos afirmar que o diagnóstico inicial do sistema de saúde no ano de 2001, quando o governo municipal assumiu o comando da cidade, era o que se segue: do ponto de vista da implantação do SUS a cidade era habilitada na modalidade de gestão plena de atenção básica. Com dois terços da população sem adscrição a nenhum equipamento; um terço composta pelas unidades de PSF, com restrição de acesso para quem não estava adscrito e com restrição de acesso parcial para os adscritos, pois só atendiam à população cadastrada em programas; metade da população atendida por equipamentos sucateados, sem vínculo efetivo, com baixíssima resolutividade e trabalhando segundo o esquema de queixa-conduta, gerando novas demandas para o sistema.

O sistema era composto por 39 unidades básicas de saúde, sendo 22 com programa de saúde da família e dezessete sem este programa. As dezessete unidades que deveriam assistir em torno de 68% da população da cidade, operavam num formato clássico de rede básica, sem equipes de referência, sem adscrição, sem nenhuma intervenção coletiva sistemática, além do programa de imunização e com muita tensão social decorrente da insuficiência de oferta. A escala de profissionais distribuída nesses dezessete equipamentos era insuficiente para atender a essa população, fato que se agravava com a comprometida qualidade do seu material, com equipamentos sem manutenção e estrutura física precária (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2000).

Com relação aos recursos humanos, observava-se a inexistência de motivação pessoal por grande parte dos trabalhadores, além de ausência total de qualquer programa de educação permanente. Existia um acordo de produtividade segundo o qual cada médico, por exemplo, tinha de produzir um determinado número de consultas, sem vínculo e ou responsabilização com o usuário. Esses profissionais não estavam incluídos no projeto da

secretaria e cumpriam um papel assistencial pouco relevante do ponto de vista sanitário. Desempenhavam papel protocolar suficiente para receber seus vencimentos no final de cada mês; estavam, pois, abandonados.

Algumas categorias tinham acordos de trabalhar somente metade da jornada, desde que produzissem um determinado número de procedimentos cuja natureza pouco importava ao conjunto do sistema. Portanto, havia uma massa enorme da população, em torno de 70%, com uma cobertura desresponsabilizada, cuja ausência de vínculo destes trabalhadores para com a comunidade impossibilitava uma atitude responsabilizada gerando, conseqüentemente, mais falsas necessidades para os usuários do que resolutividade, e por sua vez criando uma obstrução da média e da alta complexidade. Essa racionalidade conformava a dimensão liberal-privatista da rede pública de saúde, com foco no procedimento e não no cuidado.

As dezessete unidades anteriormente mencionadas localizavam-se naquilo que chamo de o primeiro cinturão periférico da cidade<sup>1</sup>. À medida que a cidade foi crescendo, criaram-se no seu entorno novos cinturões de pobreza e de exclusão, até mesmo de apartação social<sup>2</sup>. Nas décadas de 1970 e de 1980, o primeiro cinturão era a área considerada periferia. Hoje, fica comprimida entre região mais rica e uma nova região de expansão que conforma o novo cinturão de exclusão. As dezessete unidades, na grande maioria, localizam-se no primeiro cinturão, ou no seu entorno. As demais unidades, com programa de saúde da família (PSF), estão localizadas na periferia, ou no segundo cinturão de exclusão, cujo crescimento populacional é mais denso e recente.

Parte dessa periferia, desse segundo cinturão de pobreza e de miséria, já existia, mas não com tanta densidade demográfica. Desse modo, esse adensamento populacional que ocorreu comprimiu a primeira periferia da cidade, o primeiro cinturão e, de certo modo, todos os esforços dos governos que antecederam o atual foram dirigidos para o segundo cinturão periférico.

---

<sup>1</sup> Compreendo como sendo o primeiro cinturão os bairros: América, Siqueira Campos, Agamenon Magalhães, 18 do Forte, Industrial, Jabotiana.

<sup>2</sup> Conceito de apartação: WANDERLEY (2001), ao resgatar as principais idéias presentes na literatura francesa dos anos 1990 sobre o conceito de exclusão acrescenta a noção de apartação social como sendo própria da literatura brasileira proposta por Cristovam Buarque (1993) para designar “um processo pelo qual denomina-se o outro como um ser “à parte”, (apartar é um termo utilizado para separar o gado), ou seja, o fenômeno para separar o outro, não apenas como um desigual, mas como um “não semelhante”, um ser expulso não somente dos meios de consumo, dos bens, serviços, etc. mas do gênero humano. .. uma forma contundente de intolerância social” (NASCIMENTO, 1995, p.25).



As outras 22 unidades, com PSF, também tinham infra-estruturas precárias, porém receberam mais investimentos que as unidades sem PSF. A implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) se deu de forma aleatória no território, sem a preocupação de concentrar a adscrição em partes da cidade. Em outras palavras: se a estrutura física era melhor, se comportava um certo número de equipes para aquela população que deveria ser adscrita àquele equipamento, a unidade era inserida no Programa de Saúde da Família (PSF).

Verificando a situação que se conformava naquele momento, era possível inferir que a estratégia adotada pelo governo anterior foi a de fazer um experimento com a Saúde da Família, pois, em 1998, foram implantadas onze equipes de Saúde da Família, em parte dessas 22 unidades. As Unidades Básicas de Saúde escolhidas para implantação das onze equipes experimentais receberam a maior parte dos recursos, do suporte de gestão, da logística, de suprimentos, de educação permanente; isto é: toda a visibilidade do projeto era dada para e por essas onze equipes.

Em 2000, a estratégia foi ampliar o PSF de onze para 49 equipes. Entretanto, o critério adotado de implantação das ESF não foi o grau de vulnerabilidade de determinados coletivos, e sim a qualidade do equipamento físico disponível.

Em suma: quando o atual governo entrou em cena, no ano de 2001, Aracaju era um município com gestão plena de atenção básica, com 22 Unidades dispondo de ESF distribuídas de forma aleatória no território, com um conflito enorme entre a população não adscrita e os serviços aos quais esta não tinha acesso, não conseguia atendimento, pois nessas unidades tal atendimento ficava restrito à população adscrita. A população não adscrita residente no entorno destas unidades tinham o acesso negado até em situações de urgência.

As manifestações de usuários junto à imprensa demonstravam a divisão entre os que eram favoráveis e os que afirmavam a piora dos serviços com a implantação das equipes de saúde da família (ESF). Supomos que a parte da população que dispunha do benefício avaliava positivamente o programa, e aquela outra parte, que não dispunha dele, considerava que havia tido perdas, gerando, então, essa polarização.

Além dessa polarização, a estratégia adotada por aquela gestão na implantação do PSF optou por acabar com as direções de unidade, de modo que as equipes fizessem auto-gestão - a responsabilidade da equipe com o seu objeto de trabalho: população adscrita, planejamento, gestão, organização de ações coletivas – o que é desejado, porém não havia discussão nem historicidade dos trabalhadores em gestão.

As diferenças dos profissionais do PSF em relação aos demais trabalhadores que identificamos como relevantes foram: adscrição de clientela; exposição destes trabalhadores à capacitação introdutória do PSF, com foco voltado para programas de controle de usuários portadores de patologias crônicas; implantação de programas de controle e acompanhamento de usuários hipertensos, diabéticos, de crianças de zero a seis anos, de mulheres com vistas à prevenção de câncer de útero, de mama, de acompanhamento à gestantes e de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, o que supomos ter implicado uma maior responsabilização desses profissionais. Acrescentamos ainda a melhor remuneração e jornada integral, “em tese” de quarenta horas, mas que na prática não passava de 32 horas semanais. Estes fatos novos deram maior capacidade de gestão ao gestor na interação com os trabalhadores do PSF, em decorrência da explicitação de competências e responsabilidades no âmbito do cuidado.

Entretanto, os profissionais tinham a mesma cultura, mantinham o mesmo modo de trabalhar, ou seja, eles estavam vindo de um processo histórico que não se interromperia simplesmente com a melhoria nas relações de trabalho, pela aproximação com o objeto da saúde pública e pelos ganhos de remuneração. Estes fatores, apesar de importantes, isolados do conceito da necessidade como objeto do trabalho, de um modelo técnico assistencial que produza responsabilização, integralidade e equidade numa perspectiva sistêmica, não são suficientes para mudar a condição histórica dos trabalhadores em saúde.

Com a implantação de equipes de saúde da família (ESF), nas unidades básicas de saúde (UBS) foi extinto o cargo de gerente de UBS. As unidades com PSF passaram a ser gerida pelas próprias equipes. Encontramos deficiência na gestão de pessoal, de suprimentos, de equipamentos e de mediação de conflitos. A comunicação entre o governo e a comunidade e desta com os profissionais era ineficiente e com baixa capacidade de

mediação e resolução de conflitos locais. Observava-se a ausência de interlocutores que representassem o governo e que assumissem compromissos e contratos com trabalhadores e usuários.

Esse foi um primeiro problema de gestão, a ausência de uma fala do governo assumindo a responsabilidade sobre o que estava acontecendo em cada pedaço de território onde essas equipes estavam implantadas ou, pelo menos, na abrangência de uma unidade de saúde. Todo o gerenciamento da unidade, do equipamento, acabava concentrado na coordenação do programa de saúde da família (PSF), que era centralizado.

Em janeiro de 2001, quando assumimos, aproximadamente 60% dos profissionais médicos encontravam-se em férias, indicativo da ausência de comprometimento, como se o serviço pudesse parar no período de dezembro, janeiro e fevereiro.

Para dar continuidade à descrição da organização do modelo assistencial que vigia, é necessário considerar que, além das unidades de saúde já descritas, eram contabilizados como unidades os consultórios odontológicos em escolas. A produção anual do consultório odontológico de uma escola era equivalente à produção mensal de um consultório de unidade de saúde, o que fez posteriormente todos os consultórios odontológicos escolares serem transferidos para unidades de saúde.

O modelo técnico-assistencial de Aracaju tinha no modelo Cidade Saudável a sua referência teórica e tecnológica. Caracterizava-se por uma rede básica que fazia acompanhamento de usuários em programas, com atendimento de demanda programada. As unidades básicas de saúde (UBS) não atendiam à demanda espontânea, ainda que esta fosse de urgência. A demanda espontânea e as urgências eram atendidas somente em pronto atendimento. Não trabalhavam com o conceito de acolhimento nem outras formas de lidar com o imponderável (CAMPOS, 1992, p.185). No pronto atendimento ambulatorial (PA), como forma de evitar que as pessoas deslegitimassem as equipes de saúde da família, os médicos eram orientados a prescreverem apenas para consumo imediato. Era norma da Secretaria que as pessoas não saíssem do PA com qualquer tipo de prescrição, uma vez que aquele equipamento era apenas para atender à crise aguda. As pessoas deveriam se dirigir à

unidade de saúde para se enquadrar na agenda do programa. Os usuários dificilmente conseguiam atendimento nas UBS para o mesmo dia. Mesmo em casos agudos, só havia atendimento para os agendados nos programas. Nestes casos, os usuários deveriam procurar atendimento nos PA. UBS e unidades de saúde da família (USF) eram lugares apenas de atendimento para a população acompanhada pelos programas, não atendendo a casos agudos.

A vigilância sanitária era responsável apenas pela baixa complexidade. A vigilância epidemiológica já havia evoluído um pouco mais, em razão da própria política do ministério, que apontava para a descentralização do controle de endemias e doenças, contava com um teto financeiro específico, com a participação do Estado, o que permitiu que o município avançasse. Esta era a área em que se pode dizer que havia maior grau de avanço na consolidação de responsabilidade do município com o desenvolvimento de ações coletivas de controle de endemias e de controle de doenças. Porém, quanto ao controle de doenças como a hanseníase e a tuberculose, o município não tinha autonomia no atendimento individual e no acompanhamento dos usuários incluídos no programa, porque essa população era assistida por um equipamento do Estado. Havia deficiências e muita dificuldade em poder estabelecer uma “linha de produção do cuidado” para cada grupo de risco (MERHY, 2002).

## 5.2 - Atores que disputavam a condução do Sistema Único de Saúde

Silva Junior (1998) identifica três correntes no campo da saúde coletiva, no movimento sanitário brasileiro, que disputam hegemonia das suas visões sobre modelos técnicos assistências: “Em Defesa da Vida”, “Cidade Saudável” e “Sistemas Locais de Saúde”, também denominados SILOS, além do modelo liberal-privatista.

Em Aracaju, há a presença desse pólo liberal-privatista, representado em grande parte pelos médicos, cuja visão é a de que a saúde se faz com atendimento individual, centrada no médico, focalizando a realização de procedimentos. A visão dos liberais-privatistas é hegemônica entre os usuários e políticos e representa o imaginário do senso comum.

No outro pólo, havia um grupo que historicamente se contrapunha à perspectiva liberal-privatista, que se constituiu a partir do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e tinha vinculação ao Partido Comunista Brasileiro (PCB), o que propiciou a circulação de informações e formação de alguns sanitaristas. A partir de agora vou me referir a este grupo, legítimo representante do movimento da reforma sanitária brasileira em Sergipe, como “Coletivistas”.

Os Coletivistas apresentavam uma práxis preventivista estruturalista, anterior à da superação do dilema preventivista, na qual cura, prevenção, reabilitação, promoção e proteção à vida compõem o objeto da saúde coletiva, mesmo que no discurso operasse uma fala da superação deste dilema. A dimensão estruturalista era por vezes paralisante; não acreditavam na capacidade dos sujeitos produzirem mudanças através das suas ações e na intersubjetividade fruto da interação com outros sujeitos conformar novas subjetividades e perspectivas existenciais. Os coletivistas eram estruturalistas no discurso. Para nós, apesar da importância das variáveis estruturais, os sujeitos também operam e produzem mudanças.

Na década de 1980, os coletivistas assumiram a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, no primeiro governo após a ditadura e logo fizeram o primeiro secretário de saúde após a redemocratização. O período de sua atuação na secretaria foi muito curto, e após esta passagem foram para oposição onde desempenharam o papel de contínua contestação a qualquer que fosse o governo. Em consequência, o grupo perde a condição de propor uma política com capacidade de operar a realidade, com capacidade de produzir saberes tecnológicos, com capacidade de mudar a face de uma situação.

Ao se depararem com uma situação objetiva, não tinham muito claro como superar os liberais-privatistas; como superar o dilema preventivista; como incorporar o imponderável na organização de serviços de saúde. Ou seja: esse grupo não consolidou a concepção de saúde que superasse o dilema preventivista; não se constituiu como sujeito nessa perspectiva.

De 1988 até 2000, no decorrer de doze anos de SUS, basicamente, esse grupo ficou fora do espaço de poder, sem operar. Parte do grupamento operou no Estado, mas subordinado. Até 1998 eles estiveram em espaços secundários de decisão. Participavam de governos, mas sempre fazendo a crítica ao próprio governo, ou operando por dentro desses governos, sempre fora do espaço central de poder.

Parte da minha geração foi formada por esse grupo, do qual participei, com o qual parte da minha geração também conviveu, por meio do qual se inspirou, tomou gosto pela saúde pública. Um daqueles que compunha esse grupo foi professor de todos nós. Como professor da universidade, como fiscal do trabalho, ele acabou influenciando toda uma geração, que é a minha geração, que fez opção pela saúde pública. Ele teve, ainda, uma grande importância na conformação do grupo do qual ele próprio fazia parte. Mas pelo fato de ter-se limitado ao viés preventivista estruturalista, com uma práxis paralisante e de produção de crises, não interagiu com a saúde pública que se forjava no Brasil em final da década de 1980 e início da década de 1990, com experiências como as de Campinas e Santos, no interior de São Paulo, com a produção posterior à Constituição de 1988.

Como exemplo de experiência da busca de superação do dilema preventivista, naquele momento, podemos citar a cidade de Campinas – SP. As tentativas de superação, neste município, constroem modelo assistencial que incorpora a subjetividade, elemento imponderável, na conformação de serviços e sistemas de saúde, redefinindo prioridades e promovendo a inclusão da clínica como saber tecnológico de larga utilização no campo da saúde pública, saber tecnológico este, negado e relegado a instrumento de dominação da burguesia no discurso dos Coletivistas de Sergipe. Ainda que não possamos falar em superação total deste dilema, podemos afirmar que os saberes tecnológicos do campo da clínica e da saúde coletiva convivem e se reproduzem em experiências de implantação do SUS e de SUS em arranjos sistêmicos (CAMPOS, 1992).

Como já foi apontado, até 1998, este grupo permaneceu fora das instâncias decisórias, de poder. Neste ano, os Coletivistas assumem a Secretaria de Estado da Saúde num governo de centro direita, para o qual a saúde é mais uma área. E a construção teórica, a concepção de modelo técnico-assistencial e de implantação de sistema estavam em segundo plano, em função dos interesses políticos que precisavam ser acomodados no espaço da gestão da saúde. Assim, apesar de ter um discurso que abria espaço para o avanço, na prática esse avanço era pouco efetivo, do ponto de vista das transformações do sistema estadual de saúde e do ponto de vista do que seja o sistema único de saúde.

Em síntese, as questões políticas foram priorizadas e a acomodação política hegemonizou a ação e a manutenção dos espaços de poder, a manutenção dos esquemas

políticos acabou por postergar o debate do modelo de construção do sistema estadual de saúde, que viesse num caminho de construção efetiva dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Nesse ponto, é importante destacar o debate do momento histórico que se estava vivendo. Apesar de a relação estar dada com o ministério, porque o governo do estado era do mesmo partido que o governo federal e apesar de toda a discussão construída nacionalmente, esse debate esbarrava no espaço local, estadual, por conta do que prioritariamente era colocado como agenda central, que era a acomodação política, que eram as arrumações necessárias para a manutenção do espaço de poder, para a manutenção da base de aliança do governo estadual.

Desse modo, esse grupo tem uma importância porque era um pólo que se colocava contra o modelo liberal-privatista, mas que, ao longo de sua trajetória, teve uma participação restrita no campo da oposição, fazendo a denúncia, a crítica, sem nenhuma experiência objetiva que possibilitasse a experimentação das diversas construções de modelo que aqueles que construíam o SUS como alternativa ao modelo liberal-privatista delinearão ao longo da década de 1990.

O grupo que comandou a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS) na segunda metade da década de 1990 dialogava com a visão de saúde pública do modelo técnico assistencial “Cidade Saudável” (SILVA JUNIOR, 1998). Eram pessoas que vinham da experiência liberal-privatista, mas foram buscar inspiração no Modelo Cidade Saudável para a reflexão que promoveu o esboço de política de saúde presente em Aracaju no final do ano 2000.

Esses são os atores que disputavam este espaço e que ainda disputam o município de Aracaju, no campo da saúde.

Eu diria que os atores que disputavam em 2001, ou são atores que atuam pautados pelo modelo liberal-privatista ou são Coletivistas. Ambos não experimentaram nem vivenciaram a construção do SUS, a partir das matrizes discursivas do Modelo Cidade Saudável, do Modelo Saúde em Defesa da Vida ou do Modelo SILOS. Faziam discurso, às vezes, a partir destas matrizes discursivas, mas não protagonizaram uma práxis com conceitos daí emanados; ficaram, quase sempre, no campo do discurso.

### 5.3 - A visão dos políticos sobre a saúde

A visão hegemônica dos políticos sobre a saúde é uma visão liberal-privatista; ou seja: eles emprestam aquilo que é o senso comum e vêem a cidade e a saúde - ainda é assim - não como um setor, ou uma área de política pública para garantir um direito de cidadania, mas sim como uma área que pode propiciar a troca; que pode propiciar o fortalecimento pela troca de favores. Esta ainda é a visão hegemônica. É uma deformação da utilização da saúde, não como uma área de política pública para garantir o direito do cidadão, mas como uma área que produz algum tipo de serviço; que produz algum benefício para quem usa individualmente, e a troca disso é o que interessa. Inclusive, pode-se dizer que essa visão foi um pouco a dos Coletivistas, que deixaram em segundo plano a discussão de modelo, privilegiando a manutenção da viabilidade do poder e acabaram subsumidos pela visão liberal-privatista hegemônica, distorcida pelo senso comum da visão dos políticos sobre a saúde.

Ainda mais grave é o pensamento de parte dos políticos, segundo o qual o que tem importância, o que é relevante é o tamanho desta máquina, a sua capacidade de empregar, a sua capacidade de ter um bem que pode ser trocado. Sendo muito incisivo e muito realista, e sendo radical na análise, sem concessões, é possível afirmar que esta é a visão geral dos políticos sobre a saúde: um espaço de troca fisiológica, como as máquinas desejanças do Deleuze e Guattari (1966, p.07) “uma máquina-órgão está ligada a uma máquina-origem: uma emite o fluxo que outra corta. O seio é uma máquina de produzir leite e a boca uma máquina que se liga com ela” sendo o órgão público a máquina órgão produtora de bens de troca e os políticos, a boca que se alimenta da máquina origem.

O governo municipal de Aracaju no período de 2001 a 2004 operou com a visão da área da saúde como uma área de política pública para garantir cidadania, e não representa o que é compreendido como natural por parte de alguns políticos. Apesar de o Governo Municipal fazer parte do conjunto da política local, esse conjunto ainda não mudou a sua idéia de saúde como uma máquina produtora de benesses para troca fisiológica.



A economia de Aracaju e a do Estado são muito dependentes dos recursos públicos, que movimentam a vida das pessoas através de obras civis de grande porte, de compras para suprir todos os estabelecimentos públicos, de oferta de empregos permanentes e temporários; ou seja: a economia da cidade é muito devedora da máquina estatal. Esta observação acerca do vínculo entre as economias do Estado e da cidade é importante para que se possa compreender a disputa pelo controle do Estado. Historicamente, quem controlou o Estado construiu sua fortuna individual. Se fizermos um paralelo da conformação da riqueza, no Estado de Sergipe, podemos ver que a parte das famílias ricas teve relação com o Estado, negócio, mandato ou esteve diretamente ligada à vida política deste.

Uma coisa que chama muita atenção é que a atividade principal do Estado de Sergipe é o próprio Estado, é a política. Este é um fator que invade tudo que se faz, porque envolve questões relativas à sobrevivência, à sobrevivência das famílias.

Diante da discussão atual, em que se aponta que a riqueza produzida pelo Estado se concentra na parcela mais rica da população, no caso de Sergipe e de Aracaju, isso é muito evidente, uma vez que grande parte da classe média tem na atividade econômica produzida pelo Estado, nos serviços públicos ou em atividades que são desencadeadas a partir do Estado, o espaço de sobrevivência de boa parte das suas famílias. Portanto, a disputa pelo comando do Estado e dos Municípios acaba sendo uma disputa pela manutenção da viabilidade das famílias.

Num debate, ao término dos cem dias do governo, fui questionado por um membro do Partido dos Trabalhadores, partido do governo, acerca de qual teria sido o principal problema enfrentado neste período. Apontei a prática histórica do “populismo fisiológico”, uma vez que historicamente quem assumiu o governo até então acabava concedendo a revelia de qualquer parâmetro; ou seja: faz essa concessão para garantir a sua manutenção no espaço de poder, mesmo que isso signifique a inviabilidade do ente público. Têm-se demonstrações disso nos esqueletos que a administração pública apresenta tanto na relação contratual com empresas, quanto na relação com os trabalhadores.

Essas práticas são características do que seja uma ação populista associada ao fisiologismo. Ambos, como cultura política de nossa cidade, compõem e cimentam essa relação, consolidam essa posição da saúde, não como um espaço de política pública que garante o direito à cidadania, mas sim como um espaço de manutenção do poder de quem está governando num determinado momento. Estas duas coisas se somam e criam uma barreira enorme para que se possa operar uma política pública que garanta a saúde como um direito de cidadania.

Tudo isso, somado ao fato da principal atividade econômica do nosso Estado e de suas cidades estarem centrados no recurso público, cria uma barreira muito grande para operar uma política que coloque o Estado no lugar de mediador, como uma instância que distribui riqueza, que produz igualdade, que equaliza as questões sociais e que passe a cumprir o papel do Estado republicano, o papel daquele que considera todos como cidadãos, todos com igualdade de direitos, todos com direito de acesso àquilo que se produz.

## **6 - Arena**

Auxiliados pela pedagogia do compreender, significar e intervir e pelos vários métodos de abordagem da realidade, conseguimos nos apropriar dos traços culturais da cultura política local entendendo o comportamento dos atores. Na câmara de vereadores identificamos a divisão clássica dos aliados e oposição, categorias que apagam a possibilidade de diálogo mediado por argumentos lógicos. Porém, essa divisão não apaga as marcas históricas de conformação de uma cultura político institucional assentada no patrimonialismo, fisiologismo, corporativismo e populismo. O senso comum como base para argumentação, a combinação dos vieses que marcam a nossa cultura política e a posição no jogo arranjam os discursos e movimentos dos atores (CINAEM, 2000).

São raros os políticos com visão sobre a responsabilidade pública do cargo que ocupam, a não ser na retórica, com clareza dos seus objetos e com política para disputá-los democraticamente. Esta situação nos impõe a necessidade de produzir projetos que

respeitem e incluam a visão dos atores sobre a realidade em novos arranjos institucionais produtores de novos sentidos capazes de subsumir os fragmentos das visões dos atores em situação.

Com essa perspectiva fomos explorando e buscando identificar cada ator, seus projetos e o real papel de cada espaço coletivo de decisão, ou institucional, e assim conformamos uma idéia aproximada do que era o conselho estadual de saúde, da comissão intergestores bipartite (CIB), espaços internos de governos, conferências municipais de saúde, conferências de saúde, reuniões com comunidades, conselho municipal de saúde, sindicatos, organizações não governamentais de diversas naturezas, associações de bairros e moradores. Buscamos também compreender as demandas dos trabalhadores e dos políticos.

Para saber o peso de cada espaço de disputa contido na arena da saúde era preciso compreender a legislação, as normas, os projetos e os interesses dos atores em situação de disputa ou de cooperação em cada momento ou conjuntura. Aqui é muito importante identificar o senso comum que presidia as falas dos atores para aprisioná-los nas contradições impostas pelos seus projetos e interesses ou para incluí-los ou incluir projetos estratégicos para a construção do SUS Aracaju.

Uma arena importante no debate da construção do SUS em Sergipe, e em particular em Aracaju, foram os programas de rádio. Os programas de rádio refletem os interesses hegemônicos, ou de grupos geralmente com perdas de força à vista ou vantagens auferidas pela cultura política acima mencionada. Nesses programas fizemos a comunicação da política em construção e disputamo-la com a oposição, com as corporações, com segmentos da saúde pública que disputavam a hegemonia na saúde.

A identificação, a valorização e a presença, orientada por uma política nestas arenas nos permitiram produzir a legitimidade técnica, política e social do projeto.

## 6.1 - Entrando em cena: a desterritorialização

O cenário encontrado foi, portanto, aquele descrito anteriormente, com todas essas particularidades, o qual, de certa forma, se confunde com a própria história do país. O país vem se conformando com essas características; é um país cuja cultura política e cujos

períodos de maior pujança de referência democrática foram ou momentos de extremo populismo ou momentos de extrema permissividade e fisiologismo; e tudo isso ainda faz parte do nosso cotidiano.

Diante disso, colocava-se um questionamento: Como é que se deveria operar esta realidade?

Retomando passagens precedentes, quando o prefeito monta um grupo ao qual atribui a tarefa de reorganizar o governo da cidade e, no bojo dele, a secretaria da saúde, ele o faz porque quer algo diferente, algo que possa de fato ser uma marca de governo; logo, vimo-nos diante de um questionamento acerca de por onde deveríamos caminhar; por onde deveríamos operar uma relação? Como é que conformaríamos um objeto? Na busca de solução para estas questões, entramos na máquina, e esta entrada se deu em todas as frentes ao mesmo tempo, atendendo e às vezes concentrando esforços naquilo que se mostrava mais urgente para garantir a sobrevivência do grupo dirigente da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do Projeto.

No começo de governo, a máquina estava desabastecida, e precisávamos produzir um anteparo para não sermos destruídos por quem queria ocupar aquele espaço pelas frestas de uma ineficiência que pudesse ocorrer. Assim, o primeiro foco de ação seria mostrar e construir uma imagem de eficiência e de agilidade, de celeridade, agindo sobre os processos que evitassem o caos. A secretaria entendida no sentido Deleuziano como um processo-produto marcado por uma polaridade que se complementa: movimentos contínuos e descontínuos. Máquina desmetaforizada, espaço de produção-distribuição-consumo, bricolagem. E assim tivemos a secretaria configurando-se numa “máquina-órgão” conformando um objeto, considerando que:

[...] qualquer ‘objeto’ supõe a continuidade de um fluxo, e qualquer fluxo a fragmentação de um objeto. Não há dúvida de que cada máquina-órgão interpreta o mundo inteiro a partir da energia que dela flui. Mas há sempre uma conexão que se estabelece com outra máquina, numa transversal onde a primeira corta o fluxo da outra ou ‘vê’ o seu fluxo cortado. (DELEUZE e GUATTARI, 1966, p. 11).

A idéia que norteava a ação era a de evitar o caos na assistência. Portanto partimos para a atuação em um campo mais estruturado, o que, naquele momento, significava suprir a rede, garantir o básico. Mantivemos as pessoas que estavam operando e fizemos a máquina funcionar segundo as regras que estavam estabelecidas, a fim de ganhar tempo para fazer as mudanças necessárias dessas regras.

O primeiro passo foi entrar para conhecer o estruturado, como está a funcionando a máquina e colocá-la para operar no máximo da sua capacidade. Comprar medicamentos, suprimentos, manutenção de equipes, entre outros. O segundo passo foi avaliar as razões de haver diferenças consideráveis de oferta de serviços entre os bairros, se a capacidade instalada de produção era suficiente ou não para atender à demanda e qual a racionalidade de modelo de atenção à saúde, de organização de serviços e de sistema.

Esses questionamentos foram determinantes na ação inicial desse coletivo que estava chegando como uma incrustação, como um grupo que, na direção central da secretaria, não compunha nem o segmento liberal-privatista nem o segmento do grupo que conduzia e representava o imaginário da saúde pública do Estado até àquele momento – os coletivistas.

Operamos pouca mudança estrutural para fazer a máquina funcionar. Mantivemos grande parte da inteligência existente e fizemos uma concentração de informação sobre tudo que acontecia na secretaria. Num curto espaço de tempo, tivemos que montar um esquema de apropriação daquilo que era a inteligência da secretaria, para que pudéssemos ter conhecimento e controle das informações e do modo operacional. Isso exigia que fizéssemos uma aliança com o segmento que estava na máquina, de maneira a não sermos absorvidos pelo sentido que presidia toda a ação, até então vigente, na organização da Secretaria Municipal de Saúde, pois, como afirma Milton Santos (2002, p. 59), “Cada objeto ou ação que se instala se insere num tecido preexistente, e seu valor real é encontrado no funcionamento concreto do conjunto. Sua presença também modifica os valores preexistentes”.

Fez-se necessário compreender e abstrair o sentido que regia aquilo tudo: compreender os elementos, o que havia de substantivo naquela construção, o que havia de efetivo, de operativo, o que fazia a saúde acontecer. E compreender, ainda, o que motivava

as pessoas, de forma geral, a apostarem e investirem naquele projeto, para que, num primeiro momento, não houvesse um enfrentamento nosso com o eixo de sentido que organizava todo o funcionamento da secretaria.

Esse foi um passo muito delicado. Tínhamos de tentar controlar o que acontecia para compreender o que se passava e quais os elementos que constituíam e conformavam a secretaria. Para manter o domínio sobre a máquina, utilizamos inicialmente a concentração de informação, de decisão e de enfrentamento técnico-político como método de acumulação de poder.

O prefeito consolidou sua equipe de secretários no dia 22 de dezembro de 2000 quando anunciou sua escolha e definiu com que grupo e com que perspectiva ele queria operar na área da saúde. Deste modo, o tempo do qual dispusemos para formar uma equipe, para que as pessoas se desobrigassem de seus compromissos, foi menor do que o das outras áreas. Ainda com relação à vinda das pessoas para a constituição da nova equipe, havia uma restrição objetiva de remunerá-las para poderem sair de onde estavam, porque a estrutura de gratificação, de remuneração, era incompatível com a realidade de mercado.

Ao final do primeiro mês, encontrávamos-nos, portanto, já apropriados da máquina, mas sem a equipe nova, com a equipe que existia, que já era montada. As pessoas que tinham sido convidadas a participar do projeto estavam-se desvencilhando de compromissos. Assim, a concentração como método foi praticamente uma operação solitária, de duas pessoas: eu, como secretário, e o chefe de gabinete. Éramos nós dois os únicos que estavam na máquina e havia a necessidade de concentração de poder para continuar sobrevivendo.

Um outro elemento complicador da situação de chegada à secretaria foi um certo distanciamento meu, que voltava à saúde pública de Aracaju depois de uma ausência de oito anos. Mesmo que tenha militado num grupo da saúde pública da cidade, em razão de ter-me formado e ter saído, não estabeleci laços profissionais com quem operava a rede, nem com esse segmento que tinha alguma inteligência sobre saúde pública no Estado. Este, certamente, foi outro fator complicador.

Diante disso, o caminho trilhado, depois dessa concentração, tomou como base a noção de território, o que significa trabalhar o conceito de território como um espaço onde as pessoas se produzem enquanto sujeitos, com capacidade de operar a partir daquele espaço que as conformou (SANTOS, M., 2002, p. 96).

O território como um todo se torna um dado dessa harmonia forçada entre lugares e agentes neles instalados, em função de uma inteligência maior, situada nos centros motores da informação. A força desses núcleos vem de sua capacidade, maior ou menor, de receber informações de toda natureza, tratá-las, classificando-as, valorizando-as e hierarquizando-as, antes de as redistribuir entre os mesmos pontos a seu próprio serviço. Essa inteligência das grandes empresas e dos Estados não é, porém, a única. Em níveis inferiores, o fenômeno se reproduz, ainda que com menos eficácia mercantil.

A reflexão que fizemos, tomando em consideração esta premissa, era a de que, para conquistarmos algum grau de autonomia, era preciso produzir uma desterritorialização, mas, sem excluir as pessoas que já estavam operando na saúde, da participação nesse projeto. Mais uma vez este pensador foi fonte norteadora para nossa prática. Partindo do pressuposto de que “quando há mudança morfológica, junto aos novos objetos, criados para atender a novas funções, velhos objetos permanecem e mudam de função” (SANTOS, M., 2002, p. 96), produzimos uma desterritorialização sem produzir exclusão das pessoas, com o debate apontando para aquelas que estavam dentro do projeto cuja manutenção se daria - porque neste aspecto se dá a discussão da sobrevivência, do aparelho de estado como espaço fundamental para a manutenção das famílias -, e o que nós precisávamos era convencê-las de que elas continuariam.

Produziu-se, portanto, uma desterritorialização das pessoas, do lugar onde se conformaram como sujeito, e, portanto, detentoras de um poder na máquina. MERHY descreve o modo como os trabalhadores se produzem e reproduzem a partir dos seus lugares institucionais (MERHY, 1997, p.96-7).

Em particular, destacamos os papéis que jogam os processos de constituição reprodução dos territórios existenciais auto-referenciais aos quais trabalhadores está “colada”, como resultado de processos agenciadores subjetivantes, que os produzem como “grupos sujeitados, no dizer Guattari. Vale, neste sentido, desgraçar tanto o papel capturante de subjetividades que desempenham, por exemplo, as ideologias” domesticadoras “sobre os trabalhadores, quanto às conformações subjetivantes que a própria dinâmica do trabalho impõe ao modelar o corpo como” ferramenta de trabalho “, seus espaços, tempos, e esmo modos de sentir”. Assim, o modo como as “cabeças estão sendo fabricadas” também opera na micropolítica do processo de trabalho vivo, como forças instituintes de processos de resistência às mudanças, como vemos cotidianamente nos serviços de saúde; ou não, quando estamos diante de processos inovadores em termo de agenciamentos como os casos de movimentos contestadores e anti-hegemônicos. Entretanto, qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho encontra, como parte de seus desafios, mexer com as cabeças e interesses, e suas formas de representação como forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos.

Quando isso foi feito, o foi por algumas restrições de ordem econômica - havia poucos recursos - e de ordem estratégica de gestão - havia necessidade de disponibilidade dos cargos para poder reorganizá-los de modo a montar uma outra estrutura gerencial.

Ao final do primeiro mês de governo concluímos a primeira reforma administrativa, na qual introduzimos o conceito de gestão colegiada e participativa, uma construção introduzida por Campos (1989) e sistematizada a partir de várias experiências do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas internalizada como marca na organização do sistema na área de serviços, que considera a dimensão subjetiva do trabalhador enquanto o sujeito na conformação da gestão. Este foi o mote que utilizamos para manter agregado um coletivo que era detentor da inteligência da secretaria.



Este foi um grande passo, porque quando as pessoas eram retiradas do espaço onde estavam, tinham de se consolidar num outro; isso não acontecia nas mesmas condições que se davam com aqueles que chegavam, mas numa condição similar. Era a mesma secretaria, operando sobre os mesmos objetos, porém, os sujeitos da gestão anterior foram postos em lugares diferentes, nos quais cada um tinha que se posicionar novamente como sujeito e produzir uma nova inteligência. Esta foi uma estratégia consciente que utilizamos. Foi deliberado fazer a desterritorialização como ação de se igualar ou produzir a igualdade de condições de conformação entre eles e nós, pelo menos do ponto de vista de capacidade operacional.

A princípio, isso produziu um pouco de ineficiência, contudo, permitiu o fôlego de conquista, que tinha de ser oportunizado pra quem estava chegando, e, naquele momento, era a sobrevivência que estava presidindo parte das ações. Retomando as reflexões de Milton Santos (2002), era esperado que certo “estranhamento” fosse produzido, haja vista que as pessoas não estavam familiarizadas com seu novo lugar, não tendo o passado como referência para sua ação. Era natural que precisassem criar uma nova via de entendimento da situação.

A utilização da desterritorialização para criar aproximação e o sentimento de solidariedade entre quem já estava lá e quem estava chegando - porque se encontrava em uma situação semelhante, sem o chão sob os pés – permitiu-nos uma forma de apropriação do objeto, porque, nessas condições, todos tinham que redefinir seu objeto.

Ultrapassado um primeiro momento de espanto e atordoamento, o espírito alerta se refaz, reformulando a idéia de futuro a partir do entendimento novo da nova realidade que o cerca... Processo de alienação vai cedendo ao processo de integração e de entendimento, e o indivíduo recupera a parte do seu ser que parecia perdida. (SANTOS, M., p. 328).

Assim, foi criado o que chamamos de colegiado de gestão da secretaria, o que permitia nosso acesso às informações para a composição de uma silhueta do que seria um projeto de saúde para a cidade. Esta imagem inicial que foi se estruturando e se estabelecendo passou a ser preenchida à medida que havia interação entre aqueles que

chegavam com aqueles que já estavam na rede. Tudo aquilo que era produção, era utilizado como substrato na conformação desta imagem-arte, dando-nos clareza e nitidez tanto da posição e dos desejos destes sujeitos que estavam operando a realidade, quanto da conformação de uma política que, na verdade, não era muito nova, pois esta se dava a partir de elementos já existentes. O desafio agora era produzir o novo.

Fomos produzindo sentido em conjunto com todos os atores que estavam envolvidos no processo e construindo a relação de confiança, assumindo ora um enfrentamento duro ora autoritário. Nós tínhamos de avançar e conter a força da inércia. A ação dura e autoritária em muitos momentos acontecia. Ela era uma estratégia para ganhar tempo para que as pessoas pudessem reconstruir ou redescobrir o sentido de uma nova política que precisava ser desenvolvida; que precisava dar conta do direito à saúde como um direito à cidadania. Os métodos utilizados foram os mais diversos a fim de ganhar tempo e se chegar a um projeto coletivo. O enquadramento das pessoas pelo uso da força da autoridade não foi a regra, porque a disputa pelo objeto se alternava num espaço coletivo de produção, embora em alguns momentos tenha sido necessário assumir a liderança, a condução, a finalização.

Outra estratégia que assumimos como fruto dessa centralização foi a presença em todos os espaços de debate, seja como observador, seja como ator privilegiado, na comunidade, na discussão com a Secretaria de Estado da Saúde (SES), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), onde tínhamos assento, no Conselho Estadual de Saúde (CES), no Conselho de Secretários Municipais (COSEMS); ou seja: todos os espaços locais e estaduais foram ocupados com a presença daqueles que estavam se elaborando como direção do processo.

A razão de termos utilizado essa estratégia era poder compreender o momento histórico e apropriarmos-nos dele, uma vez que não podíamos ter uma reflexão descolada da história que o Estado e o Município estavam vivendo. Tínhamos que ter um novo eixo de sentido, produzido para incluir as pessoas de maneira que elas se identificassem.

Era necessário entrar na agenda política em curso. Não podíamos propor uma agenda nova; tínhamos que fazer um movimento de imersão na realidade em descoberta; ou seja, o grupo que estava entrando em cena ia conformando um coletivo extremamente

antropofágico. Íamos aos espaços, acompanhávamos, compreendíamos o momento histórico, buscávamos todas as relações de como aquilo estava se produzindo. Tentávamos não assumir uma visão maniqueísta do processo. Procurávamos sempre ver na perspectiva da construção histórica, para diminuir na fala e na interlocução o ranço da atribuição do mal sempre a outrem. Assim, procuramos fazer o movimento de identificar no outro um sujeito que está num processo histórico com os seus determinantes, suas limitações, e buscar na interação com ele o que interessava para fazer aliança – alteridade.

Toda essa atitude para a ação pautada pela compreensão de si e do outro no interior de um processo histórico é uma atitude devedora ao que a saúde mental nos ensinou enquanto processo de ressocialização e responsabilização. Importava-nos apenas o que havia de preservado, de potencial, para que a partir dali pudéssemos produzir a nova copa, a nova árvore, que nos permitisse sobreviver co-evoluindo numa teia de relações, enfim, a co-existir. Esta reflexão, fruto da interação desse coletivo nosso com a saúde mental, também foi utilizada como método de identificação, sobretudo para a ação comunicativa.

Buscar uma comunicação a partir da compreensão do sentido das manifestações dos sujeitos, valorizando e respeitando os limites históricos de cada ator implicado, teve muita importância no modo como nos conduzimos nesse processo de pensamento-ação-reflexão, na produção da dimensão comunicacional das relações e, conseqüentemente, na compreensão do objeto, sem dispensar tempo e força para aquilo que não nos interessava e/ou que nos distanciava. Estabelecemos assim o início de uma relação dialógica, de confiança e de produção de aliança com os atores envolvidos.

Essa interação com os espaços e atores, respeitando a história e não criando uma relação maniqueísta - quem presta, quem não presta -, operando naquilo que tinha de substantivo, que poderia ser um ponto de interação e de ampliação de nossa ação comunicativa, ou que permitiria uma ação comunicativa que aportasse no processo de construção e de clareza dessa silhueta, produzia-se para tornar o projeto mais claro para nós, porque também estávamos elaborando um projeto e ao mesmo tempo conformando-nos como sujeitos.

Assim, em todos os espaços que ocupávamos, tínhamos essa relação a priori, não de enfrentamento, mas sim de escuta, de acolhimento. Tratava-se de uma relação quase de subordinação dos ímpetus, da disputa entre o que realmente interessava e o que de fato poderia trazer uma aliança, a ampliação de nossa governabilidade, e, em última instância, da nossa capacidade de governo, para que pudéssemos operar a construção do projeto. Resumindo: nos espaços de busca de consenso, os interesses individuais e os coletivos não mais foram vistos como categorias opostas e sim complementares.

## 6.2 - A montagem da nova equipe de direção da SMS

O grupo que veio para Aracaju para formar a equipe de direção da SMS tinha uma história de interação muito forte com a teoria da ação social proposta por Matus (1989), que trabalha a noção de triângulo do governo: o projeto, a capacidade de governo, a governabilidade como vértices do triângulo. Toda ação também tinha um caráter instrumental, o que permitia identificar a possibilidade de aliança, seja para ampliar a governabilidade, seja para ampliar a capacidade de governo, o que acabava por aportar alguém do grupo que já atuava na secretaria da saúde. Sempre trazíamos para o projeto alguém que estivesse atuando; que estivesse na vida, na atividade profissional, ainda que nunca tivesse trabalhado do modo como estávamos trabalhando. Este quadro nos permitiu apresentar uma primeira grande aproximação daquilo que foi o objeto de nossa ação.

O processo de montagem de uma equipe efetivamente afinada com o projeto e ocupando a maioria dos espaços da saúde durou mais de um ano e meio, e essa equipe só se consolidou em 2003. Tratou-se de um processo que foi dando-se à medida que interagíamos com as pessoas, que identificávamos aqueles que tinham potencial para trabalhar na gestão. O convite às pessoas para ocupar cargos de direção se deu predominantemente a partir da capacidade técnica e da adesão ao projeto dos convidados. Quando havia indicação política trabalhávamos para incluir o indicado e construir a sua adesão ao projeto.

No período de 2001 até julho de 2003, nós operamos a constituição da equipe utilizando o conceito de coringa. Isto significa que, se num determinado espaço nós construíssemos uma liderança, mas se ela se desgastasse porque já havia consumido toda a

sua força como liderança, ela saía; ia para outro espaço onde pudesse trabalhar, e, no lugar de onde saía, colocava-se ou não um outro. Isso porque a formação da equipe se deu na interação com a ação; ou seja: reagindo, interagindo com os outros atores e espaços, conforme iam surgindo demandas, tanto na atuação das pessoas no processo, quanto na captura de pessoas para o processo.

Temos vários exemplos para ilustrar isso, como o de uma nova funcionária que veio trabalhar no cartão SUS, depois trabalhou na supervisão de atenção básica, depois foi para o Núcleo de Desenvolvimento de Programas. Outro exemplo, a Diretora de Saúde que realizou um trabalho intenso de um ano e meio e depois foi para a Direção do Centro de Educação Permanente. A coordenadora da vigilância epidemiológica, que foi para a Diretoria de Saúde. O atual coordenador do Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação (NUCAAR) saiu de Campinas - SP, onde trabalhava, para nos ajudar no desenvolvimento do programa de educação permanente e transformou-se em gestor de sistema. E assim, fomos paulatinamente constituindo a equipe. Adquirimos a capacidade de transitar em várias instâncias e espaços de gestão de acordo com a necessidade do projeto. Nas áreas meio, pela necessidade de conformar inteligência específica, quais sejam: a logística, as finanças, e a administração de pessoal, os principais dirigentes não foram substituídos.

Vale a pena resgatar uma experiência que tivemos em 1992, num encontro de estudantes, no qual Mário Testa salientou que a imagem-objetivo possível é a acumulação de poder, e o maior aliado para a ação é a compreensão da realidade; ou seja: não se pode formular política, não se pode agir desconsiderando aquilo que compõe a realidade, nem realizar planos sem acumulação de poder. Este ensinamento tem presidido substancialmente a nossa ação (CONGRESSO..., 1992).

Nesse começo de interação, não estávamos muito preocupados com os indicadores, pois não era possível mudá-los de imediato, mas sim com a força que tínhamos num determinado momento para poder operar. Nós já tínhamos clareza de que as condições para impactar os indicadores não estavam dadas no primeiro ano de governo, que a capacidade de operar a máquina não existia. Seria preciso construir confiança, organizar o sistema, fortalecer a gestão.

Então, fomos nos aproximando num movimento da periferia para o centro, num processo de constante interação, com aquilo que viria a ser o nosso objeto. Sequer conseguíamos fazer a discussão do projeto, porque nosso objeto também estava em conformação, apesar de tanto eu como as pessoas que estavam se ajustando à equipe termos uma origem teórico-metodológica que tinha clara a necessidade de compreender qual seria o objeto da saúde, e qual o resultado que deveríamos produzir.

Em decorrência dessa concepção clara de qual era o objeto da saúde, orientamo-nos para implementar uma máquina de governo na saúde adequada para lidar com a necessidade em todas as implicações subjetivas que isto traz para a organização de um sistema, para a organização da prática profissional, para organização do serviço. E que o resultado desejado, buscado, é a produção de autonomia, que pode ser a cura, que pode ser reabilitação, que pode ser equilibrar um doente, que pode ser transferir informação, mas que, em qualquer desses casos, deve-se produzir autonomia.

No entanto, não era possível operar para produzir autonomia desde o início, porque sequer tínhamos clareza, sequer tínhamos capacidade de operar a máquina, sequer encontrávamos aceitação de quem estava operando a máquina. Em razão disso, era-nos colocado um processo de conquista, de aproximação, de produção de aliança.

Esse passo foi sendo produzido tendo como diretriz o estabelecimento de regras, o cumprimento de compromissos acordados, por vezes, em enfrentamentos públicos. Daquele lugar que ocupávamos emergiam manifestações confiáveis que iam acumulando credibilidade à medida que, na interação com as pessoas produzia-se um sentimento em relação a uma série de valores. E isto ia abrindo espaço para a construção dessa aliança.

Em 2003, quando resolvemos colocar gerentes em todas as unidades, a escolha desses foi feita não pelo critério da indicação política, mas sim recaindo sobre 95% de técnicos motivados pelo envolvimento no trabalho e pelo compromisso que esses profissionais demonstravam e, ainda, pela avaliação técnica de perfil que fizemos deles. É possível que algumas de nossas avaliações tenham sido equivocadas. No entanto, pode-se afirmar que, na maioria dos casos, nós acertamos. Portanto, foi nesse ponto do trabalho que se configurou uma equipe de gestão com mais estabilidade.

### 6.3 - Identificação dos atores que conformavam o mundo da política e da saúde nas esferas de governos municipal, estadual e federal

O fato de sermos uma incrustação dava-nos uma condição de desconhecido, que, de certa maneira, serviu-nos como uma barreira para o encontro com algumas forças políticas que, para agir, utilizavam o espaço público de maneira fisiológica. Analisando a nossa posição no jogo, fomos, momentaneamente, mais eficientes na mudança de comportamento de alguns políticos, diminuindo as suas investidas fisiológicas sobre a Secretaria.

Ganhamos tempo precioso para compreender o funcionamento da máquina, como operá-la. As culturas populista, fisiológica, patrimonialista e corporativa não eram só manifestadas através da ação de alguns políticos; estavam presentes em quase tudo que sustentava a instituição Secretaria. Por exemplo: nos primeiros seis meses, eu passava quase metade do meu tempo atendendo a pessoas ou grupos com demandas que poderiam ser qualificadas com gênese no patrimonialismo, no fisiologismo, na história de populismo dos governos anteriores ou no corporativismo. O fato de sermos uma incrustação facilitou neste aspecto, para reduzir a investida da perspectiva patrimonialista, fisiologista, populista a fim de utilizar o espaço público para interesses individuais ou para interesses de outros.

Entretanto, por outro lado, foi muito difícil, porque toda a força era no sentido de que saíssemos. Alguns vereadores desenvolveram ação política bem articulada contra nós. Tinham eles estabelecido aliança com os Coletivistas, que, em tese, deveriam estar ocupando a Secretaria Municipal de Saúde. Desse modo, instalou-se uma tensão que durou dois anos.

À proporção em que íamos evoluindo na implantação do projeto, fomos ganhando a confiança externa. Em consequência, a pressão pela saída do nosso coletivo do comando da Secretaria foi substituída pelo relacionamento com as forças políticas de construção de governabilidade geral do governo.

Sermos considerados uma incrustação por um lado foi ruim, porque estávamos o tempo todo com o pescoço sob uma guilhotina; por outro foi bom, porque permitiu que caminhássemos com mais autonomia, com mais liberdade. Na verdade, mantendo a

metáfora, a guilhotina só não caiu sobre nossas cabeças todas porque o prefeito estava convicto da aposta que havia feito no grupo, compreendendo o começo, o meio e o fim do projeto. Estava claro para ele que a saúde era um espaço público que carecia de uma proposta política que estava em processo. Foi ele quem segurou a guilhotina e de certa maneira assegurou proteção ao projeto e a caminhada de construção do SUS na cidade de Aracaju, contra a ação mais virulenta do fisiologismo, do patrimonialismo, do populismo e do corporativismo que foram sendo contidas com o auxílio do processo em curso de construção do SUS.

Retomando a discussão da apropriação do momento histórico, é importante citar - além do cenário local, da referência de modelo técnico-assistencial, da forma como a saúde estava organizada, do estágio de implantação do SUS em Aracaju - que havia o debate sobre SUS no Brasil e era fundamental nos situarmos para produzir transversalidade das discussões nacionais na nossa realidade.

No início de 2001, estava sendo negociada a nova Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS). A primeira versão foi aprovada em final de 2000, quando ocorreu o debate tripartite da Norma Operacional de Assistência à Saúde, que volta a pautar a discussão sobre o comando único, que regula a forma de repasse de recurso financeiro, a forma de habilitação do município, a condição de gestão, regras de regionalização e de garantia de acesso em suma: a Norma Operacional de Assistência que era a seqüência das Normas Operacionais 93 e 96 (NOB-93 e NOB-96).

A NOAS/SUS trazia o conceito de sistemas nacional, regional, microrregional e local de saúde e introduz o termo de garantia e o teto financeiro de referência – que fica sob gestão de um município gestor de sistema com comando único, porém deve ser utilizado para atender à população residente em outros municípios. O município que fica com teto financeiro de referência se compromete a garantir acesso à população citada dos outros municípios. Isso implica que, num dado território, é preciso que exista um único gestor, com o comando do sistema municipal de saúde, com comando único de todos os equipamentos.



O debate nacional que acontecia naquele momento era sobre a NOAS/SUS e a sua implantação. No entanto, a norma em vigor era a NOB-96. Desta forma, apesar de o debate da NOAS/SUS estar ocorrendo, no período até março de 2001, para fins de habilitação dos municípios à condição de gestão do sistema, eram as regras previstas na NOB-96 que valiam.

Esse debate ocorreu no ano de 2000, no Conselho Nacional de Secretários Estaduais, no Conselho Nacional de Secretários Municipais, no Ministério da Saúde, no âmbito da comissão intergestores tripartite. Tanto nós quanto a Secretaria de Estado da Saúde (SES), que vinha há mais tempo no governo, estávamos acompanhando o debate nacional, que produziu atravessamento na agenda da SES e transversalidade na concepção de gestão e de sistema de saúde.

A SES havia desenhado uma proposta de plano diretor de regionalização estadual, que estabelecia módulos assistenciais, micro-regiões assistenciais e região assistencial. Esse plano foi apresentado e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), segundo o qual ficou estabelecido que as cidades deveriam organizar-se em sistemas locais, micro-regional e regional. As microrregiões seriam compostas por vários desses módulos, e a região de saúde, por sua vez, seria composta pelos módulos e pelas microrregiões, que englobavam todo o Estado, cujo pólo-sede da região seria Aracaju, uma vez que era a única cidade com capacidade para ser referência à maior parte das ações de média e alta complexidade.

Como já foi apontado, nosso grupo assumiu como estratégia de aproximação compreender qual era o momento histórico, privilegiando todos os espaços de debate. Na ocorrência de um desses debates sobre o plano diretor de regionalização, nós estávamos chegando, e fomos também para este espaço de discussão. Nosso grupo, que vinha da academia, ou da militância sindical ou, ainda, do espaço do serviço, estava distante desta discussão. Portanto, mais uma vez em vez de questionarmos se isso era certo ou errado, assumimos a tarefa de saber do que se tratava de compreendê-la e construir o nosso posicionamento no jogo e conseqüentemente que caminho deveria ser seguido.

Naquele momento, o que precisávamos era conhecer quais as regras que estavam sendo produzidas para o futuro e como nós poderíamos utilizá-las para produzir os atravessamentos na nossa relação com o Estado, o que nos daria a segurança necessária para reivindicar uma nova condição de gestão de sistema. Tínhamos clareza de uma coisa, era impossível organizar um sistema de saúde que pudesse tornar a saúde um direito do cidadão, respeitando os princípios da integralidade, da equidade, da universalidade, na condição de gestor de atenção básica de uma rede de serviços básicos de saúde.

Essa compreensão da necessidade de ser gestor de sistema já era clara para o grupo, até porque esta era uma regra muito debatida em todos os fóruns de implantação do SUS: a gestão de sistema com comando único. Nosso grupo conviveu com esse debate em várias instâncias: movimento estudantil, conferências, movimento sindical, academia etc. A maioria de nós acreditava na descentralização como dispositivo para a efetiva implantação do SUS.

A SES defendia a implantação do plano diretor de regionalização segundo um desenho aprovado pela CIB. Estimular o debate sobre o Plano Diretor de Regionalização foi a forma de provocar a revelação das verdadeiras intenções da SES sobre descentralização, e qual o seu projeto para Aracaju, a curto prazo. As discussões aconteceram em várias reuniões, nas quais participamos de todas.

A proposta que o Estado nos apresentou foi a seguinte: habilitar primeiro as sete micro-regiões fazendo a descentralização dos recursos do interior e depois fazer a descentralização dos recursos para a capital, com a habilitação da sede. Usando para tanto um argumento que, para o senso comum, tem validade, qual seja, de que Aracaju concentrava a maior parte dos recursos, dos serviços, afirmando que se este município fosse habilitado num primeiro momento, teríamos um problema de garantia de acesso a todos os demais municípios do interior. A intenção, na verdade, era outra: manter os recursos de Aracaju sob gestão estadual por mais tempo, o que produziu um cenário de disputa e muita tensão.

Compúnhamos um grupo que teve e fez militância no movimento estudantil, no movimento de residentes. Uma parte de nós estava no movimento sindical, assim, vivenciávamos uma incursão pela academia por conta desses vários movimentos. Tínhamos

contato, independentemente de estarmos na gestão do SUS, com os atores que formulavam política para o SUS. Deste modo, contávamos com uma rede de apoio fora de Aracaju. Por exemplo, na UNICAMP, o pessoal do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) que constituiu o Laboratório de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde (LAPA), principalmente o Professor Emerson Elias Merhy e Márcia Amaral. Compunham esta rede também os Professores Luiz Augusto Facchini e Roberto Xavier Piccini, de Pelotas, no Rio Grande do Sul; Edmundo Galo, ex-secretário da saúde de Belém; Nilo Bretas, ex-secretário de Saúde de Molevade – MG e assessor do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, pelo qual fazia a negociação da NOAS, acompanhando toda sua discussão. Portanto, havia vários quadros que nos davam suporte quando se fazia necessário. Contávamos com uma rede de aliança externa muito significativa, formada por atores da saúde pública que nos dava segurança do ponto de vista de produzir explicação para aquilo que tínhamos dificuldade de compreender. Estabelecíamos ali uma ponte com várias fontes vivas e ao mesmo tempo fontes bibliográficas que eram do nosso conhecimento.

Tendo apresentado a “rede de proteção” de que dispúnhamos em consequência de nossa inserção nos movimentos políticos em saúde, pode-se prosseguir com o caminhar do debate. Deu-se uma conversa nossa com uma pessoa representante do estado. Depois dessa conversa com o estado, em que se apresentou a proposta já descrita, a leitura que fizemos foi a de que se assumíssemos a proposta do estado, se ela desse certo - porque não acreditávamos que fosse possível que fizessem a implantação do plano diretor em um ano - teríamos de brigar com 75 municípios para reaver o recurso que Aracaju precisava para manter o sistema de alta e média complexidade. A outra estratégia seria exigir que começasse por Aracaju, e em contrapartida, ter um conflito com o governo do Estado. Entretanto, ainda investíamos na NOAS, na nova perspectiva, no que respeitávamos, na construção. E investíamos, ainda, em usar daquele momento de debate, de efervescência para encontrar o espaço de fazer a descentralização para Aracaju.

Nesse momento, um dos nossos contatos nessa “rede de proteção”, Nilo Bretas nos alertou verbalmente que a NOAS levaria mais um ano de debate antes que se tornasse um instrumento de descentralização. E se quiséssemos montar serviços de saúde, sistemas

de saúde e fazer habilitação, devíamos assumir aproveitar a vigência da NOB-96. Isto nos era apontado, tendo como referência o fato de que, no primeiro mês de governo, Belém já havia sido habilitado na condição de gestor de sistema. Assim, nos aconselhava a fazer o mesmo.

Diante da proposta da SES, e diante de uma conversa que tivemos com o Nilo Bretas, sobre este assunto, na qual fizemos uma avaliação se a aposta se o caminho via NOB-96 estava certo ou errado. Diante, portanto, desses diálogos anteriores, fizemos uma reunião com o Prefeito, na qual colocamos a proposta da SES de descentralizar primeiro para as micro-regiões do interior e depois para Aracaju, que acreditávamos que isso significaria que quando fôssemos discutir a habilitação de Aracaju, estabeleceríamos um conflito com todos os demais municípios do Estado, apontando ainda nossa avaliação de que, com os municípios descentralizados, teríamos dificuldade de operar o sistema que atenderia a toda a população. O segundo caminho seria assumir a NOB-96 como instrumento para pleitear a habilitação e assumir o conflito com o governo do estado. Dissemos ao prefeito que não poderíamos tomar a decisão do enfrentamento político com o Governo do Estado ou com 75 municípios. Isso era prerrogativa do prefeito e que era a ele que cabia tomar tal decisão. Ele nos devolveu depois de muito debate e disse que nós fizéssemos o que era melhor para Aracaju.

É óbvio que, nesse momento, a secretaria de estado acionou o representante dos Coletivistas na câmara de vereadores para fazer a articulação contrária à habilitação de Aracaju. Para eles, não interessava que déssemos esse passo, porque isso significaria o fortalecimento do novo grupo.

Em 17 de fevereiro de 2001, deu-se a reunião com o Prefeito. Logo após, em reunião com os diretores da Secretária Municipal de Saúde (SMS), avaliamos o melhor caminho e decidimos por enfrentar o desafio da habilitação pela NOB-96. A decisão de pleitear a habilitação, a condição de Gestão Plena de Sistema de Saúde, obrigava-nos a produzir o plano municipal de saúde, fechar o relatório de gestão do ano anterior e fazer toda a programação em apenas 10 dias. Tínhamos de rever todos os requisitos para a habilitação, situação do conselho etc. Tínhamos de fazer tudo no período compreendido entre a quinta-feira dia 17 de fevereiro, antevéspera de carnaval, e a sexta-feira da semana

seguinte. Deveríamos, ainda, convocar uma reunião de conselho municipal para aprovar o relatório de gestão do ano anterior, para aprovar o plano municipal de saúde, e para aprovar o pleito de Aracaju na condição de Gestão Plena de Sistema. Fizemos isso. Assumimos dar uma resposta para o prefeito com a definição do grupo, segundo a qual o melhor para Aracaju seria pleitearmos já e pela NOB-96.

Ao nosso favor contava o fato de termos participado de todos os espaços de discussão, inclusive o conselho, no qual já havíamos tido uma primeira reunião no mês de janeiro. Agradecemos este fato à ex-Secretária que nos apresentou a todos os conselheiros, como parte da transição, o que nos possibilitou construir um laço inicial bastante significativo.

Tendo assumido uma decisão para nós como coletivo e para o prefeito, passamos a preparar o que era necessário. A cada um de nós desse novo coletivo coube uma tarefa. Meu compromisso era articular o conselho. Na quinta-feira à tarde estávamos terminando o relatório do plano municipal de saúde, o relatório de gestão, e só então declaramos publicamente que iríamos pleitear a habilitação à condição de Gestão Plena de Sistema de Saúde, e que o pleito seria debatido no dia seguinte no Conselho Municipal de Saúde.

A SES e os Coletivistas, bem como alguns vereadores de Aracaju que os apoiavam, não tiveram tempo, da quinta até a sexta-feira, para fazer uma articulação mais sólida. Mobilizaram-se e definiram então como estratégia questionar a legalidade do conselho municipal, alegando que os conselheiros tinham tido os seus mandatos prorrogados por decreto e que não era legal e nem legítimo para decidir sobre habilitação.

A estratégia da SES e de seus aliados nos favoreceu, tendo em vista que serviu para posicionar o conselho contra eles mesmos. O conselho se sentiu atingido. Na reunião do Conselho, após apresentação do pleito e de debate acirrado, o pleito foi aprovado por unanimidade. Nesse momento, demos um segundo salto. O Prefeito sentiu-se seguro para fazer o enfrentamento político para viabilizar a conquista da Gestão Plena e a perspectiva do comando único.

É preciso não perder de vista que esse projeto tinha como retaguarda uma ação dos gestores da saúde. Era uma gestão cuidadosa, considerando a história, verificando as possibilidades de aliança, como já foi exposto. Mas tínhamos também uma retaguarda que era a aposta: o crédito de confiança do poder municipal na construção do sistema com uma determinada característica que correspondia à nossa, e por isso ele aceitou o embate político.

Nós tivemos de negociar. Assumimos a gestão do sistema em 2001, mas apenas a metade. Não assumimos o comando único porque a NOB-96 não exigia como prerrogativa de habilitação o estabelecimento do comando único. Era possível dividir a gestão com o Estado. Como já nos encontrávamos discutindo a implantação da NOAS/SUS, aproveitando as transversalidades do processo nacional que focava o debate no comando único, fechamos um acordo em abril de 2001. Neste acordo, ficou estabelecido que a habilitação dar-se-ia em dois momentos: no primeiro seria repassado para a gestão municipal um terço dos serviços e num segundo momento, seis meses após seriam transferidos os demais serviços e se estabeleceria o comando único. Na prática, este prazo de seis meses foi de doze meses, e o comando único levou dois anos para se efetivar, a partir da data do primeiro acordo.

Este era, portanto, o cenário político no qual nos envolvemos: o cenário da política estadual e nacional do qual nos apropriamos para fazer o enfrentamento em torno de uma questão que era fundamental: a gestão do sistema municipal de saúde.

No âmbito estadual fizemos a aposta de estimular e de participar ativamente das discussões e mobilizações sobre a implantação da NOAS/SUS, apesar de termos feito à opção de pleitear a habilitação de Aracaju a condição de gestor pleno de sistema de saúde pela NOB-96. A mobilização em torno da NOAS/SUS era fundamental para criar as condições de um acordo de habilitação de Aracaju que previsse o comando único, as mobilizações e os debates sobre a NOAS/SUS foram produtores de transversalidades no processo de habilitação de Aracaju que propiciaram a legitimação do pleito de comando único do sistema municipal para Aracaju e a sua consolidação.

Retomando a conjuntura local do município, fizemos um balanço acerca do que já havia ocorrido desde que havíamos tomado posse, nos meses de janeiro, fevereiro e março, como forma de nos apropriarmos da secretaria de saúde. Como já apontado, queríamos conhecer a forma como estava organizada a produção dos serviços, saber qual era a realidade. Havia uma determinação do prefeito e uma clareza nossa de que caminharíamos a partir do que já estava construído, nosso ponto de partida seria o estágio de implantação do SUS deixado pelo governo anterior. Não fariamos caça às bruxas nem destruição do encontrado como forma de apagar a memória da obra de quem nos antecedeu, sabíamos que a nossa legitimidade dar-se-ia a partir da luta cotidiana pela implantação do SUS respeitando e bebendo do seu eixo histórico de desenvolvimento. Essa determinação foi algo muito importante. Tudo que havíamos discutido apontava para esta direção, para respeitar o que existia de substantivo na construção que, apesar da forma como foi feita, como foi atualizada na discussão do modelo assistencial e de organização da rede, por exemplo, a forma de implantação do PSF, apesar de ter ocorrido somente nos equipamentos com capacidade física, era uma estratégia que precisava ser preservada.

Nós não tínhamos como fugir à estratégia de reorganização da atenção básica a partir do PSF, ou com o PSF. Em suma: nós tínhamos um compromisso com o prefeito, e o prefeito tinha seus compromissos de manter determinada caminhada, e assim o fizemos.

Para conhecer, para nos apropriar da realidade local, nós - e eu particularmente - visitamos todas as unidades de saúde nos primeiros 20 dias de governo. Partimos para conhecer os bairros afastados, bairros com os quais já fazia 10 anos que não convivíamos. Assim, tanto eu como a equipe fomos aos bairros tomar conhecimento da qualidade do equipamento, da estrutura física. Avaliamos a organização do processo de trabalho, identificamos o modelo assistencial presente. Fizemos, ainda, um balanço da demanda e da oferta.

Nós produzimos uma avaliação de toda a cidade, partindo de dados concretos, como por exemplo os equipamentos, as características dos equipamentos, a manutenção, o estado de conservação, quantos médicos, quem estava lotado onde, o modo como se dava a organização do serviço e o acesso. Portanto, fizemos uma varredura em todas as unidades, com relatório descritivo de cada unidade e identificamos a quantidade de equipes de saúde da família necessárias para atender à demanda por serviços de cada bairro.

A ampliação da oferta de serviços básicos tinha um condicionante definido *a priori*, que era o compromisso de manter a estratégia de continuar a implantação do Programa de saúde da família. Manter o PSF como estratégia de ampliação dos serviços básicos de saúde criou alguma identidade do grupo que chegava à SMS com os profissionais que atuavam no PSF. Assim sendo, duas situações encontravam-se delineadas para nós: uma delas era compreender com clareza a oferta e a demanda, incluindo aí a qualidade dos equipamentos; a outra, a forma como estavam organizados os serviços de saúde na cidade e sua ampliação, considerando o PSF como estratégia.

Logo, isso tudo norteou o remapeamento da cidade, considerando também a ampliação do PSF, para termos uma noção clara de quais investimentos deveriam ser feitos para a ampliação do serviço, na construção de novos equipamentos, na reforma e ampliação de equipamentos existentes, o que foi executado até meados de abril de 2001 como forma de nos apropriarmos da realidade.

Como já foi apontado, na disputa pela habilitação de Aracaju como gestor de sistema, o conselho teve sua legalidade e legitimidade questionadas, o que nos obrigou a assumir compromisso com a realização da VI Conferência Municipal e a realização da eleição dos novos conselheiros. Apesar de termos oposição dentro do conselho e na VI Conferência Municipal de Saúde, conseguimos a maioria, antes mesmo de conquistarmos o apoio da maioria dos trabalhadores.

A VI Conferência Municipal de Saúde era a oportunidade de nos aproximarmos da população e de construirmos em conjunto o projeto de saúde para toda a cidade e estabelecermos a aliança para a implantação. Nós não sabíamos exatamente como construir essa aliança, mas procuramos criar soluções, lançando mão de experiências que havíamos vivenciado anteriormente. A mais significativa delas, para o momento que vivia em Aracaju, foi a realização da Conferência Municipal de Saúde de Botucatu-SP, que assessoramos em 1995.

O Laboratório de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), prestou consultoria ao



Projeto Uni, que foi desenvolvido num primeiro momento em quatro cidades do Brasil: Botucatu e Marília no Estado de São Paulo, em Brasília – DF e em Londrina – PR. Na época, Cláudia Menezes Santos, residente de medicina preventiva e social; Adriana Brandão, psicóloga vinculada ao LAPA e eu que também era residente e pesquisador da CINAEM, fomos destacados para a consultoria do LAPA em Botucatu na montagem da conferência municipal de saúde.

Nessa consultoria, utilizamos técnicas de dramatização, que contribuíram para que pudéssemos simular um ambiente onde fosse recriado o drama das pessoas na busca pelo acesso. Com a utilização deste recurso, montamos a conferência, partindo de várias pré-conferências nos distritos de saúde da cidade de Botucatu.

A dinâmica nessas pré-conferências consistia em fazer o usuário construir uma reflexão sobre o sistema de saúde e propor uma política que deveria ser encaminhada para o debate da conferência, utilizando os marcadores de modelo propostos por Merhy (1994, p.136): acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade. Tomavam um caso real, e a partir destes marcadores, identificavam os problemas nos serviços e no sistema de saúde.

A técnica usada consistia em reproduzir num painel os serviços de saúde da cidade: a unidade de saúde do bairro, os hospitais, o rezeador, a farmácia; enfim, tudo que havia naquela região como recurso utilizado pela população. Com um pincel atômico, o usuário reconstruía sua trajetória, colocando-se na situação apresentada. Após a reconstrução das trajetórias dos usuários, conceituamos os marcadores de modelo e identificamos juntamente com os participantes os problemas relacionados a cada um dos marcadores.

Apesar de as pré-conferências terem representantes de vários segmentos: trabalhadores, gestores, prestadores, a técnica utilizada permitia identificar as trajetórias dos usuários no sistema de saúde na busca por atendimento. Assim era possível identificar os problemas do acesso, do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e da resolutividade de cada serviço e do sistema a partir do olhar do usuário. Esta experiência de Botucatu foi muito marcante, porque nos permitiu construir uma tecnologia de discussão com a comunidade a partir da realidade dos usuários.

Voltando para a Conferência de Aracaju, nós nos deparávamos com dois problemas: o primeiro era a nossa pouca penetração na saúde; nosso coletivo dirigente ainda não tinha aliança estabelecida com os trabalhadores e em especial com os profissionais do PSF; tínhamos aliança com algumas lideranças do movimento social e alguma credibilidade junto aos trabalhadores, mas ainda não o suficiente para poder operar com segurança. O segundo problema é que havia um conjunto de lideranças que tradicionalmente hegemonizavam a condução dos usuários e vinham garantindo suas proposições nas conferências porque dominavam e controlavam os usuários.

Utilizando o triângulo de Governo de Matus (1996), para verificar a viabilidade de sairmos vitoriosos da conferência, analisamos a nossa capacidade de governo e governabilidade e dos principais atores que estariam no processo e concluímos que tínhamos uma capacidade de governo maior do que a de algumas lideranças que historicamente controlavam e induziam os usuários a assumirem agendas, geralmente distantes dos seus interesses objetivos, em relação à saúde. Podíamos estar em oito pré-conferências ao mesmo tempo, e eles não. Desse modo, nós decidimos radicalizar e fazer as pré-conferências com a participação maciça da população, e realizar 40 pré-conferências, uma para cada unidade de saúde, utilizando a técnica que usamos em Botucatu.

Nas pré-conferências, ficavam um conselheiro e alguém da secretaria para conduzir a metodologia de participação do usuário. A nossa intenção era fazer uma aliança com o usuário. Nossa segurança se dava pelo fato de que nós tínhamos uma política clara: garantir a saúde como um direito de cidadania. Por isso, havia em nós muita tranquilidade em abrir o debate com um usuário real, morador daquela localidade que ia expressar problemas que de fato existiam, e dos quais éramos conscientes. Nós conhecíamos os problemas relacionados à insuficiência de oferta de medicamento, ausência de acolhimento, insuficiência de serviços e dificuldade no acesso. Em suma: a nossa rede tinha problema de acesso, problema de acolhimento, problema de resolutividade, problema pela ausência de vínculo adequado.

Assim, o que nós fizemos foi abrir o debate para a população, que manifestou o seu desejo, e, por conta de termos política clara e o desejo de fazer aliança com os usuários, apostamos nessa discussão. Desse modo, à medida que o usuário apontava como problema,

por exemplo, a dificuldade de acesso nós apresentávamos a nossa resposta, o nosso compromisso de ampliar a oferta de serviços, ampliando o número de equipes baseadas na necessidade de ter uma cobertura de 100% da população. Entretanto, se apenas o aumento do número de equipes de saúde da família não fosse suficiente para atender a demanda por serviços numa determinada localidade e se fosse necessário construir mais equipamentos assistenciais assumíamos como acordo a ampliação da rede. Enfim, em cada pré-conferência assumimos compromissos com base no que os usuários e os nossos estudos confirmavam.

As 40 pré-conferências levantaram problemas de várias ordens, e nós os separamos segundo o tipo de problema: relacionados às unidades e problemas relacionados ao sistema. Os problemas relacionados à unidade nós acordamos que tinham de ter uma resolução aprovada nas pré-conferências - acordo de superação das dificuldades expostas entre usuários, trabalhadores e gestores. O governo formulou propostas para cada pedaço do território correspondente a uma unidade de saúde da família, que correspondia por sua vez a extensão do acordo local de uma pré-conferência de saúde, estas propostas foram juntamente com as propostas apresentadas pelos outros atores a base dos acordos que se transformaram na agenda de investimento e de reorganização dos serviços para cada localidade da cidade.

Os problemas relacionados a todo o sistema, por sua vez, foram levados para a discussão na etapa final da VI Conferência: a ausência de sistema de urgência-emergência, de regulação, de resgate, a inexistência de rede de saúde mental, a inexistência de equipamentos de alta complexidade, falta de pessoal. Isto é: levamos para a conferência o debate da política relacionada ao sistema como um todo e ratificamos o que tinha sido aprovado nas pré-conferências.

Como resultados das três etapas da VI Conferência Municipal de Saúde foram criados os conselhos locais de saúde e eleitos os seus conselheiros; foram eleitos os conselheiros municipais; foi aprovado o plano de investimento municipal; o acolhimento em todas as unidades de saúde e a concepção do modelo técnico-assistencial com suas redes de saúde mental, de ambulatórios especializados, de urgência e emergência, de hospitais, de unidades de saúde da família e o complexo regulatório, que articula todas as

redes. Aprovamos ainda a Lei Municipal que modificou e ampliou a composição do Conselho Municipal e criou os Conselhos Locais por unidade de saúde.

Em resumo: a partir da conferência, a nossa fala se tornou mais forte e legítima; consolidamos aliança com os usuários em torno de um projeto para a saúde; estávamos inseridos nas discussões nacionais sobre a implantação do SUS, da NOAS, da habilitação de sistemas de saúde; fazíamos parte da diretoria do CONASEMS; conseguimos nos aproximar da realidade, construir uma política legítima, habilitar-nos na condição de gestão plena de sistema e firmar acordo político para o comando único. Enfim, nos sentíamos mais seguros e apropriados do momento histórico nacional de construção do SUS, o que não significava dizer que a partir desse momento controlávamos a situação. Isso apontava apenas para a conformação de um ator social “em condição” de jogo.

[Faint, illegible text covering the majority of the page, likely bleed-through from the reverse side.]

***CAPÍTULO III - A REALIDADE COMO  
OBJETO: ESTRATÉGIAS DE APROXIMAÇÃO E  
INTERAÇÃO***



A saúde como um direito de cidadania foi anunciada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e estabelecida como conquista na Constituição Federal de 1988. Este marco significou a concretização das reivindicações de movimentos sociais (sindicais e populares) que se referem ao período de luta pela redemocratização do país, no final dos anos 1970 e década de 1980. Na década de 1990, foram elaboradas as leis e normas para que o Sistema Único de Saúde se efetivasse conforme os princípios e diretrizes constitucionais, estabelecendo as responsabilidades de cada esfera de governo (união, estado e município) e os instrumentos gerenciais e legais para seu funcionamento. Entretanto, as condições de financiamento para a saúde foram garantidas apenas no ano de 2000 por emenda ao texto constitucional estabelecendo o percentual dos orçamentos dos governos a ser aplicado no setor.

A implantação de sistemas de saúde assentados em princípios como equidade, universalidade e integralidade é tarefa técnica e política de grande complexidade. No Brasil, esta tarefa é ainda mais difícil, em decorrência do seu modelo federativo com três entes federados: união, estados e municípios. A tarefa de constituir sistema nacional de saúde, único, sob gestão tripartite e/ou bipartite, requer a conformação de sujeitos com capacidade de negociação política, de formulação técnica e que produza mudanças sociais legitimadoras da caminhada histórica de construção do SUS.

A escolha de um governo democrático e popular nas eleições de 2000 em Aracaju torna concreta a possibilidade de realizar no plano municipal uma política de saúde coerente com uma sociedade mais solidária, equitativa e incluyente. O Governo Municipal, a partir de 2001, lançou-se à tarefa de implementar o SUS na inteireza dos seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, com direção única dos equipamentos e serviços de saúde e sob efetivo controle social – o SUS Aracaju –, o qual vem sendo denominado de Saúde Todo Dia.

O fato de a cidade não ser gestora nos permitiu conduzir o processo de habilitação à condição de gestor pleno de sistema incorporando o comando único. Pleitear a habilitação do município de Aracaju em gestão plena de sistema, apesar de estar em consonância com a diretriz constitucional, foi um ato de grande ousadia do gestor municipal. Para compreender esta ousadia não é preciso fazer uma extensa análise do



cenário da política de saúde no estado de Sergipe; basta reunir alguns elementos do contexto municipal e estadual da saúde por ocasião do pleito em 2001, a saber:

- As precárias condições da rede de atenção básica até então existentes;
- Cultura da esfera Estadual na prestação de serviços, com quase metade dos serviços no território da capital;
- Pequena oferta de leitos públicos;
- Inexistência de programação para oferta de serviços de média e alta complexidade;
- Precariedade de ferramentas e mecanismos de regulação;
- Disputa acirrada do Governo Estadual pela gestão do recurso Federal.

Estes elementos contribuíram para uma municipalização dos serviços de forma lenta e gradativa e por continuarmos operando com grandes tensões nos espaços de pactuação da política de saúde; no entanto induziram um processo de intenso amadurecimento da gestão municipal.

O cenário para a construção do SUS em Aracaju, não obstante as disputas pelo comando da secretaria, que durou mais de dois anos produzindo crises e desgastes para o coletivo dirigente, era muito favorável. O governo eleito queria reproduzir em Aracaju as histórias de sucesso de outras administrações do PT na saúde; permitiu a conformação de equipe a partir do critério técnico; o município era gestor de atenção básica e gastava 3,75% do seu orçamento com saúde; o primeiro ano de governo coincidiu com o primeiro ano de implantação da Emenda Constitucional 29 (EC-29); o debate sobre a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) recolocava na agenda de implantação do SUS o comando único; e o Prefeito gozava de muita legitimidade.

Tomar uma experiência de implantação do SUS como objeto de investigação, numa realidade concreta, com sujeitos reais e várias interferências vivas, é muito instigante, principalmente porque estive implicado o tempo todo na conformação do que busco

compreender como objeto de investigação e não mais somente como objeto de trabalho. O fato de adotarmos uma pedagogia de abordagem da realidade de compreensão, significação e intervenção, facilitou a sistematização da implantação do SUS - Aracaju como objeto de investigação. A dupla ruptura de que fala Boaventura de Souza Santos em sua Introdução à Ciência Pós-Moderna (SANTOS, B.S., 1989) alimenta a pedagogia adotada pelo nosso coletivo dirigente da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, sujeito da construção do SUS – Aracaju. Assim, o nosso fazer e os nossos sujeitos da ação têm um tanto de cada sujeito: epistêmico, social e político, o que facilitou na delimitação do objeto e na identificação dos modelos explicativos que foram utilizados para a orientação da implantação do SUS – Aracaju.

### **1 - Formação de um coletivo dirigente e seus modelos explicativos**

O primeiro objeto não era o objeto da saúde, mas sim o objeto da gestão. Neste momento, nós estávamos procurando conformar-nos para compreender a arena, e nos preparando para operar dentro dela. Foi ao longo desta primeira fase da administração - com a formação da equipe, com a formação da compreensão da história que permeava a participação de todos os atores e dos processos que se davam nesse meio - que nos conformamos como sujeitos da política.

A dimensão da arena foi obtida por meio do diálogo com aquilo que ao longo do tempo havíamos acumulado sobre a construção do poder, sobre a produção de aliança, sobre a construção do sujeito, considerando que o que posiciona o sujeito de um modo pode, também, posicionar de outro, buscando a compreensão do discurso, mas sempre trazendo o objeto como um elemento que mediava a interação, o diálogo, para que o debate não fosse direto entre nós e o outro, tendo claro que entre nós e o outro existe um objeto sobre o qual tanto o outro quanto nós produzimos uma reflexão, e a partir disto procurar alguma proximidade entre as diferentes visões, produzindo uma reflexão hermenêutica, conforme nos diz Boaventura Souza Santos (1989, p.13):

A reflexão hermenêutica torna-se, assim, necessária para transformar a ciência, de um objeto estranho, distante e incomensurável com a nossa vida, num objeto familiar e próximo, que, não falando a língua de todos os dias, é capaz de nos comunicar as suas valências e os seus limites, os seus objetivos e o que realiza aquém e além deles, um objeto que, por falar, será mais adequadamente concebido numa relação eu-tu (a relação hermenêutica) do que numa relação eu-coisa (a relação epistemológica) e que nessa medida, se transforma num parceiro da contemplação e da transformação do mundo.

Essa atitude perante a apreensão da realidade também partiu de reflexões e elaborações devedoras da psicanálise, da teoria da ação social de Matus (1996), do postulado de coerência de Testa, do materialismo histórico dialético de Marx, em que a história é vista como produtora de situações, de determinantes que estão presentes e nos convidam a produzir e encontrar um lugar na arena. E foi assim que nos colocamos, transformando ao mesmo tempo a teoria e a atividade profissional em uma atividade pedagógica, em uma atividade epistêmica, atividade de investigação e produção de conhecimento.

Ao longo de nossa trajetória, como é que nós nos produzimos como sujeito? Nós já tínhamos essa questão presente em nossa abordagem até o momento em que nos deparamos com a necessidade de clarear qual era o nosso objeto para organizar o sistema. Não estávamos agindo ainda sobre o objeto do sistema de saúde. Daí nossa busca em especificar qual esquema teórico deveria presidir a ação deste coletivo.

Certamente, este grupo que veio para Aracaju orienta suas reflexões e sua prática, entre outros autores e teorias, naquilo que Eder Sader mostra no seu livro *Quando Novos Personagens Entraram em Cena* (1988). Focalizando a cidade de São Paulo, este autor recompõe os seus vários movimentos – o movimento de saúde da zona leste, o movimento dos moradores da periferia da zona sul e o movimento sindical no ABC paulista – produzindo uma reflexão sobre a entrada de novos personagens na cena política brasileira. Ele afirma que esses movimentos durante a ditadura se obrigavam a caminhar no fio da navalha; ou seja: se aqueles movimentos organizados avançassem os limites permitidos aos olhos da ditadura, seriam punidos; se recuassem para uma posição menos transformadora não fazia as mudanças que os legitimavam.

Considerando essa reflexão, é correto afirmar que o grupo que estava entrando em cena em Aracaju tinha o desafio de fazer as mudanças sem ser totalmente estranho aos estabelecidos. No entanto, todos aqueles movimentos produziram resultados objetivos; tinham uma matriz teórico-discursiva que norteava a ação, mesmo que esta fosse restrita e traduzisse um efeito, em tese, inofensivo. No entanto, a reflexão para ação era repleta de um caráter libertário, de não submissão, de conquista da cidadania.

O Partido dos Trabalhadores (PT) faz crítica à ditadura de estado, o estado forte que não dá garantia de liberdades individuais, a essa forma de governo de estado planejador, de estado totalitário e, ao mesmo tempo, faz uma aliança com um ideário de inclusão social, mas tem uma característica muito comum no partido: a produção de uma reflexão setorial. Cada um, por conta da própria origem, tem de produzir política e tem de ser poder a partir da construção do poder, legitimando-se, não com a tomada do poder, porque se está inscrito numa perspectiva democrática, de enfrentamento cotidiano.

A reflexão acerca desses movimentos, feita por Eder Sader (1988), foi ilustrativa e reconhecedora de uma trajetória que não se deu a partir da reflexão teórica, mas se dá a partir da vivência dessas organizações que forjam a criação do maior partido da América Latina e da criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT). A nossa história, a minha, a de várias pessoas que estão nesses processos é um paralelo, pois nós somos decorrentes disso.

É importante destacar que parte dessas pessoas que compõem a equipe gestora formada em Aracaju tiveram militância em movimentos ou interagiram com estes, em alguns espaços de produção social, como o movimento sindical, o movimento pastoral ou estudantil. Quando militantes ainda no movimento estudantil havíamos enfrentado um desafio de reverter o refluxo de participação dos estudantes nos fóruns e tornar o movimento mais legítimo. A incorporação de alguns conceitos do Planejamento Estratégico Situacional de Matus (1996), deu-nos um novo fôlego para olhar e pensar a ação sobre uma realidade plural e que existia fora dos congressos de estudantes.

Aos poucos fomos apostando na construção coletiva como método de apropriação e conformação de sujeitos que partilhavam de uma determinada visão sobre

objetos de interesse. Fomos percebendo que a transformação não era decorrente da contradição, mas sim, principalmente, do que propúnhamos para enfrentar situações que demandavam conhecimentos e capacidade de disputar ideologia.

Assim o movimento estudantil de medicina foi um caldeirão de experimentação de um novo modo de fazer política que rompia conscientemente, pelo menos em parte, com o centralismo democrático. Esta mudança não se deu por uma disputa de modos de construção de coletivos. De fato protagonizamos o consumo quase que imediatamente das descobertas de novos modos de produzir sujeitos coletivos. A análise situacional mediada por técnicas de comunicação visual foi o meio através do qual construímos um coletivo no movimento estudantil de medicina que superou, na prática, o centralismo democrático e a tese-antítese-síntese como estrutura central de produção de subjetividade.

Em 1991, esse coletivo reuniu-se em Recife para fazer uma análise sobre a direção nacional dos estudantes de medicina, sobre a situação e os problemas que tínhamos. Nosso debate não ocorreu segundo a perspectiva de montagem de teses, mas sob a perspectiva de focar sobre os problemas, tentar identificar a natureza de cada um deles e produzir uma ação, ainda de forma muito rudimentar. Esta experiência gerou neste grupo um sentimento de maior potência. Saímos mais fortes, compreendendo mais a situação na qual estávamos envolvidos e sobre o que teríamos que atuar.

Tivemos um congresso em Cuiabá, em 1992. Levamos Mário Testa e reproduzimos esta experiência num coletivo um pouco maior. Este momento também foi fabuloso, do qual novamente saímos mais fortes, compreendendo um pouco mais a nossa realidade. Em 1992, no Encontro Científico de Estudantes de Medicina realizado em Aracaju, foi desenvolvido um curso de planejamento estratégico situacional com estudantes. Esta foi a base para que, um pouco depois, fizéssemos um planejamento com todos os participantes do IV Congresso Brasileiro de Estudantes de Medicina, em Belo Horizonte, no ano de 1993. Neste evento fizemos um planejamento com trezentos estudantes, trabalhando com técnica de comunicação visual, focando-nos em algumas situações-problema, que, por sua vez, se transformavam em objetos nos quais as pessoas buscavam a compreensão, buscavam sua explicação, o que acontecia e o que poderia se produzir na interação com esses elementos a partir da sua vivência, da sua história, da sua

experiência. Certamente, essa experiência comparada com os debates anteriores dos congressos estudantis de disputa de teses foi muito superior. No entanto, teve o limite imposto pelo fato de as pessoas não terem domínio da natureza dos fatos e das coisas em debate, podendo resvalar na visão de senso comum. Mesmo assim era muito mais potente na construção de sujeitos do que a tese-antítese-síntese.

Propusemos para a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) uma estratégia de avaliação das escolas médicas a partir desse formato, experiência que foi recuperada de minha dissertação e está descrita no primeiro capítulo desta tese. A CINAEM trabalhou com três linhas de pesquisa, uma para avaliar estudante, uma para avaliar docente e outra para avaliar o modelo pedagógico. Para a avaliação do modelo pedagógico utilizamos a análise situacional como forma de produzir uma explicação coletiva da realidade da educação médica no Brasil.

Todos estiveram implicados com a análise, com a reflexão sobre os objetos, com os problemas e, principalmente, implicados com a solução. Um pouco ingênuo, mas isso produziu uma capacidade de reflexão e de trabalho coletivo, de produzir em coletivos, ao juntar 100, 200, 300 pessoas e tirar algum produto dessa construção coletiva. Produção de técnicas de mediação, de encontros, produção de conhecimento, de reflexão; ou seja: nós geramos uma nova matriz de mediação entre os sujeitos, não mais a tese e a antítese produzindo uma síntese, suposta verdade de todos. Produzimos um modo de construir coletivamente reflexão, acordos, saberes e posições sobre questões – nesse momento o problema – envolvendo todos independentemente do lugar de fala.

Foi somente no trabalho da CINAEM, quando entramos para ver os registros de uso dessa estratégia de deslocar do problema e focar no objeto, quando percebemos, que havíamos produzido uma descrição do processo de formação, utilizando parte da reflexão coletiva e do saber acumulado que tínhamos sobre a formação médica. Isso foi criando uma certa lógica de produção e de trabalho de um determinado coletivo, formando, através do trabalho em ato, o coletivo que hoje constrói a experiência que descrevo e analiso.

Obviamente, já estava para além do senso comum a reflexão sobre o processo de formação porque se transformou em um objeto; não era mais um problema; era o processo de formação e tornou-se um objeto de interesse.

Ao transformar o processo de formação em objeto da ação política do movimento estudantil e do movimento de transformação da educação médica e também em objeto de interesse acadêmico, deparamo-nos com a capacidade de reprodução da estratégia adotada. Por mais que um ator possa desempenhar papéis distintos em diferentes situações, o que aprendemos sobre cada coisa será usado na compreensão posterior de todas as coisas.

Outro exemplo de aproximação de objetos por essa estratégia foi a experiência que tive ao analisar o processo de produção e a efetividade das tecnologias assistenciais da ala de agudos no Serviço de Saúde Mental Doutor Cândido Ferreira, em Campinas, 1994, a qual foi muito importante para, em 1995, juntamente com o Professor Roberto Xavier Piccini, realizamos a descrição do processo de formação médica no Brasil (SANTOS, 1998)

Tomar o processo de formação médica como objeto de investigação na minha dissertação de mestrado facilitou a sua descrição e permitiu identificar o que tinha de substantivo nas suas etapas. O Modelo Flexneriano de formação médica, conforme descrito nessa dissertação, separa o curso em três etapas que correspondem ao ciclo básico - momento de compreensão do objeto; semiologia - momento de produção de significado; e profissionalizante - momento de intervenção (SANTOS, 1998). Neste modelo, o educando é exposto ao saber que é disposto ao longo do tempo e primeiro compreende o processo saúde/doença, depois produz significado clínico e por fim faz a intervenção. Essa perspectiva pedagógica do saber como fator de exposição para os educandos é socrática, na qual o aprendiz é exposto ao mestre, ao sábio. Assim, Abraham Flexner (1910) organiza o processo de formação médica, expondo o aluno primeiro ao conhecimento básico, depois ao campo da linguagem, à semiótica e faz a associação entre uma base de conhecimento que permite identificar alterações morfofuncionais com a linguagem. E essa associação é o que permite chegar a uma intervenção.

Portanto, este autor sugere uma divisão entre a compreensão, a produção do significado e a intervenção que ele distribuiu ao longo do tempo de formação médica, da qual discordamos. A investigação do eixo de desenvolvimento curricular vigente na grande maioria das escolas médicas brasileiras revela o aluno como objeto e não sujeito do processo de formação. No currículo tradicional, o professor é a fonte predominante deste saber. O paciente, os serviços de saúde, as populações e suas organizações são utilizados predominantemente como insumos do processo de formação. Em boa parte dos currículos tradicionais e, inclusive em algumas experiências inovadoras como as da Harvard Medical School, o saber é tomado como fator estruturante da formação médica, de suas etapas, de seus ciclos e de seus tempos, limitando o educando à condição de depositário de conceitos, métodos e técnicas.

Boa parte da ineficácia e inadequação do modelo curricular adotado na grande maioria das escolas médicas brasileiras se explica pelo distanciamento entre o aluno e as necessidades de saúde de indivíduos e populações, que é provocado, em parte pela estrutura curricular e pela forma de inserção do aluno nos espaços de ensino (serviços de saúde e instituições vinculadas ao ensino médico). Por outra parte, a dependência do docente como fonte quase exclusiva do saber, que estrutura a exposição dos alunos aos conteúdos curriculares, também dificulta o ganho de autonomia do aluno como médico (CINAEM, 2000).

As propostas de transformação do ensino médico, voltadas para a superação da ineficácia e inadequação do atual modelo curricular, devem buscar a redefinição e rearticulação das principais categorias envolvidas na formação médica. Além disso, é desejável que se busque a ampliação do objeto da prática médica e sanitária, extrapolando os limites da dimensão biológica e da incorporação tecnológica, predominantes na atualidade, mas enfrentando forte crise de eficiência e de satisfação dos usuários. Os resultados das três fases da Pesquisa do Projeto CINAEM sustentam o desafio de reconstruir coletivamente a escola médica, a partir, de um novo processo de formação, da profissionalização da docência, da gestão transformadora e de uma nova estrutura de avaliação, adequada à nova proposta.



A reordenação das categorias aí apresentadas permitirá delinear novo eixo de desenvolvimento curricular capaz de ampliar a eficácia das escolas na formação de médicos aptos a responder autônoma e adequadamente às necessidades de saúde de indivíduos e populações. A categoria central para a nova proposta curricular e as necessidades de saúde passam a constituir o objeto de estudo do aluno de medicina. Em consequência, a resposta autônoma e adequada às necessidades de indivíduos e populações torna-se o propósito da escola médica e de cada um de seus componentes.

Ao tornar as necessidades fonte universal e inesgotável de conteúdos de aprendizagem para o aluno altera-se e amplia-se o objeto de estudo da formação profissional. As áreas do conhecimento envolvidas para o trabalho com as necessidades neste modelo redimensionam e ultrapassam os conhecimentos de anatomia, histologia, embriologia, genética, imunologia, bioquímica, biofísica, farmacologia, fisiologia, epidemiologia, psicologia e propedêutica clínica, exigindo saberes nas áreas de comunicação, sociologia, antropologia, história, epistemologia, entre outros.

Docentes, preceptores, tutores e outros agentes adquiriram maior relevância no novo eixo de desenvolvimento curricular, como os mediadores da construção do conhecimento e da abordagem das necessidades de saúde. Com diferentes graus de responsabilidade eles passam a orientar, gerenciar, apoiar e tutorar o ganho de autonomia do aluno. Estimulam a responsabilidade do aluno no acolhimento à solução das necessidades de indivíduos e populações, bem como possibilitam a ampliação permanente de sua autonomia como médico [...] Os alunos como sujeitos epistêmicos deste processo de construção de autonomia devem participar de avaliações periódicas, orientadas através da análise das necessidades a que se expõem como forma de corrigir a trajetória desta exposição e da respectiva capacitação (CINAEM, 2000, p. 286).

A proposta da CINAEM sugere que a exposição do aluno em vez de ser ao saber deve ser ao objeto do trabalho em saúde, não à doença ou ao doente, assim concebidos. Deste modo, a necessidade passa a assumir o lugar do saber, porque passa a ser um objeto sobre o qual o educando tem que produzir uma compreensão, produzir um significado e produzir uma intervenção, pois no palco onde a vida caminha é preciso que o

aluno compreenda, signifique e intervenha simultaneamente. E o professor, por sua vez, passa a ser um mediador que vai auxiliá-lo, com o aporte de alguns saberes, métodos e técnicas, produtores de autonomia tanto para ele (o aluno – trabalhador em formação) quanto para seus usuários (indivíduos-coletivos-sujeitos) portadores de necessidade. Esta é a nossa pedagogia.

O que ganha centralidade no projeto de saúde do município de Aracaju é o objeto; o saber passa a ser um insumo; o professor passa a ser um mediador. Apesar de pouco tempo de experimentação desta pedagogia, o que se percebe é que à medida que nossos trabalhadores interagem com a complexidade das necessidades de saúde como objeto, têm produzido uma melhor compreensão, em cada uma de suas facetas, e potencializado, conseqüentemente, ainda mais sua capacidade de intervenção. Gradativamente, constrói-se autonomia profissional. Esta pedagogia tem nos permitido transformar o trabalho em um espaço pedagógico, em um espaço de reflexão e de produção do conhecimento o tempo todo.

Partimos do pressuposto de que se o objeto não estiver claro, deve-se torná-lo preciso, compreendendo que cada objeto tem uma natureza; e é necessário aprofundar-se na compreensão dessa natureza. E mais: não adianta querer construir explicação para tudo a partir de um mesmo referencial. Este é um equívoco que cometemos sucessivas vezes quando nos propomos a produzir explicações para os fatos e as coisas que nos cercam. Para cada objeto, sua natureza, um conjunto de saberes; se não os temos, é preciso buscar, produzir para podermos estabelecer relação central com suas naturezas ou natureza, de apropriação e compreensão capazes de construir significados e possibilidades de interação.

Ainda que se vá além do momento histórico vivido, a maior parte do tempo se está produzindo uma compreensão relacionada ao momento histórico, fruto de uma capacidade humana de se apropriar e produzir significado historicamente. Às vezes, extrapola-se o momento histórico, predizendo alguma ação cujo significado ultrapasse o que historicamente está definido para aquela face do objeto que está em foco.

Pode-se afirmar que olhamos o mundo de forma fragmentária. Em um primeiro momento temos de fazê-lo, porque o olhar sobre o objeto é dependente da sua natureza. Porém a compreensão traz interferências dos significados acumulados, fruto do acúmulo da

reflexão sobre outros objetos, porque produz conhecimento, produz saberes tecnológicos, metodológicos que vão interferir na análise daquele objeto que está em foco. Entretanto, um dado objeto tem de ser focado tomando-se em conta a singularidade de sua natureza. A intervenção, por sua vez, mais do que a compreensão tem que ser adequada ao conjunto de significados daquele objeto sobre o qual se vai intervir e dos demais objetos que estão disputando com ele a própria intervenção, não esquecendo que a cada novo momento, impõe-se capturar o que é mais característico do novo sistema de objetos e do novo sistema de ações. Os conjuntos formados por objetos novos e ações novas tendem a ser mais produtivos e constituem, num dado lugar, situações hegemônicas. Os novos sistemas de objetos põem-se à disposição das forças sociais mais poderosas, quando não são deliberadamente produzidos para o seu exercício. Ações novas podem dar-se sobre velhos objetos, mas sua eficácia é, assim, limitada (SANTOS, 2002, p. 97).

A intervenção se dá da mesma forma que a produção de significado. Quem preside a compreensão de um determinado objeto é a sua natureza, os instrumentos que se usam para compreendê-lo; os saberes, os conceitos têm de estar muito relacionados a essa natureza.

Os atores estão vivos e interagindo naquele momento histórico da definição do como intervir sendo pressionados, e é esta conjuntura associada à compreensão do objeto e sua natureza que vai definir qual é o significado que se vai produzir e a intervenção que se fará.

Aos poucos conformamos a nossa pedagogia de apropriação da realidade, inicialmente utilizando a categoria-problema, da análise situacional, como foco-alvo da apropriação da nossa pedagogia. Hoje trabalhamos com objetos que devem ser tomados para compreensão, significação e intervenção.

Para Merhy, o problema<sup>1</sup> é um pedaço, um fragmento da realidade construído a partir do olhar de algum ator. O problema como categoria de análise da realidade - que nos ajudou bastante e foi importante para a formação do nosso coletivo - não é categoria capaz

---

<sup>1</sup> O conceito de problema na perspectiva da análise situacional foi apresentado em aula do curso: tópicos de investigação em saúde coletiva proferido pelo Professor Livre Docente Emerson Elias Merhy, em 1994, no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

de conduzir análise complexa, horizontal e vertical da natureza dos “substantivos” que compõe os fatos e as coisas da vida. Apostamos no “objeto”, categoria que orienta ação dos sujeitos epistêmicos, uma vez que pressupomos que os sujeitos devem ser plenos: político, epistêmico e social; ou seja: é uno e tem que se produzir na interação com o substantivo dos fatos e das coisas.

A conformação do ator social que vem implementando a construção do SUS Aracaju foi construída a partir da pedagogia da compreensão, significação e intervenção, de apropriação da realidade através da identificação de objetos, os quais são explorados na perspectiva de revelar suas naturezas. Este coletivo lança mão de vários métodos, matrizes discursivas e conceitos para se aproximar da natureza dos objetos, componentes identificáveis precisos, ou imprecisos, da realidade com a qual interagimos.

São métodos componentes da nossa caixa de ferramentas (MERHY, 1997, p.85): a esquizo-análise e a cartografia (DELEUZE e GUATTARI, 1966); a teoria da produção, a teoria da ação social e a análise situacional (MATUS, 1996); o desenvolvimento histórico; a análise de processos – fluxogramas analisadores (MERHY, 1997, p.73); a epidemiologia; o planejamento normativo; o planejamento estratégico e a experiência da militância política nos movimentos sociais. Todos estes métodos e várias técnicas de análise nos possibilitaram identificar objetos, nos aproximar e apreender suas naturezas, produzindo uma visão especializada sobre o nosso entorno, ultrapassando o senso comum, conformando uma visão complexa da realidade, norteando uma caminhada consciente com noção de tempos e espaços.

Consideremos a realidade um mosaico tridimensional e que nosso olhar tanto se dirija a ele inteiro, quando aos milhares de fragmentos que o compõem. Ao analisarmos cada fragmento ou o mosaico e nos aproximarmos das suas naturezas, produzimos uma visão composta por milhares de fragmentos-componentes que nos acompanharão quando olharmos para outros objetos. Essa forma de se relacionar com a realidade nos permitiu compor uma visão complexa, epistêmica e produtora de autonomia, uma vez que a familiaridade com métodos e técnicas para abordar um objeto servem para outros e o conhecimento de um objeto nos auxilia a ver os outros.

## **2 - Modelo tecnoassistencial**

### **2.1 - Modelo explicativo**

No período compreendido entre 1991 e 2001 estive vinculado de alguma forma à Unicamp, ou pela proximidade com os dirigentes do movimento estudantil de medicina, ou porque ingressei como aluno regular da instituição. No ano de 1994 entrei na Residência de Medicina Preventiva e Social do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (DMPS/FCM/UNICAMP). A partir desse momento, vivi uma intensa relação com a produção de alguns autores do Departamento, os quais já eram nossas referências no movimento estudantil de medicina, mais especificamente com os professores Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Souza Campos e com o coletivo do Laboratório de Planejamento e Administração de Serviços de Saúde (Lapa) e sua produção.

Fui o primeiro da minha geração de movimento estudantil a cursar a residência de medicina preventiva e social na Unicamp. O DMPS/FCM/Unicamp transformou-se no centro de formação profissionalizante dos ex-dirigentes da Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM). Parte deles, que cursou a residência no período de 1994 a 2001, veio para Aracaju na conformação da equipe de direção da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A equipe de direção da SMS foi composta por profissionais que atuavam na saúde pública em Sergipe, ex-dirigentes do movimento estudantil de medicina especializados na Unicamp ou em outras instituições, mas sempre sob influência da produção do DMPS/FCM/Unicamp.

A formulação dos professores Emerson Elias Merhy e Gastão Wagner de Souza Campos foi a base inicial da nossa reflexão, sobretudo da nossa proposta do modelo tecnoassistencial Saúde Todo Dia.

Campos, nas suas reflexões sobre a individualidade e a subjetividade da busca do usuário pelo serviço de saúde e a necessidade como objeto, diz-nos que

Há que se considerar ainda que a subjetividade e a individualidade de cada pessoa em sua relação com a doença, com sofrimento, com a dor, em alguma medida também se expressam no movimento de busca por atenção, na demanda. Neste sentido desqualificá-la, negá-la, substituindo-a completamente por critérios de acesso de ordem técnica ou administrativa, é retirar dos serviços públicos de saúde a possibilidade de trabalhar diferentemente problemas semelhantes, mas que se expressam de forma diferente conforme a história de cada cidadão. Seria condenar, de antemão, o SUS à triste sina dos serviços burocratizados, com seu peculiar autoritarismo, impessoalidade, incapacidade de lidar com as diferenças e de criar soluções novas para problemas diversos. O salto qualitativo que a reforma sanitária se propõe a imprimir na prática médico-sanitária depende muito de uma nova e dialética relação entre serviços e demanda/necessidade de saúde (CAMPOS, 1992, p.168-9).

O SUS-Aracaju (Saúde Todo Dia) assumiu como pressuposto inicial de sua construção cotidiana como objeto da saúde as necessidades individuais e coletivas produzidas socialmente, e que sempre existirão, pois enquanto houver gente, subjetividade sendo produzida, haverá necessidade. A medida que socialmente as necessidades forem sendo modificadas, seremos também modificados e, conseqüentemente, o sistema de saúde.

No senso comum, e por influência de uma longa tradição na qual se inscrevem o marxismo e a psicanálise, temos uma imagem de necessidade exclusiva da carência, como falta de algo que procuramos para consumir. Mas efetivamente podemos afirmar que, além deste formato específico que as necessidades adquirem, há a dimensão da necessidade como expressão de um ser que em potência “deseja” ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele, deseja como uma vontade de “potência de ser”, como uma “máquina desejante”. E, assim, aquele espaço intercessor também expressa esta positividade, como por exemplo, a do usuário que busca nos serviços de saúde um meio de ser mais autônomo no seu modo de caminhar no mundo (MERHY, 1997, P.88).

Os nossos serviços de saúde devem estar preparados para lidar com as necessidades, compreender e produzir significados sobre suas naturezas e na interseção dos sujeitos implicados – momento de produção e consumo de saúde – produzir mais autonomia nestes sujeitos. Os problemas que levam as pessoas a procurar os serviços de saúde muitas vezes não necessitam de um procedimento ou ação clínica para serem solucionados; podem ser solucionados com uma simples conversa, uma ação coletiva ou uma orientação que redefine atitude. Saber auscultar, compreender e significar as necessidades é fundamental nas práticas, nos serviços e sistemas de saúde e deve estar claro para todos os profissionais, devendo fazer parte do contrato universal dos trabalhadores de saúde (MERHY, 1997, p.136).

A necessidade pode ser bastante objetiva. Por exemplo: uma pessoa que está tendo uma crise convulsiva perde toda sua autonomia neste momento precisa de uma intervenção imediata para sair da crise e ter o mínimo de conseqüências danosas. Entretanto, a maioria das necessidades, cerca de 95%, não se manifesta assim de forma tão objetiva, e em geral as pessoas chegam aos serviços querendo coisas, desejando algo. Toda vez que falamos das necessidades como objetos surgem algumas perguntas:

- Qual é o limite da nossa intervenção?
- Qual o nosso compromisso com o resultado?

A resposta é a produção de autonomia; ou seja: a partir de nossas intervenções deve-se produzir graus crescentes de autonomia dos indivíduos e coletivos em seus modos de andar na vida. Tomemos outra situação como exemplo: uma mãe insegura com o aleitamento do seu filho recém-nascido precisa de uma interseção imediata para reforçar sua atitude em relação aos cuidados com seu filho; ela deve ser acolhida e sair sentindo segurança sobre sua atitude. É fundamental construir confiança no serviço e nos seus profissionais e poder contar com eles sempre que precisar.

O fato de as pessoas terem segurança de que terão acesso ao serviço quando necessitarem diminui a ansiedade e pode tornar a busca pelo serviço mais adequada. A avaliação de uma criança com febre pela equipe que já conhece a mãe e sua criança pode ser muito mais precisa do que a avaliação feita logo no início do episódio febril em um

serviço de pronto atendimento. Contudo, para isso, é necessário que a mãe tenha autonomia e segurança para aguardar até o horário de funcionamento da unidade de saúde, e esta autonomia e segurança somente podem ser desenvolvidas ao longo das interações que a mãe (ou as mães de várias comunidades) experimentar(em) com os profissionais e os serviços.

E as pessoas que têm problemas crônicos?

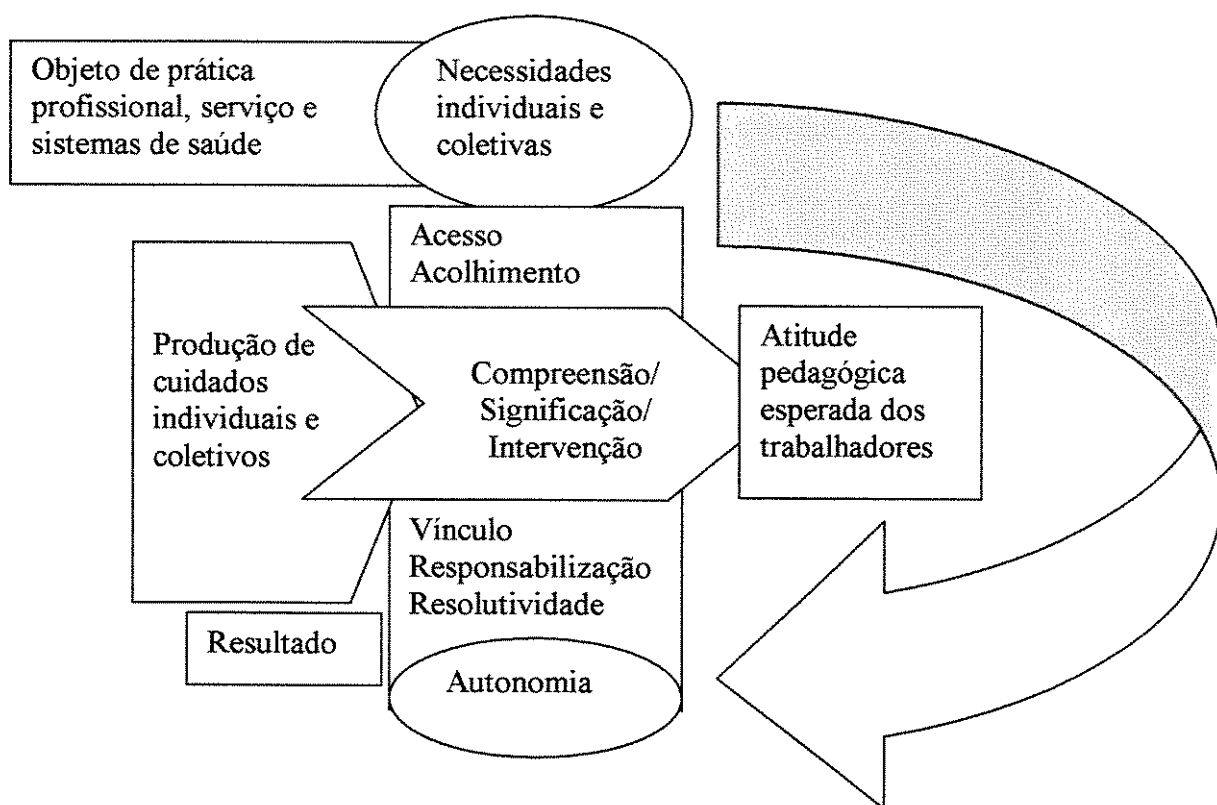
Tomemos um diabético como exemplo: ele precisa entrar no serviço e saber que terá um conjunto de intervenções programadas e que, para voltar a ter autonomia e não se sentir “doente” o resto de sua vida, será preciso reorganizá-la. Poucos conseguem passar por esse processo apenas recebendo as informações necessárias. A adaptação a uma nova condição que impõe restrições e a incorporação de novos hábitos é progressiva e depende de uma interação/interseção contínua entre usuário e profissional, mediada pela articulação de vários saberes (MERHY, 1997).

No passado, os sentidos - o tato, o olfato, a visão e a audição - dos profissionais eram os principais meios para se chegar a um diagnóstico. Com a evolução experimentada no século XX, que continua no século atual, os sentidos humanos têm sido substituídos por métodos gráficos, radiológicos, bioquímicos, genéticos etc., tornando-se possível chegar a confirmações diagnósticas precisas, através de técnicas nas quais o contato do profissional com o usuário é cada vez menor. A evolução não ocorre apenas no campo da tecnologia e das ciências exatas; também ocorre no campo social, cultural e afeta todo o modo de se viver em sociedade. O indivíduo no contexto atual tem outra significação, questões como o gênero, a cidadania, os direitos, as liberdades individuais, entre outras emergiram e evoluíram. Esta evolução suscita um paradoxo, de um lado a ciência permite realizarmos intervenções em saúde com cada vez menos mediação entre usuário e profissional, de outro lado as necessidades e os direitos individuais evoluem historicamente e se modificam tornando os indivíduos cada vez mais exigentes. Superar o distanciamento, produzido pelo desenvolvimento científico tecnológico, entre trabalhadores e usuários tem sido a saga de vários grupos que se organizam sob a insígnia da humanização. Para nós, a humanização só se inscreve nas práticas profissionais, nos serviços e nos sistemas de saúde quando na interação/interseção destes sujeitos as necessidades dos usuários se transformam em objetos de saúde.



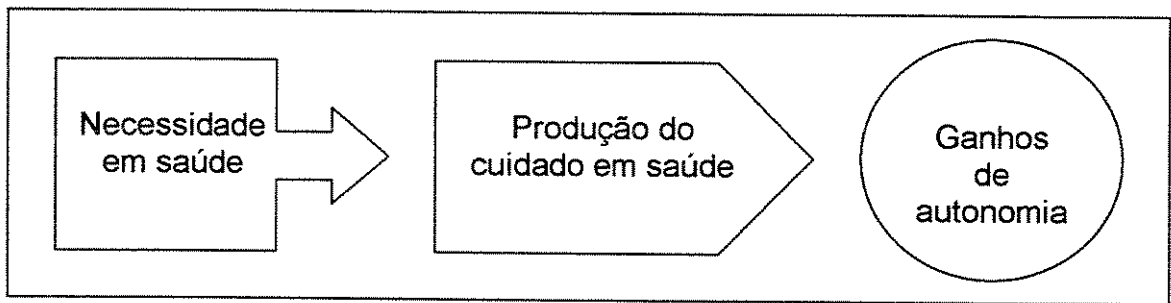
A produção de saúde a partir da interseção trabalhador/usuário requer uma teoria ou um modelo explicativo que articulem as variáveis: necessidade como objeto; autonomia como resultado da interseção trabalhador/usuário; serviços e redes assistenciais de saúde como lugares de produção de acesso e interseções; complexo de regulação como inteligência produtora de articulação entre serviços e redes na garantia de acesso, mediado por projetos terapêuticos individuais, produtores de integralidade com equidade; tecnologias assistenciais produtoras de singularização do atendimento: acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY; 1994 e 1997 ); compreensão, significação e intervenção como pedagogia de interação com as necessidades de saúde, sujeitos e outros objetos; linhas de produção de cuidado, modo de definir caminhos de garantia de acesso a determinados coletivos (MERHY 2002); e resolutividade que pode ser considerada uma variável dependente quando é a resultante do comportamento das outras variáveis, e independente quando a utilizamos para avaliar as capacidades profissionais e tecnológicas dos serviços, redes e sistemas de saúde existentes em determinada perspectiva de integralidade, condicionada pela história de financiamento, de integração da cura, da reabilitação, da promoção, da proteção e da prevenção na ação em saúde. A articulação destas variáveis num arranjo de produção e de gestão em operação num espaço de produção social (MATUS,1996) pode conformar vários modelos tecnoassistenciais, uma vez que o comportamento de cada variável e a sua posição nos arranjos definem a natureza, a essência, de cada modelo tecnoassistencial.

Projetos de políticas que são formulados em conjunturas sociais determinadas, que conjugam estratégias de organização da prática como implantação dessas políticas. ...os modelos tecno-assistenciais são apenas os projetos que possuem as seguintes dimensões: ...projetos tecno-assistenciais, são antes de tudo, projetos políticos e não saberes tecnológicos, mesmo que estes sirvam de base para a formação daqueles; [...] um modelo deve ser capaz de descrever explicitamente qual é seu problema de saúde, quais são suas práticas, para que servem e como devem ser organizadas, enquanto serviços, além de explicitar quem são seus trabalhadores e os seus usuários; Sob a configuração institucional, um modelo é a organização de uma dada forma do poder político, e como tal tem de expressar uma dada conformação do Estado; Como política, um modelo tem de construir uma visão dos outros modelos (MERHY, 1992, p.26).



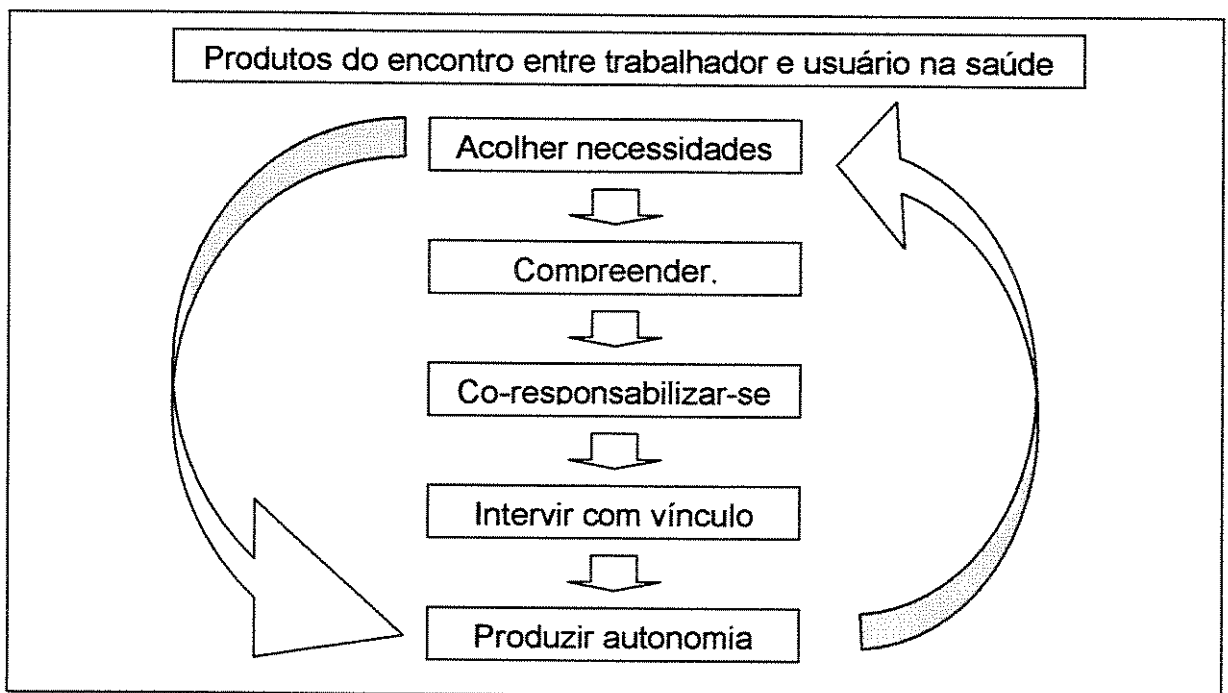
**Figura 01** - Representação do esquema teórico usado pelos gestores de Aracaju para orientar nossas ações políticas para a conformação do modelo tecnoassistencial do SUS-Aracaju.

O objeto para o qual está orientada a política de saúde de Aracaju é a necessidade de saúde dos indivíduos e dos coletivos. O resultado do trabalho em saúde e o objetivo da política são o de produzir autonomia para indivíduos e coletivos. Em outras palavras: toda intervenção da saúde deve resultar em ganhos de autonomia; ou seja: tornar os indivíduos e coletivos que foram o alvo daquela ação mais capazes de gerenciar suas vidas, e com mais qualidade.



**Figura 02** - Representação esquemática da ação em saúde no projeto Saúde Todo Dia.

O trabalho em saúde como o entendemos pode ser descrito como o encontro entre usuário e trabalhador, no qual há o reconhecimento pelo trabalhador das necessidades dos usuários como direito de cidadania. A natureza do encontro, da interseção, de usuário que tem necessidades de um lado, e trabalhador que reconhece estas necessidades de outro, é caracterizada por nós como um processo no qual há, de forma reiterada, acolhimento de necessidades, compreensão e significação destas necessidades a partir dos saberes da saúde que vão permitir ao profissional produzir intervenções continuadas (vínculo) e co-responsabilização pelo resultado destas intervenções.



**Figura 03** - Representação esquemática da produção do cuidado em saúde, no projeto Saúde Todo Dia.

**Quadro 01 - Mostra a articulação entre a teoria e a política no Projeto Saúde Todo Dia.**

Teoria	Política
Objeto	Necessidades individuais e coletivas
Acesso	Investimentos na ampliação e adequação da rede de unidades de saúde da família; implantação de equipamentos assistenciais substitutivos na saúde mental com a conformação da rede de saúde mental; implantação do SAMU e de novas unidades de urgência intra e extra-hospitalar, conformando a rede de urgência e emergência; implantação de novos centros de especialidades, criação de novos serviços, contratação de serviços complementares e ampliação das unidades existentes conformando a rede de serviços especializados.
Acolhimento	Implantação do acolhimento em todas as unidades e desenvolvimento de programa de educação permanente para estimular a atitude acolhedora dos profissionais e das equipes; adequação do espaço físico de todas as unidades para proporcionar conforto e respeito ao usuário; organização da agenda para atender à demanda programada e espontânea; reorganização do processo produtivo das unidades de saúde.
Compreensão/ Significação/ Intervenção	Desenvolvimento de programa de educação permanente para todos os profissionais que atuam no sistema; identificação dos grupos de maior vulnerabilidade que terão acompanhamento longitudinal; releitura da vigilância à saúde e de algumas tecnologias, como: programação em saúde. Separamos programa de protocolos para cada tipo e condição de risco com organização de linhas de cuidado específicas e estratégias de atuação sobre o território.
Vinculação	Adscrição, adstrição - implantação de equipes de saúde da família, apoio matricial e introdução das categorias de cuidados <sup>2</sup> continuados para temporário, prolongado e permanente em serviços especializados com adensamento tecnológico.
Responsabilização	Implantação da gestão plena de sistema de saúde, criação e implantação de complexo regulatório com capacidade de gerenciar todos os recursos disponíveis e garantir acesso mediante necessidade, promovendo equidade.
Resolutividade	Implantação de novos serviços, incorporação de novas tecnologias, reorganização de processos de trabalho, implantação de novos equipamentos assistenciais, conformação de redes; articulação e complementariedade de serviços e redes assistenciais; adensamento tecnológico para otimização dos recursos existentes; organização dos recursos existentes em matriz produtiva que inclui os usuários a partir de suas necessidades e não o contrário; conformação de linhas de produção do cuidado – linhas imaginárias universais e dependentes de cada usuário.  Universal porque permite que qualquer problema seja abordado.
Resultado	Autonomia de indivíduos e coletivos

<sup>2</sup> Os conceitos de tipos de cuidados começaram a ser formulados no ano de 2002, a partir das discussões com a direção do Hospital Universitário, acerca da distribuição da produção do ambulatório especializado. Os professores relutavam em disponibilizar a oferta para a central de regulação alegando que não podiam encaminhar os pacientes com múltiplas patologias crônicas ou graves acompanhados naquele ambulatório para as unidades de saúde da família ou unidade básica de saúde. Foi quando sugeri que o ambulatório do Hospital Universitário deveria ser referência para pacientes graves acompanhados em ambulatório especializado. Nasce aqui a idéia de cuidado ambulatorial especializado permanente. Nos debates da organização dos centros de especialidades com adensamento tecnológico nos anos de 2003 e 2004, Emerson Luis Canonici apresenta a separação e a classificação do cuidado continuado temporário, prolongado e permanente.

O modelo teórico construído e adotado para orientar a ação política de construção do SUS-Aracaju, instrumentalizou o olhar dos atores em situação sobre a realidade, orientando de forma precisa o estadiamento da implantação dos serviços, das redes assistenciais e do grau de implantação do sistema; orientou também a definição da agenda de realizações para a conformação de outros modos de produção do cuidado, de novos serviços e novas redes assistenciais. É o esquema teórico orientador da elaboração e da execução da conformação de uma política que viabiliza o SUS/Aracaju como sistema universal, integral e equânime.

## 2.2 - Tecnologia de singularização<sup>3</sup> do cuidado

### 2.2.1 - Unidades de produção do cuidado

Os serviços caminham para se transformarem numa plataforma de produção universal para lidar com grupos de necessidades de naturezas semelhantes. A matriz produtiva deve incorporar saberes tecnológicos para conformar processos produtivos de acordo com as necessidades que estão sendo atendidas. A unidade de saúde da família deve produzir cuidado para mulheres, crianças, adultos, portadores de transtornos mentais etc; os centros de especialidades e as unidades de atenção às urgências, da mesma forma. Assim os processos produtivos devem se adequar ao atendimento das necessidades e não os usuários serem enquadrados no pacote de ofertas.

As unidades de produção do cuidado (UPC) como nichos especializados de produção, componentes dos estabelecimentos de saúde, criam espaços, com certo grau de especialização, de interseção entre trabalhadores e usuários, podendo ainda gerar outras necessidades a serem consumidas em outras unidades de produção, ou estabelecimentos. Ao final do processo de trabalho em cada UPC a necessidade deve ser resolvida, sempre tendo como resultado geração de vínculo e ganhos crescentes de autonomia por parte de indivíduos coletivos e da própria equipe de saúde.

---

<sup>3</sup> O conceito de singularização foi apresentado por Ricardo Burg Cecin, Diretor do Departamento de Gestão e Educação na Saúde do Ministério da Saúde, em reunião realizada em Aracaju no início de 2005, na ocasião da discussão sobre o curso de especialização em saúde coletiva. Ficou entendido como singularização as estratégias compostas por métodos e técnicas de acompanhamento pedagógico de educandos por tutores de acordo com as necessidades individuais. Na saúde denomino tecnologia de singularização os modos de organizar a atenção de maneira que a necessidade de cada indivíduo possa ser particularizada e contemplada por projeto terapêutico individual que garanta a sua integralidade.

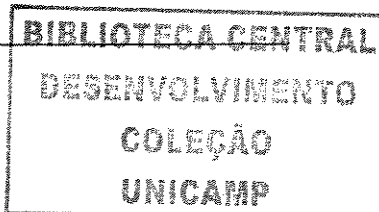
Cada UPC articula, de forma global, todo o processo de trabalho na unidade de saúde, compreendendo etapas como: identificação (acolhimento), processamento (compreensão, significação), intervenção e monitoramento (vínculo, responsabilização e resolutividade), conforme ilustração a seguir:

**Quadro 02 - Associa a unidade de produção e o tipo de demanda atendida.**

Unidade de produção do cuidado <sup>4</sup>	Tipo e características do trabalho desenvolvido
Acolhimento	Trabalha com a demanda espontânea, produz escuta e qualificação de necessidades e inclusão do usuário
Atendimento Individual	Produz compreensão e significação das necessidades e projetos terapêuticos
Ações Programáticas	Atividades-intervenções voltadas para abordagem de riscos e de grupos com vulnerabilidades identificadas
Procedimentos	Conjunto de ações duras e leve-duras ofertado pela unidade de saúde da família (MERHY, 1997)
Acolhimento do Risco no Território	Trabalha com a abordagem de risco à saúde da coletividade, o risco à saúde, ambiental e social no território
Monitoramento e Gestão	Atividades administrativas e de gestão do trabalho, monitoramento através de indicadores de saúde e desempenho da unidade

O trabalho em saúde é dependente da interseção trabalhador/usuário, na qual o trabalhador tem um papel socialmente constituído de compreender, significar e intervir sobre o que define como recorte da interseção – seu objeto. Ao assumirmos a necessidade como objeto, estamos lançando mão de um dispositivo para mudar a abrangência das práticas profissionais colocando para os profissionais o desafio de revisão das linguagens semióticas e de outros saberes diagnósticos e terapêuticos. A implantação do **acolhimento** foi a primeira intervenção sobre o processo de trabalho da rede e se propôs a singularizar o

<sup>4</sup> A tentativa de estabelecer a natureza das procuras dos usuários em unidades de saúde da família nos fez recriar em oficina realizada em 2002 a trajetória hipotética de vários usuários, as quais nos permitiram conformar os núcleos de produção da atenção à saúde a usuários que procuram as nossas unidades de saúde da família ou centros de atenção primária, portas de entrada do sistema de saúde. A denominação de Unidade de Produção do Cuidado foi fruto dos debates constantes com Mônica Sampaio sobre a organização da atenção básica.



acesso através da substituição do critério “fila” pela necessidade devidamente qualificada por profissionais de saúde. Tornou-se um dispositivo de mudança e vem demandando a construção de novos saberes tecnológicos para a organização dos serviços; o desenvolvimento de programa de educação permanente para estimular a atitude acolhedora dos profissionais e das equipes; a adequação do espaço físico de todas as unidades para proporcionar conforto e respeito aos usuários; a organização da agenda para atender à demanda programada e espontânea; enfim, a reorganização do processo produtivo das unidades de saúde.

A redefinição do objeto dos serviços de saúde produz tensão nas práticas profissionais de **atendimento individual**. Campos (2003), em “Saúde Paidéia”, indica a necessidade de se constituir uma clínica ampliada. Em minha dissertação de mestrado, aponto os limites de significação da linguagem clínica, da semiótica, para produzir significados, além dos morfofuncionais (SANTOS, 1998). A clínica moderna (FOUCAUT, 1994), como principal racionalidade intercessora entre trabalhador de saúde e usuário, mediadora e produtora de projetos terapêuticos, não tem sido suficiente para incluir as dimensões sociais e psíquicas na produção de significados e intervenções cuidadoras. Parece fundamental a conformação de uma semiótica capaz de produzir significados biológicos, psíquicos e sociais decorrentes das interseções trabalhadores/usuários e projetos terapêuticos ampliados. Se não é possível construir um novo arranjo semiótico que articule os vários campos de saberes implicados na abordagem das necessidades, é preciso estabelecer alguns marcadores do que poderá continuar sendo chamado de clínica ampliada ou da ampliação da clínica, que não são sinônimos, mas precisam definir o seu eixo histórico de acumulação epistêmica.

As **ações programáticas** no projeto Saúde Todo Dia são elementos que constituem o modelo tecnoassistencial e se caracterizam como uma tecnologia de organização de linhas de produção do cuidado, para grupos de maior vulnerabilidade, reduzindo sua morbi-mortalidade.

Minha implicação nesta tarefa de construção de programas e protocolos data de minha participação, enquanto residente, nas discussões sobre a elaboração de protocolos de urgência e emergência. Reunimos a experiência de vários autores, além de consultar outros

protocolos, e observamos que os protocolos são tecnologias que ofertam modos de fazer aplicados a várias ocorrências de natureza semelhantes, cujo modo de fazer é considerado adequado e universal.

No Projeto Saúde Todo Dia, os protocolos discutidos são concebidos como normas técnicas de abordagem profissional para grupos populacionais acompanhados em programas. Embora reconheçamos que o melhor para um grupo nem sempre é o melhor para um indivíduo, salientamos que o melhor nem sempre é o mais preciso, mas possibilita uma maior chance de acerto quando tratamos de coletivos.

Buscamos separar conceitualmente programa e protocolo. Fizemos uma diferenciação entre estas tecnologias para facilitar sua apropriação por toda a equipe. Partimos do pressuposto de que um programa é uma tecnologia, um conjunto de ações de acompanhamento a grupos populacionais que apresentam alguma vulnerabilidade ou condição especial que os qualificam como um grupo de risco. São grupos populacionais que, por terem uma vulnerabilidade maior, obrigam-nos a vigiá-los, acompanhá-los.

O programa é uma tecnologia, aqui entendida como de acompanhamento do campo da saúde; ou seja: de acompanhamento e vigilância aos grupos populacionais vulneráveis, tarefa de qualquer trabalhador de saúde.

Protocolos são consensos técnicos produzidos em espaços coletivos sobre como abordar determinados temas de saúde; uma norma técnica elaborada a partir de um consenso para cada tema. Portanto, a diferença básica entre a tecnologia “programa” e a tecnologia “protocolo” é que a primeira empresta o sentido de conjunto de atividades a serem seguidas, e protocolo empresta o sentido de norma técnica; neste caso, quase sempre relacionada a práticas profissionais.

É importante ressaltar que enquanto não assumirmos a vigilância desses grupos, a demanda espontânea continuará preenchendo a maior parte da agenda das equipes. É preciso construir uma relação de vínculo com as pessoas e os grupos de risco de determinada população adscrita ter regularidade na oferta programada, além de garantir o atendimento à demanda espontânea. Para garantir que a vigilância à saúde ocorra, faz-se necessário a migração dessa população para seus respectivos grupos de risco, uma tarefa em construção que precisa de tempo.



Observando a história das práticas de saúde pública no Brasil percebemos uma dificuldade imanente, qual seja: a de diferenciar aquilo que denominamos programas daquilo que se convencionou chamar de protocolos. Embora ambos sempre tenham caminhado juntos, não se tinha até então clareza de suas especificidades, o que durante muito tempo gerou confusão, dificultando, deste modo, a apropriação adequada pelos trabalhadores destes instrumentos como ferramentas de trabalho.

Parte dessa confusão se deve ao fato de, até o início da década de 1980, a organização do trabalho em saúde ter sido marcada por programas verticais, centralizados no âmbito do governo federal. Isto refletiu no modo de organização do processo de trabalho nas unidades básicas que reproduziam o que se passava no interior das secretarias municipais de saúde, onde as ações dos diferentes programas eram concebidas isoladamente como se se tratasse de secretarias à parte. Para reverter a situação, fizemos uma aposta nas equipes de saúde da família como base produtora nos nossos serviços de saúde. Quem produz saúde nas unidades de saúde da família? As equipes de saúde da família. Sobre o que atuam as equipes de saúde da família? Sobre todos os problemas básicos de saúde de uma população adscrita a uma equipe. Logo, não dá para estas ações acontecerem desconectadas.

Para superarmos as limitações históricas, levamos em consideração as seguintes premissas: o objeto do trabalho em saúde é a necessidade do usuário, o que implica dizer que os serviços de saúde se organizarão para atender a essa necessidade, o que requer a organização dos trabalhadores na linha de montagem do cuidado no interior das UBS, um movimento muito profundo e radical, pois quando trabalhávamos com grupos específicos, apenas enquadrávamos esta população naquilo que tínhamos como oferta. Era um comportamento institucional das unidades produtivas de saúde. Agora mudou o movimento: somos uma equipe que se organiza para atender a tais demandas. O modo de promover tal movimento foi pensar uma organização de programas e protocolos que dessem conta desta realidade.

O caráter inovador das ações programáticas no Saúde Todo Dia consiste na releitura desta tecnologia em saúde, recolocando-a como um dos constituintes da matriz produtiva que organiza o processo de trabalho das equipes de saúde das Unidades Básicas

de Saúde, ao lado de outras tecnologias como o acolhimento, o atendimento individual, o acolhimento de risco no território, os procedimentos e o monitoramento e gestão.

Repensar a programação como uma etapa importante do cuidado em saúde em vez de atividade burocratizada fez-nos enxergar a necessidade de trabalhar as linhas de produção do cuidado nos diversos níveis de atenção à saúde e estabelecer programação não apenas para atenção básica, mas também para serviços especializados de média e alta complexidade. A ação programática compreendida como saber tecnológico proporciona um eixo para as equipes trabalharem com o conceito de risco a partir de etapas estruturantes como:

- Identificação do risco para captação de clientela;
- Estratificação do risco que permite abordar de forma diferenciada cada indivíduo em seu contexto;
- Intervenção orientada por um conjunto de ofertas programadas segundo o risco e sua estratificação;
- Monitoramento das ações como momento de revisitar as etapas anteriores e de avaliação da intervenção da equipe.

As Ações Programáticas utilizam a concepção pedagógica da exposição do profissional de saúde às necessidades de saúde, de forma a compreender, significar, intervir e resolver, gerando níveis crescentes de autonomia para os usuários e para a equipe.

Resumindo: o objetivo dessa discussão foi apresentar a seguinte reflexão: Que o programa é um saber tecnológico para acompanhar grupos de risco com vulnerabilidade estratificada, cujos protocolos vêm para definir um rumo para a ação de cada profissional na interação com o usuário; Que as profissões são organismos vivos em constante evolução, e que a constituição dos nossos programas partiu da discussão sobre o núcleo de competência que cada profissão consolidou historicamente.

Baseado na matriz produtiva das ações programáticas, nós elaboramos os programas e os protocolos assistenciais nas áreas de saúde da mulher, saúde da criança e adolescente, saúde do adulto, saúde mental, DST/AIDS e outros. Construimos consensos referentes aos papéis das profissões dentro do Saúde Todo Dia.

Além da atitude profissional, da programação dos serviços, da elaboração de protocolos assistenciais, é possível, através da regulação e do agendamento de consultas e procedimentos no consultório, a partir do sistema cartão, que neste caso, se configura como ferramenta de responsabilização, permitindo a articulação entre as diversas redes assistenciais, disponibilizar o conjunto das ofertas capazes de produzir integralidade, de acordo com a necessidade de saúde de cada usuário.

Essa tecnologia é para todos da equipe, mas o trabalho é dividido. Esta divisão é a base para a construção deste modelo de produção de saúde que tem como objeto a satisfação das necessidades de usuários, pela mobilização da equipe para ofertar o cuidado demandado tendo como referência os programas e protocolos e objetivando a produção de autonomia. Cada trabalhador em seu processo de interseção com os usuários na produção de cuidado vai compreender o problema, significar e intervir. Isto é válido nas abordagens individuais e coletivas.

Como se configura a linha de produção desse cuidado no interior dessas equipes? Tomemos como ponto de partida, para pensar a divisão de trabalho no interior das equipes de saúde, as categorias de campo e núcleo. Entendemos que o nível de responsabilidade de cada profissão é definido a partir da história dos meios de produção e reprodução e da legitimidade e relevância social daquilo que lhe é nuclear.

Imaginemos que cada usuário ao entrar numa UBS dispara a produção de um arranjo produtivo que pode ser comparado à combinação de notas musicais que conformam arranjos distintos. O usuário entra na recepção e faz um percurso dentro da UBS que lhe é singular, demandando uma linha de produção específica em conformidade com o seu projeto terapêutico individual. Como produzimos este cuidado? Através da divisão de trabalho pactuada pelos membros da equipe para facilitar a circulação deste usuário e a conseqüente produção desses arranjos.

Tomemos como exemplo a definição da agenda de inclusão social em que o assistente social historicamente tem sido o organizador dos modos de garantir acesso às pessoas a direitos e a programas sociais. Apesar de esta tecnologia ser uma das mais difíceis de ser operada, haja vista depender do conjunto de normas e leis disponíveis numa determinada sociedade; de programas e políticas que se formam a partir da orientação técnico-política de cada governo e entes federados em dado momento histórico, qualquer componente da equipe pode fazer inclusão social. No entanto, é uma competência nuclear do profissional do serviço social. Estas afirmativas devem ser consideradas ao pensarmos protocolos e programas.

Consideremos a unidade produtiva do acolhimento de risco no território que tem dois profissionais principais: o assistente social e o enfermeiro. Assistente social, porque todo risco social e ambiental demanda desse profissional. Monitoramento e acompanhamento, mesmo o agente comunitário de saúde identificando-os, fazendo parte do monitoramento e intervindo em determinadas situações, chegam para o assistente social processar, consolidar o diagnóstico e definir qual estratégia de intervenção deve ser feita, uma vez que grande parte dos riscos está no âmbito social.

O enfermeiro nos programas responsabiliza-se pelo cuidado continuado, próprio do seu núcleo de competência, mas também prescreve. A legislação autoriza a esse profissional prescrever em programa de saúde pública com autorização pelo gestor ou responsável pela área, embora não seja possível protocolar tudo que lhe compete na produção do cuidado, uma vez que cada usuário, estando ou não inserido num programa, com seu risco estratificado e com o protocolo definido, tem o seu caminhar único e cabe ao profissional responsável pelo seu segmento/acompanhamento decidir o que fazer. Esta decisão pode significar ao olhar do profissional de enfermagem que o acompanha manter uma prescrição ou solicitar avaliação para mudança de conduta. Neste caso, digamos que o usuário seguia um protocolo, o retorno para o médico que definiu a prescrição ainda levaria algumas semanas e o enfermeiro manteve a prescrição, portanto prescreveu.

Trabalhamos com o conceito de responsabilidade pactuada, quando da divisão do trabalho entre os membros da equipe. Neste caso, cada profissão assume responsabilidades a partir do seu campo, e na sua caminhada da construção do trabalho em

equipe vai ampliando o seu núcleo de competência com novos saberes do campo. Isso significa que assumimos serem as profissões processos sociais vivos em conformação.

A divisão do processo de trabalho entre os membros da equipe objetiva definir papéis profissionais a partir dos seus núcleos de competência, possibilitando aos trabalhadores conformarem suas práticas em espaços de experimentação, no qual cada profissão pode tirar proveito consolidando novos saberes e tecnologias capazes de se transformarem em novo meio de produção, passíveis de serem reproduzidos nos cursos de graduação e pós-graduação, redefinindo a abrangência e a legitimidade social de cada profissão.

A construção de consensos, referentes aos papéis das profissões a partir dos protocolos assistenciais dentro do Saúde Todo Dia, permite ao gestor respaldar os atos profissionais sob a luz de uma racionalidade que é dada pela história das profissões, pelo seu mecanismo de produção no mercado e reprodução na academia e pela sua legitimidade social. Foi resgatado ainda o debate da saúde como um grande campo de saberes e práticas comuns entre as profissões (o ato de acolher, de responsabilizar-se, vincular-se, intervir, ser educador, produzir autonomia) e o núcleo, como sendo o específico de cada profissão e o que foi construído ao longo desses anos e respaldado historicamente pela sociedade.

**O acolhimento de risco no território** foi o nome atribuído a um conjunto de conceitos, de saberes tecnológicos e de tecnologias que se articulam conformando processos, que possibilitam a identificação e intervenção de vulnerabilidades em indivíduos e coletivos. Ao tomar como objeto as necessidades de saúde individuais e coletivas, e declarar a autonomia como resultado da ação em saúde, trazem-se para os limites da sua abrangência de ação os territórios, onde se produzem e reproduzem os determinantes e condicionantes do modo de vida e de viver de grupos populacionais. Esses determinantes e condicionantes podem representar parcelas ou toda a população abrangida por um sistema de saúde. Quando nos referimos à parcela da população estamos falando de grupos específicos com necessidades de mesma natureza; portanto, um corte vertical na população geral; de grupos populacionais de uma parcela do território abrangido pelo sistema de saúde municipal; de toda a população de uma cidade; e, da população abrangida por um sistema de saúde.

Ação sobre o risco no território permite a intervenção sobre os condicionantes e determinantes do modo de vida e de viver, produtores de vulnerabilidades individuais e coletivas, promovendo resiliência e diminuindo a leniência, gerando empoderamento de indivíduos e coletivos na luta pela vida, como tecnologia de acompanhamento e monitoramento.

A implantação do acolhimento de risco no território pressupõe a articulação de vários órgãos governamentais e não-governamentais em torno de necessidades ou demandas sociais que se transformam em objetos de políticas públicas, para as quais se voltam os focos de todos os órgãos com a finalidade de cooperarem entre si e de se organizarem na intervenção de modo complementar, produzindo eficazes transformações nas naturezas dos objetos das políticas.

Na prática não significa criar um grande organismo para lidar com as demandas sociais. É preciso, sim, acordo político em torno da definição do que será objeto de política pública, considerando o impacto na vida de indivíduos e grupos populacionais, no presente, no futuro e para as próximas gerações. É necessário também, a partir da presença de cada organismo na teia social, conformar uma rede única de acolhimento; ou seja: todos podem identificar os problemas, objeto de política pública, e incluir nos programas pactuados pelos organismos.

Quais os passos para tornar o acolhimento de risco no território uma tecnologia potente e produtora de inclusão social?

- Definir coletivamente que os problemas, necessidades e demandas deverão ser objeto de políticas públicas;
- Definir a partir da competência de cada órgão governamental e não-governamental, componente do coletivo de produção da política, quem assumirá quais responsabilidades produtivas; ou seja: que programa ou ação ficará sob sua responsabilidade;
- Pactuar os programas componentes da oferta disponibilizada para produzir a inclusão;

- Tornar cada órgão da teia social participante da produção da política, e comprometido com sua execução, ponto de acolhimento, de captura das necessidades. O acolhimento deve ser entendido como ausculta e triagem de inclusão;
- Conformação dos fluxos inter organismos, os quais possibilitarão o processamento e a inclusão das necessidades.

A saúde desempenha um papel preponderante na teia social, pelo fato de poder estar presente em todo o território e ter condição de identificar situações que colocam pessoa e indivíduos em risco; monitorar intervenções sobre o território; produzir algumas intervenções e acolher outras tantas. Os agentes comunitários de saúde e de endemias podem fazer o papel do “*big brother*” do território. As enfermeiras e assistentes sociais fazem os papéis de avaliadoras, processadoras de riscos no território e demandam através do fluxo pactuado com os organismos componentes da definição da política de inclusão, realizações de intervenções que podem significar inclusão de indivíduos, famílias, grupos populacionais em programas ou realização de obras num determinado bairro, por exemplo.

### 2.2.2 - Apoio matricial

Define-se como apoio matricial a oferta de conhecimentos, saberes tecnológicos, apoio técnico para a organização de serviço, apoio técnico-profissional para a realização de algumas ações em saúde, supervisão técnica a distância e presencial, apoio à gestão do cuidado de determinados grupos de risco e o auxílio na identificação e inclusão de recursos terapêuticos existentes no território (grupos de terapia comunitária, grupos de ajuda e outras ofertas) no cardápio de ofertas das unidades, com o objetivo de melhorar a efetividade da interseção trabalhador/equipe/usuário produtora de saúde.

### 2.2.3 - Vínculo

Para propiciar a interação permanente de usuários e trabalhadores vinculando-os, optamos pela estratégia de fazer adscrição e adstrição a partir da implantação de equipes de saúde da família, do apoio matricial e da introdução das categorias de cuidado continuado temporário, prolongado e permanente em serviços especializados com adensamento tecnológico. Em várias situações, a eficácia do trabalho em saúde é dependente da relação que se estabelece entre trabalhador e usuário, da referência, da confiança, da transferência de conhecimentos. E só o vínculo pode proporcionar.

### 2.2.4 - Responsabilização

A responsabilização deve ser encarada como atitude profissional. No entanto, essa atitude é dependente de determinados atributos do sistema como: gestão plena de sistema com comando único; complexo regulatório com capacidade de gerenciar todos os recursos disponíveis e garantir acesso mediante necessidade; e existência de mecanismos que facilitem aos profissionais comporem projetos terapêuticos individuais. Esta reflexão ainda está-se iniciando, mas nos leva a crer que, dentre todos esses componentes, a responsabilização também tem importância fundamental na cadeia de produção do cuidado no interior do sistema. Por exemplo: um médico atende a um usuário, tem atitude responsável buscando no seu serviço e fora, em outros serviços e redes, os recursos para a composição de um projeto terapêutico individual, e o sistema não dispõe de mecanismos que criem a agenda de inclusão do usuário. A atitude responsável do profissional esbarrou na incapacidade do sistema de se responsabilizar.

Situações de dificuldade de inclusão a partir da responsabilização dos profissionais podem levar a um processo de “cansaço” ou esgotamento criativo dos profissionais, produzindo a desresponsabilização transferida – quando o profissional transfere responsabilidade para outro - não como ato de responsabilização, mas sim, como um encaminhamento de proteção individual. Esta atitude muito comum no sistema produz a



desresponsabilização generalizada, aumento de custo e redução da oferta útil. Em suma: a responsabilização deve ser vista como uma atitude sistêmica que se traduz no modo de organizar a disponibilidade das ofertas para facilitar a atitude responsável dos trabalhadores.

Além da capacitação profissional, da programação dos serviços, da elaboração de protocolos assistenciais, está sendo possível implementar tecnologias da gestão e da informação para sustentar esta atribuição. A utilização da identificação unívoca dos usuários e do registro individualizado dos atendimentos existentes no Sistema Cartão SUS permite-nos dispor da base de informações para apoiar a decisão sobre a regulação e produção da equidade no acesso aos serviços. Esta iniciativa que pode representar uma revolução em matéria de regulação de sistema, somente está sendo possível pela posição de vanguarda do SUS-Aracaju na implantação do Projeto Cartão SUS.

#### 2.2.5 - Adensamento tecnológico<sup>5</sup>

Consiste em articular saberes-fazeres profissionais (tecnologias leves e leves-duras), infra-estrutura tecnológica dura (MERHY, 1997), num determinado estabelecimento ou serviço que torne mais resolutiva a interseção trabalhador/usuário. Em Aracaju, o conceito de adensamento tecnológico tem norteado o debate da organização da produção em saúde nos estabelecimentos ambulatoriais especializados e hospitalares. Exemplo: o centro de especialidades da criança e do adolescente, o centro de especialidades de cuidado a usuários portadores de patologias crônicas transmissíveis e não transmissíveis e Hospital Horizontal. Com essa concepção, cada instituição assume papel e missão específica no sistema.

---

<sup>5</sup> O conceito nos foi apresentado por Adail Rollo, no ano de 2002, em reunião de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.

### 2.2.6 - Complexo regulatório

Com o complexo regulatório, os serviços e as redes assistenciais não se conformam mais em sistema sob a forma de pirâmide. Agora, os serviços e as redes assistenciais constituem um conjunto de unidades complementares em que cada tipo tem um papel definido e complementar entre si, cujo trânsito, entre elas, é mediado pelo projeto terapêutico de cada usuário. O complexo regulatório funciona como inteligência artificial de integração de todos os pontos de produção de ações e serviços do sistema, reguladora e produtora de acesso com equidade, propiciando atenção integral a cada usuário. É possível conformar e dar consequência responsável e sistêmica aos milhões de projetos terapêuticos individuais requeridos para garantir a integralidade de cada cidadão.

### 2.2.7 - Integralidade

A integralidade é historicamente definida, ainda que conceitualmente possamos fazer várias formulações a seu respeito. Assim como as necessidades socialmente produzidas, o normal e o patológico existem e são elementos importantes, particularmente na definição das ofertas gerais dos sistemas de saúde. O padrão de integralidade é dependente do financiamento, da riqueza disponível, da opção tecnoassistencial, do grau de integração da cura, reabilitação, promoção, prevenção e proteção que se conseguem imprimir na operação cotidiana dos serviços e dos sistemas de saúde, do grau de inclusão social de um povo, da legislação que vigora numa nação, do grau de civilidade incorporado na luta política e dos avanços científicos e tecnológicos. Definido que os limites da integralidade são historicamente estabelecidos, podemos falar de como conceituamos e operamos a integralidade na perspectiva de cada indivíduo e de determinados coletivos.

Para nós, a integralidade diz respeito às necessidades de cada indivíduo em cada momento de sua vida. Portanto, para garantir de forma sistêmica a integralidade de cada um dos milhões de usuários do nosso sistema, trabalhamos com a idéia de prateleira geral de ações e serviços de saúde, de onde emanam os componentes de cada projeto terapêutico individual, conformado nas várias interseções entre trabalhadores e usuários, e auxiliado pelo complexo regulatório. Assim viabilizamos a plasticidade do SUS proposta por Campos (1992, p.209).

A plasticidade organizacional do SUS deveria ser de tal monta que se possibilitasse oferecer a cada cidadão uma atenção diferenciada, conforme seu perfil de morbidade, seu padrão de subjetividade, sua situação socioeconômica.

No caso de determinados coletivos, identificados como de risco pelas suas vulnerabilidades, a garantia de integralidade é dada por uma linha de produção de cuidado específica continente de ofertas de vários serviços e redes assistenciais que asseguram garantia de acesso a tecnologias adequadas e vinculam trabalhadores e usuários.

### 2.2.8 - Resolutividade

A resolutividade pode ser considerada uma variável dependente, quando analisamos o sistema e as outras variáveis: acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização. E, independente quando voltamos o olhar para serviços ou redes assistenciais. Neste sentido a resolutividade está associada à:

- Implantação de novos serviços e de novos equipamentos assistenciais;
- Incorporação de novas tecnologias;
- Reorganização de processos de trabalho;
- Conformação de redes;
- Articulação e complementariedade de serviços e redes assistenciais;
- Adensamento tecnológico para otimização dos recursos existentes;
- Organização dos recursos existentes em matriz produtiva que inclui os usuários a partir de suas necessidades e não o contrário;
- Conformação de linhas de produção do cuidado, linhas imaginárias universais e dependentes de cada usuário - universal porque permite que qualquer problema seja abordado.

### 2.3 - Serviços e redes assistenciais<sup>6</sup>

O início da gestão, em 2001, foi marcado por um extenso diagnóstico da capacidade instalada da rede básica e das condições de infra-estrutura existente. A insuficiência de oferta do município como um todo era de aproximadamente 50%. Além da insuficiência de serviços havia ainda uma precariedade muito grande em relação à estrutura dos equipamentos existentes. Para enfrentar esta realidade foram concebidos os planos de ampliação e adequação física dos estabelecimentos, de ampliação de serviços e de conformação de redes assistenciais.

As redes assistenciais de Aracaju só se definiram após a habilitação do município à Gestão Plena de Sistema quando, além da Rede Básica, outras quatro redes foram constituídas, urgência e emergência, atenção psicossocial, ambulatorial especializada de média e alta complexidade e hospitalar. Outras redes de atenção estão em processo de constituição e extrapolam o campo da saúde. Um exemplo disso é a rede de produção do cuidado à criança e ao adolescente, já concebida e em fase de pactuação com os outros setores públicos e organismos da sociedade civil.

Santos (2002, p.263), revendo a multiplicidade das discussões conceituais a respeito das redes qualifica-as em duas grandes matrizes, nas quais, numa definição formal, temos aquela vertente que considera apenas o seu aspecto, a sua realidade material e uma outra que também leva em conta o dado social e político. Ainda, segundo este autor, existem duas possibilidades, complementares, de analisarmos essas redes em suas relações com o território: quando as concebemos como um processo, estamos à luz do enfoque genético. E quando a percebemos como um dado da realidade atual, enfoque atual.

---

<sup>6</sup> Ao longo do processo de concepção e de implantação simultânea do projeto Saúde Todo Dia fomos construindo consciência da integralidade como princípio norteador da conformação de serviços que pudessem atender as mais diversas manifestações de necessidades. O conceito de adensamento tecnológico incorporado na conformação dos serviços e a separação dos serviços pelo tipo de tecnologia agregada, que erroneamente são denominados de atenção básica, de média e de alta complexidade apontavam para a conformação de segmentos produtivos compostos por estabelecimentos que atuavam sobre problemas que traziam algumas semelhanças no que diz respeito ao estágio de investigação e de significação da natureza das necessidades. **Emerson Canonici** em alguns momentos de debate nos espaços de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) denominou os segmentos acima mencionados de redes assistenciais. Tal nomenclatura facilitou e produziu clareza comunicacional para o projeto Saúde Todo Dia, além de produzir significação para o coletivo dirigente da SMS sobre o trabalho cotidiano de implantação de serviço.

O estudo genético de uma rede é forçosamente diacrônico. As redes são formadas por troços, instalados em diversos momentos, diferentemente datados, muitos dos quais já não estão presentes na configuração atual e cuja substituição no território também se deu em momentos diversos. Mas essa sucessão não é aleatória. Cada movimento se opera na data adequada; isto é: quando o movimento social exige uma mudança morfológica e técnica. A reconstituição dessa história é, pois, complexa, mas igualmente ela é fundamental, se queremos entender como uma totalidade a evolução de um lugar. Já o estudo atual supõe a descrição do que a constitui, um estudo estatístico das quantidades e das qualidades técnicas mas, também, a avaliação das relações que os elementos da rede mantêm com a presente vida social, em todos os seus aspectos; isto é: essa qualidade de servir como suporte corpóreo do cotidiano ... envolve o conhecimento da idade dos objetos ... e de sua longevidade..., e também, da quantidade e da distribuição desses objetos, do uso que lhes é dado, das relações que tais objetos mantêm com outros fora da área considerada, das modalidades de controle e regulação de seu funcionamento. (SANTOS, 2002, p. 263).

No projeto Saúde Todo Dia, rede assistencial, ou rede são denominações utilizadas para designar o conjunto de equipamentos assistenciais e ou serviços articulados, inseridos num determinado território, com uma finalidade inscrita. Nós temos utilizado o vocábulo rede mais adjetivo, por exemplo: Rede de urgência e emergência, para se referir a um conjunto de equipamentos assistenciais e/ou serviços que contam com tecnologias que se aplicam na atuação sobre problemas de saúde com natureza assemelhada.

Algumas redes têm distribuição territorial; ou seja: para determinadas parcelas do território corresponde algum equipamento da rede. Por exemplo: a rede de unidades de saúde da família e a rede de atenção psicossocial, que, além de darem cobertura a uma área adstrita, faz apoio matricial nas unidades de saúde da família. A rede também pode ter distribuição territorial apenas como forma de estabelecer um fluxo de captação dos usuários, como é o caso da urgência e emergência. No caso dos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade e hospitalares, a rede é complementar; isto é: cada ponto detém uma parte da missão assistencial conformando um conjunto não competitivo e com adensamento tecnológico e de capacidade resolutiva.

Os grandes passos tomados pela gestão para viabilizar as condições para a execução de uma política coerente com o modelo conceitual declarado foram:

- Organização de serviços e redes assistenciais que garantam acesso;
- Implantação e implementação do acolhimento como atitude e tecnologia de inclusão das necessidades como objeto da saúde;
- Adoção de estratégias de organização de serviços (equipes de saúde da família na atenção básica; adensamento tecnológico com cuidado continuado<sup>7</sup>, temporário, prolongado e permanente nos demais serviços), que vinculam profissionais e serviços a usuários individualmente e a coletivos;
- Criação e implantação de estratégias de gestão e de organização produtiva que estimulam a atitude de responsabilização nos profissionais e dotam o sistema de instrumentos e ferramentas que operam a responsabilização como processo de trabalho;
- Criação de novas redes e incremento na capacidade instalada nos estabelecimentos assistências, que ampliaram o acesso, propiciaram o reforço da atitude profissional de responsabilização e a viabilidade de processos estruturados de responsabilização, bem como aumentou a resolutividade do sistema;
- Matriz produtiva que organiza o processo de trabalho a partir das necessidades dos usuários;
- Conformação de linhas de produção do cuidado para grupos vulneráveis;
- Formação de um coletivo dirigente e ampliação dos interlocutores da saúde em Aracaju;
- Implantação da gestão plena do sistema.

---

<sup>7</sup> Conceitos apresentados por Emerson Luis Canonici em reuniões do colegiado de gestão da SMS, em 2004.

Assumir as necessidades individuais e coletivas como objeto da saúde pode levar a um conjunto de ações e iniciativas reorganizadoras do modo de produção dos estabelecimentos de saúde. Exemplo: implantação do acolhimento nas unidades de saúde da família, nos CAPS e do acolhimento de risco nas urgências e de outras tecnologias de singularização. A mudança não é homogênea em todas as redes assistenciais. Na rede de unidades de saúde da família ela encontra-se em estágio mais avançado. Em todas as redes estão sendo implementadas ações para efetivar o acolhimento, a responsabilização, o vínculo através da adscrição e/ou da adstrição de usuários e de gestão, e na rede de unidades de saúde da família, o acolhimento do risco no território.

O modelo técnico assistencial se transformou num objeto de disputa ideológica cotidiana. Nas ciências humanas o saber fazer é um instrumento de disputa ideológica<sup>8</sup>, diferente das ciências exatas, em que um saber fazer novo substitui o outro somente pelo seu valor de uso e troca. A saúde como a compreendemos está no campo das ciências humanas. A transformação no modo de organizar e de produzir cuidado em saúde não é automática; está sendo construída cotidianamente uma nova práxis. Nenhuma proposta de mudança é capaz de romper uma cultura institucional. A mudança é processual, cotidiana.

É óbvio que essa perspectiva abriu a discussão e orientou a conformação de uma política de ações para dar conta da necessidade em saúde como objeto. Neste ponto, entra um novo componente a considerar-se: o profissional a ser gerado. Este deve ser um profissional capaz de atender à necessidade, uma necessidade que é sempre a manifestação subjetiva historicamente definida e que, como foi dito, vai estar sempre se modificando. Neste sentido, era preciso que cada trabalhador se apropriasse de uma matriz pedagógica de compreensão desse objeto, e que, o tempo todo, o seu trabalho fosse transformado numa ação, numa atividade pedagógica e numa atividade de construção de conhecimento. Em suma: era preciso oportunizar momentos de reflexão constantes, paralelos ao fazer.

---

<sup>8</sup> Anotações de aula proferida pelo Professor Mário Testa no curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, Campinas, segundo semestre de 1996.

## 2.4 - Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica como campo de tecnologias de produção do cuidado tanto no acompanhamento de grupos populacionais quanto a indivíduos tem-se organizado no projeto Saúde Todo Dia, integrado ao processo produtivo da atenção à saúde nas redes assistenciais, centralizado como ação matricial e na gestão de linhas de produção de cuidado a grupos especiais.

Nas unidades de saúde da família podem ser identificadas nas mobilizações e estratégias de captação de usuários vulneráveis, no acompanhamento, na busca ativa de usuários e na ação descentralizada sobre fatores de risco presentes no território.

O apoio matricial age a partir da identificação da diminuição da efetividade do trabalho das equipes ou quando um determinado problema se avoluma e pode sair fora do controle, configurando-se como epidemia. A gestão de linha de produção do cuidado permite o monitoramento de cada grupo especial (a condição é dada pela sua vulnerabilidade ou por ter sido eleito prioritário por outros critérios), avaliando os indicadores de morbidade e mortalidade e garantia de acesso à integralidade com equidade.

O trabalho se desenvolve nos estabelecimentos de saúde, no território e são coordenados tecnicamente pela coordenação de cada programa correspondente a uma linha de produção do cuidado. A gestão das ações de vigilância desenvolvidas nos estabelecimentos são descentralizadas e comandadas por gerentes e equipes assistenciais e profissionais com ação específica sobre o território (agentes comunitários de saúde e de endemias).

## 2.5 - Vigilância sanitária

Quando assumimos a SMS em 2001, a Vigilância Sanitária de Aracaju era responsável por ações de baixa complexidade e por algumas ações de média. A tradição da nossa vigilância é de polícia administrativa na qual a ação preponderante era a de fiscalização normativa e de produção de autos de infração. A equipe de técnicos de nível



superior era incompleta e composta por profissionais na maioria terceirizados, e a equipe de profissionais de nível médio pouco motivada e “sucata” pela falta de investimento em educação permanente.

No período compreendido entre janeiro de 2001 e dezembro de 2004, a SMS assumiu todas as ações de média e alta complexidade da vigilância sanitária; aprovação do plano de cargos, carreira e vencimentos criando cargos exclusivos: agente de vigilância e técnico de vigilância; realização de concurso público e contratação de mais de 22 técnicos de nível superior de várias profissões; criação de instrumento de delegação de poderes e competências para os agentes e técnicos de vigilância; estabelecimento de rotinas e manual de vistoria e inspeção com aumento em mais de 50% das atividades; desenvolvimento de atividades de educação permanente interna e externa; criação do selo “A” da vigilância e elaboração de proposta de novo código sanitário encaminhado à câmara de vereadores.

A VISA de Aracaju tem o desafio de superar a cultura institucional das vigilâncias de polícia administrativa e assumir cada vez mais a condição de organismo da saúde componente do SUS especializado em ações de promoção, prevenção e principalmente de proteção à vida. É no campo da proteção à vida que se concentra a essência do trabalho da vigilância, exercendo lugar hierárquico para orientação das atividades de promoção e prevenção da vigilância sanitária.

Outra transformação em curso, que é fundamental para a transformação e consolidação das vigilâncias sanitárias, é a reorganização do seu processo produtivo. As normas devem ser encaradas como ponto de partida de diálogo com o senso comum, parâmetros a serem alcançados; e os estabelecimentos e setores regulados encarados como elementos sociais vivos e em processo de vida ou de morte. Por isso é fundamental o acompanhamento longitudinal desses setores e estabelecimentos por meio de interseções periódicas de avaliação da evolução ou involução. Como um diabético acompanhado pela equipe de saúde que faz vigilância à saúde através da ação programática, os estabelecimentos e setores regulados devem ser vigiados e objeto da ação educativa-prescritiva-normativa de proteção à vida da vigilância sanitária.

### 3 - Gestão do trabalho e educação na saúde

#### 3.1 - Os trabalhadores

O quadro de pessoal da Secretária Municipal de Saúde (SMS) em 2001 era composto por servidores do Ministério da Saúde (FUNASA e INAMPS), da Secretaria de Estado da Saúde, do Município de Aracaju e profissionais de várias categorias terceirizados: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros. A maior parte dos servidores tinham naquele momento mais tempo de serviço público que o Sistema Único de Saúde de vida. Portanto, são profissionais de um tempo em que havia no mínimo três categorias de usuários: indigentes, segurados do INAMPS e “particulares” – aqueles que pagavam diretamente no mercado pela assistência à saúde.

Poderíamos arriscar o palpite de que a maioria dos servidores públicos em pleno exercício da atividade profissional em Aracaju no ano de 2001 era de formação liberal-privatista, e os médicos, em particular, se caracterizavam como profissionais cuja atuação é centrada em procedimentos, de baixa disponibilidade ao serviço e com acordos de desempenho centrado em produção. Aliás, todas as categorias de nível superior recebiam uma produtividade que estava relacionada à quantidade de procedimentos realizados.

Não podemos falar de maneira geral em diferenças entre os profissionais saúde de origens institucionais distintas, quanto às suas visões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), mas podemos falar em grupos de profissionais articulados a correntes que disputam o imaginário e a ideologia dos demais trabalhadores no âmbito do SUS, formado por alguns médicos e principalmente pelos profissionais da enfermagem, que no setor público do Estado de Sergipe faziam o contraponto, em aliança com os coletivistas ou outras correntes como SILOS e Cidade Saudável, à posição hegemônica dos liberais-privatistas.

A consolidação da idéia de saúde como direito constitucional de cidadania é posterior ao ingresso da maioria dos servidores públicos que encontramos nos SUS-Aracaju no ano de 2001, fato importante que nos conduz à reflexão sobre a visão hegemônica dos servidores sobre SUS. Pelo menos seis focos de agenciamento se colocavam na disputa pela produção da ideologia dos trabalhadores da saúde em Aracaju, são eles: 1. grupo que

apresenta a fala sobre o SUS como a continuidade piorada do INAMPS pela extensão de cobertura aos não segurados; 2. produzia o discurso de disputa de visão de sociedade a partir do SUS; 3. fazia a fala de dentro das corporações focada no interesse particular de uma determinada categoria; 4. reproduzia o discurso de acordo com os interesses eleitorais imediatos; 5. formado pelo pólo que transmite a idéia de que serviço público é sempre igual, e que a melhor postura é a de um transeunte, de inserção passageira e descomprometida; 6. pólo de trabalhadores que acreditam no SUS, nos seus princípios, e tem posição clara e militante na sua defesa. Todas essas visões e outras competem para conformar a ideologia dos trabalhadores e servidores do SUS.

Na organização produtiva encontramos vários conflitos relacionados à abrangência de competências das profissões. Esta disputa vem sendo travada no campo normativo da regulamentação do exercício profissional com enfrentamentos públicos entre as categorias profissionais, mais especificamente entre médicos e enfermeiros. O impacto desta disputa refletia-se no cotidiano da divisão do trabalho e na organização dos serviços de saúde. A luta pela construção de legitimidade para a ampliação da abrangência de competências e incorporação de novas responsabilidades profissionais, ou para evitar as tentativas de expansão, vem sendo travada pelos conselhos das categorias, em disputas preferencialmente no campo legal normativo, o que tem produzido impasses desagregadores entre as direções dos movimentos de categorias, gerando tensões entre os profissionais e equipes de saúde. Acredito que a ampliação da área de práticas e competências profissionais dar-se-á de maneira mais efetiva se as categorias na interação com os objetos das práticas profissionais forjassem e sistematizassem novos saber-fazeres e nas instituições de ensino os reproduzissem, transformando-os em consistentes instrumentos de disputa ideológica, capazes de produzir legitimidade e reconhecimento social.

Era senso comum entre os profissionais que atuavam no programa de saúde da família (PSF) a idéia de que deveriam atender somente a usuários cadastrados em programas de cuidado continuado. Os doentes agudos deveriam buscar o pronto-socorro ou pronto-atendimento. Esta visão se amparava no modelo Cidade Saudável. A outra parte dos profissionais não inseridos no PSF tinham como responsabilidade instituída a realização de procedimentos, incluído o encaminhamento.

As diferentes visões dos profissionais de saúde que atuavam no Município de Aracaju, sobre a gestão do trabalho no setor público, no período compreendido entre 2001 e 2003, período de elaboração, discussão e aprovação do plano de cargos, carreiras e vencimentos (PCCV), podem ser percebidas por algumas propostas apresentadas nesta ocasião, são elas: manutenção da terceirização, elaboração de PCCV por categoria e progressão automática sem avaliação de mérito. Algumas manifestações apontavam para a idéia de carreira como instrumento particular de apropriação do ente público pelo servidor, o que, de certa forma, revela a cultura patrimonialista de como alguns segmentos se relacionam com o Estado.

Percebemos nos debates acirrados sobre o PCCV o desejo de resolver, através da carreira, o crônico problema da remuneração insuficiente para um caminhar na vida com autonomia, expectativa quase impossível de ser resolvida por política de gestão de pessoas, mas das reivindicações não contempladas e fora do alcance do PCCV, esta me parece um clamor legítimo e que é dever de todos os brasileiros: a ampliação e a distribuição das riquezas, que de fato têm força para a redefinição do valor de mercado das profissões.

Ao longo desse período enfrentamos vários momentos de crise e tensão com os profissionais de saúde. O primeiro grande embate se deu em decorrência da disputa entre médicos e enfermeiros acerca de competências profissionais. Neste momento assumimos a defesa do modo de produção que incluía os enfermeiros na lida direta com os usuários e nos comprometemos a fazer a mediação através da promoção de pacto de competências descrito entre as páginas 89 e 96 deste capítulo. A implantação do acolhimento contou com muita mobilização contrária dos enfermeiros e dos médicos que diziam estarmos acabando com o PSF e transformando as unidades de saúde da família em prontos-atendimentos. O processo de implantação tornou-se ainda mais difícil em função das disputas de competências entre estas categorias que reduziram a reciprocidade.

Os médicos, os enfermeiros, assistentes sociais e odontólogos tinham a mesma remuneração no PSF, o que estabelecia a isonomia entre estas categorias. Nos primeiros seis meses não conseguíamos manter sequer a composição das equipes de saúde da família (ESF) que encontramos em 2001, em função da diferença de remuneração dos médicos paga pelo Município de Aracaju em relação aos demais municípios do Estado. Não havia

como aumentar a remuneração de todos os profissionais do PSF e estava ficando insustentável manter o número de equipes existente porque não fixávamos os médicos, tampouco pensar em ampliar o programa. Tomamos uma decisão difícil em aumentar somente a gratificação dos médicos. Esta medida provocou muitos desgastes e seqüelas que se arrastam até os dias atuais, porém era a alternativa possível para manter e ampliar o programa.

O debate sobre o PCCV foi dos mais acirrados e ocorreu durante um ano em todos os espaços das categorias, do controle social, na imprensa e por duas vezes na câmara de vereadores. Contamos com a oposição marcada do Sindicato dos Servidores Públicos Municipais (SEPUMA) e das Entidades dos Odontólogos e conseguimos o apoio do Sindicato dos Enfermeiros, do Conselho de Serviço Social, do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, do Sindicato dos Farmacêuticos, do Sindicato dos Técnicos de Laboratório e, parcial, do Sindicato dos Médicos, que defendiam plano específico. Foi uma luta dura, através da qual aprovamos o PCCV na câmara.

A resistência do SEPUMA e de alguns dirigentes do Sindicato dos Médicos continuou no momento da implantação do plano, mais especificamente durante o enquadramento, que houve mobilização destas entidades junto aos servidores para que não aderissem ao plano. Quase conseguiram deslegitimar o PCCV e mais uma vez, depois de muita conversa, negociação e pedido de voto de confiança do Secretário junto aos trabalhadores, conseguimos reverter a ação de alguns dirigentes sindicais e ter mais de 80% de adesão dos servidores ao plano.

A disputa de competências entre as profissões reaparece no momento de elaboração e discussão dos programas e protocolos com as categorias. A tensão neste campo é permanente e reaparece toda vez em que debatemos a organização do processo produtivo, no programa de saúde da família.

O processo de informatização dos consultórios, através da estratégia do cartão nacional de saúde com a substituição da prescrição, solicitação manual de exames e registros manuais pelo processo automatizado, produziu muitas inseguranças nos médicos quanto à intenção do uso das informações registradas, o medo do controle, o estranhamento

natural da incorporação de novas tecnologias, as dificuldades logísticas e operacionais do sistema ainda em processo de implantação e desenvolvimento e interesses políticos eleitorais e pessoais momentâneos que posicionam alguns profissionais contrários à automação de parte do trabalho dos médicos. Estes interesses vêm desviando o foco sobre o que realmente nos motivou à implantação desta tecnologia: melhorar a garantia de acesso, criar mecanismos sistêmicos de responsabilização e facilitar a operacionalização do princípio da equidade e da integralidade.

As interações críticas, criativas e, às vezes, tensas entre trabalhadores da gestão e da assistência é cotidiana e diz respeito ao processo de construção de uma política pública de saúde que se propõe a fazer a ruptura do senso comum.

O cotidiano dos trabalhadores da gestão é marcado por sua exposição a eventos e situações imprecisas, às vezes desconhecidas, que os obrigam a uma rotina de trabalho de jornadas geralmente de dez ou mais horas diárias de trabalho produzindo stress e exaustão. É um trabalho cujo potencial é criativo e inovador, mas também tenso e rotineiro.

A conformação do nosso coletivo dirigente se deu a partir da demonstração dos trabalhadores: de adesão, de envolvimento ou posicionamento embasado e produtor de sentidos sobre as propostas que eram apresentadas. Estas manifestações eram a senha para fazermos o recrutamento para a gestão independentemente de ter ou não experiência prévia. Ao contrário do que foi veiculado pela imprensa e dito por algumas lideranças políticas, a maior parte dos nossos gestores foram e continuam sendo recrutados entre os trabalhadores da assistência. Vieram de fora do quadro da secretaria para compor a equipe de direção entre 2001 e 2004, por período determinado ou indeterminado em torno de dez profissionais que, além de compor a equipe, tinha a função de consultor na formulação do projeto.

O Prefeito, apesar das pressões e questionamentos que eram feitos pela imprensa e por políticos, mais uma vez sustentou a caminhada. No entanto, o ataque feito produzia instabilidade e muito desconforto na equipe que eram superados pelo envolvimento e adesão ao projeto que vinha sendo construído coletivamente. Acredito que o modo de escolha descolado do viés de governabilidade, no qual as forças de sustentação

do governo indicam parte dos membros da equipe, é parte da explicação do sentimento de sermos uma incrustação na Secretaria Municipal de Saúde, corpo estranho fixado e forte pelo aval do Prefeito. Daí, as denominações de estrangeiros e forasteiros que recebemos, não eram os poucos “estrangeiros” que se agregaram à equipe a motivação das manifestações públicas.

Passamos por muitas crises internas como em todas as equipes de direção motivadas pela insegurança, imaturidade da equipe, disputa de espaços e até mesmo de rumos do projeto. Havia os que defendiam a defesa de uma verdade, que ao meu ver não existia e não existe e, portanto, apostavam na forma clássica de se relacionar com os trabalhadores e setores organizados da política, fazendo concessões do rumo do projeto e agregando força para consolidar um modo de fazer atenção e gestão de sistema de saúde. O outro pólo acreditava na construção coletiva do projeto através da produção de acordos e contratos coletivos negociados que apontassem para a consolidação de uma idéia de projeto e conformação ao longo do tempo deste. Prevaleceu a segunda estratégia de construção de hegemonia, o que culminou com a saída espontânea de parte da equipe de dirigentes da SMS.

Outra dificuldade encontrada eram as formas de contratação e de remuneração àqueles que atuavam na gestão. A remuneração para quem estava na assistência via de regra era maior do que a dos profissionais que atuavam na gestão.

As estratégias adotadas para lidar com tantos dissensos foram a clareza de projeto, a fortaleza da retaguarda dada pelo Prefeito e a disposição para conversar sobre qualquer assunto que interessasse aos trabalhadores. Estávamos sempre abertos para negociação e dispostos a encontrar solução para as demandas apresentadas. Todos os acordos firmados eram cumpridos e quando por algum motivo não conseguíamos produzir as respostas nos tempos acordados, renegociávamos os prazos, assim construimos credibilidade.

A definição de uma política de gestão do trabalho e de educação na saúde, representada pelo PCCV e pela criação do Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS), tem propiciado a superação das dificuldades apontadas e interação contínua dos trabalhadores da gestão com os da assistência.

### 3.2 - Gestão do trabalho

A política de gestão do trabalho para o município está sendo pautada pela necessidade de dar condições aos trabalhadores de participarem como sujeitos da implantação de um modelo assistencial que inclua o usuário como cidadão, que torne os serviços públicos de saúde resolutivos, acolhedores e responsáveis. Lugar produtor de vínculos e de cuidados com a população. Para tanto, foi necessário traçar estratégias capazes de reverter a situação em que se encontravam os trabalhadores no início da gestão. Identificamos, pois, os seguintes problemas:

- Servidores de diferentes esferas de governo, realizando a mesma tarefa, mas recebendo salários, vantagens e benefícios diferenciados;
- Grande número de servidores, ultrapassando 70% do quadro, vinculados através de contratos terceirizados;
- Desorganização e descontrole na administração das várias folhas de pessoal existentes;
- Baixa motivação e insatisfação profissional;
- Relação burocratizada com os usuários;
- Baixo compromisso com o resultado do trabalho;
- Baixa qualificação profissional;
- No caso das equipes de saúde da família havia confusão dos papéis e das atribuições dos profissionais de nível superior, com conflito intenso entre as categorias profissionais, mais especificamente entre médicos e enfermeiros.



O enfrentamento dessa situação exigiu a construção de uma política articulada em várias frentes, dentre as quais podemos citar as mais importantes:

- A reorganização do trabalho em saúde e dos serviços a partir de um Modelo Assistencial focado nas necessidades de saúde, na produção de cuidado e autonomia;
- Modelo de Gestão participativo, reservando espaços colegiados para definição de políticas, planejamento e avaliação;
- Elaboração de protocolos e programas orientadores das ações profissionais e das equipes de saúde da família, sendo ao mesmo tempo um instrumento de qualificação técnica e de ordenamento das atribuições de campo e núcleo profissional;
- Criação do Centro de Educação Permanente (CEPS);
- Aprovação do plano de carreira, cargos e vencimentos, que fora debatido amplamente com as categorias profissionais;
- Realização de concurso público para 78 ocupações e contratação de aproximadamente 1200 novos servidores.

Essas medidas diminuíram as tensões, aumentaram a motivação, fixaram profissionais e têm contribuído para o sucesso da implantação do modelo tecnoassistencial e de gestão de sistema de saúde.

### 3.2.1 - Plano de cargos, carreira e vencimentos

Em 2000, o quadro de pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS) era composto por 2.062 servidores assim distribuídos: 955 servidores municipais; 231 servidores estaduais; 181 servidores federais; e 695 funcionários terceirizados por convênios.

No ano 2001 realizamos seleção interna de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos e assistentes sociais, entre servidores do SUS, para formar as novas equipes de saúde da família que implantaríamos, em conjunto com a organização não-governamental Bom Pastor, através da qual realizamos a seleção e contratação de novos agentes comunitários de saúde (ACS). Nos anos 2002, 2003 e 2004, enquanto não dispúnhamos do concurso público, a SMS ampliou a oferta de serviços através da contratação de pessoal terceirizado.

No ano de 2002, finalizamos o processo de negociação da gestão plena do sistema municipal de saúde e assumimos o comando único. A partir daí, as responsabilidades e o tamanho da SMS se definiram. Ainda em 2002, elaboramos e iniciamos os debates com os servidores, conselho municipal de saúde e sindicatos sobre o PCCV.

Em 2003, ampliamos a discussão sobre o PCCV com as categorias, quando foi aprovada a Lei 61/03, de 1º de agosto de 2003, que cria o PCCV da saúde do Município de Aracaju. Neste ano foi feito o enquadramento dos servidores que não fizeram a opção pelo plano antigo.

O PCCV aprovado dobra o vencimento básico da maioria dos cargos; introduz a avaliação de desempenho como mecanismo de progressão na carreira; elimina o efeito cascata presente nas regras anteriores que dificultavam a contratação de novos servidores, devido a pouca previsibilidade de gastos futuros; cria novos cargos; regulamenta gratificações; autoriza a realização de concurso público para várias categorias profissionais, para as quais não existiam cargos públicos no plano anterior e prevê a constituição de comissão paritária, entre trabalhadores e governo, de acompanhamento e desenvolvimento do plano.

As gratificações criadas através da Lei 61/03 de 1º de agosto de 2003 e regulamentada pelo Decreto nº 272, de 21 de setembro de 2004, tornaram possível a implantação de uma política de gestão do trabalho em saúde que possibilita ao gestor fixar profissionais pela competitividade dada à agilidade de decisão conferida ao Chefe de Executivo Municipal. Com gratificações complementares até um teto por profissão foi

possível reduzir as diferenças de remuneração entre os profissionais de vários vínculos institucionais de origem. Por exemplo, o assistente social do Município de Aracaju e um assistente social servidor do Estado de Sergipe, se ambos estiverem exercendo suas atividades em unidades de saúde da família receberão o mesmo teto de remuneração, e assim é para todas as categorias profissionais. O decreto é, na realidade, um instrumento de gestão de pessoal.

### 3.2.2 - Realização de concurso público

Em janeiro de 2004 realizamos concurso público para preenchimento de 78 áreas de atuação profissional ou profissões, tendo sido contratados até o momento mais de 1200 servidores aprovados. O concurso realizado pela SMS possibilitou a substituição de todos os terceirizados, com exceção dos agentes comunitários de saúde, e a ampliação das redes assistenciais com a contratação dos excedentes.

## 3.3 - Educação permanente como estratégia de transformação da atitude profissional

### 3.3.1 - Pedagogia do fator de exposição<sup>9</sup>

De uma perspectiva cronológica, mesmo tendo operado com essa pedagogia desde o início, ela foi a nossa terceira preocupação na tarefa de disparar processos sob a forma de política, de ação do sujeito da política para um coletivo. A importância em destacá-la como um método de apropriação da realidade deve-se ao fato de, em um primeiro momento, ter sido utilizada para a construção da arena, e, em um segundo, para guiar nosso olhar sobre uma realidade, na qual tínhamos que interagir e agir para disparar processos de mudanças nas práticas profissionais, a fim de produzir organização de serviços, constituição de redes, conformação de um sistema assentado sobre os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

---

<sup>9</sup> A Pedagogia do Fator de Exposição teve como protagonistas criativos mais atuantes os membros da equipe técnica da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) do período de 1994 a 2001. Porém, a denominação e o batismo foram feitos por Heider Aurélio Pinto e Cláudia Meneses Santos, que também foram protagonistas do Projeto CINAEM, mas só em 2004 nas formulações e sistematizações das versões de propostas de curso de especialização em saúde coletiva da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju é que a denominação aparece e batiza a formulação teórica da CINAEM.

A educação permanente foi nossa estratégia metodológica para operar a transformação dos profissionais de saúde em sujeitos, a partir da interação com os vários objetos que o cotidiano apresenta, tais como: as necessidades dos usuários, a organização dos serviços, o controle social, a gestão e outros.

O trabalhador está o tempo inteiro aprendendo e produzindo conhecimento acerca de sua prática, conseqüentemente, produzindo autonomia para si, enquanto profissional da saúde, e contribuindo com a produção de autonomia dos outros. A escuta, a compreensão e a significação das necessidades de saúde da população e a articulação de vários saberes tecnológicos para intervenção sobre estas desencadearam uma demanda por mediação pedagógica que permitisse a troca de saberes entre trabalhadores e gestores na busca da produção de uma nova subjetividade em torno do trabalho em saúde e a possibilidade de formação de interlocutores capazes de fazer a defesa e concretizar este modo de organizar e fazer saúde.

Ampliar em 100% a rede básica, pleitear a Gestão Plena de Sistema e pretender a transformação do modelo hegemônico de produzir saúde não poderiam ser projetos de exclusividade do gestor ou do alto escalão da secretaria. Tamanha ousadia apenas seria exitosa se realizada a partir de uma construção coletiva.

A estratégia de viabilização do SUS não pode se basear centralmente na subordinação dos trabalhadores de saúde por meio de métodos administrativos. Há que se criar uma dinâmica e funcionamento do sistema de tal maneira que os denominados “Recursos Humanos” sejam um dos principais sujeitos de processo de mudança (CAMPOS 1992; p.138).

Este coletivo teve de ser, e está sendo, constituído progressivamente. Algumas tecnologias educacionais e outras da análise institucional estão sendo utilizadas para a constituição de um grupo-sujeito capaz de empreender a transformação do modelo assistencial de Aracaju. Em vários períodos recorreremos à supervisão institucional, mas principalmente adotamos uma abordagem pedagógica para a formação desses dirigentes.

A pedagogia utilizada foi a Pedagogia do Fator de Exposição<sup>10</sup>. Os fatores de exposição são objetos, recortes da realidade vivenciada, modos de ver e de delimitar um determinado campo da organização da vida, com existência real, natureza própria e sempre em produção, para os quais podemos dispor de um conjunto de saberes e tecnologias que nos permitem compreender, significar e intervir. A aposta que se fez foi a de tomar o processo de implementação do SUS em Aracaju como espaço de produção social de fatores de exposição.

As necessidades de saúde como objeto das práticas profissionais, dos serviços e dos sistemas de saúde é, na pedagogia do fator de exposição, um objeto, um dos vários fatores de exposição, o que não reduz a sua importância. As necessidades como objeto das práticas profissionais, dos serviços e do sistema de saúde conformam elemento instituinte do modelo técnico-assistencial do Projeto Saúde Todo Dia e deste modo são interrogadoras e marcadoras fundamentais no âmbito da gestão e da atenção à saúde.

A indução pedagógica da conformação de sujeitos profissionais da saúde capazes de protagonizar a implantação de serviços e de sistemas de saúde, que garantam acesso universal com equidade e atenção integral, requerem a exposição dos trabalhadores em saúde a vários desses fatores. E, portanto, os desafios cotidianos da organização de serviços, de conformação do sistema de saúde, de organização do trabalho, das relações entre os diversos sujeitos, são exemplos de fatores de exposição com os quais os trabalhadores devem interagir pedagogicamente para ampliarem suas visões epistêmica, política e social, para cada objeto, propiciando a formação de profissionais com autonomia para o cuidado, para a gestão, para a vida.

A mesma abordagem pedagógica utilizada para construir as intervenções e capacitar os dirigentes também tem sido utilizada na capacitação dos profissionais da rede. O coletivo dirigente assume o papel de agente educacional nas diversas etapas do processo ensino aprendizagem. A consolidação de um grupo dirigente e dessa abordagem pedagógica permitiram a ampliação dos espaços de gestão e dos atores envolvidos na construção do modelo técnico-assistencial em nossa experiência.

---

<sup>10</sup> Conceito desenvolvido na III Fase do Projeto CINAEM apresentado no Relatório da CINAEM: Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira. Mimeo, 2000.

Para que alcançássemos os objetivos da pedagogia que nos orienta, precisávamos de objetos que representassem desafios concretos de mudança na prática, no espaço e na vida produzida cotidianamente no trabalho dos educandos, realidade singular que exige modos diferentes de interação e de intervenção, de construção de pactos e de caminhos. Há, portanto, uma aposta de, ao mesmo tempo em que se tenta produzir saberes com pretensão universal, trabalhar com a riqueza da singularidade da realidade, da ação e da luta cotidiana de cada educando caracterizando claramente uma educação para a transformação. Precisávamos de uma pedagogia capaz de produzir uma “dupla ruptura epistemológica”, O que significa operar no sentido de desconstruir a ciência para inseri-la numa totalidade que a transcende. A intenção seria promover a emancipação e a criatividade da existência social e coletiva, o que somente seria possível pela aproximação do discurso do senso comum com o discurso erudito; pela conversão da técnica numa dimensão da prática através da valorização global da práxis e, por último, na busca da superação do privilégio socialmente concebido ao poder adaptativo em detrimento da criatividade (SANTOS, 1989, p. 42),

A nova configuração do saber é, assim, a garantia do desejo e o desejo da garantia de que o desenvolvimento tecnológico contribua para o aprofundamento da competência cognitiva e comunicativa e, assim, se transforme num saber prático e nos ajude a dar sentido e autenticidade á nossa existência. É o desejo de Sócrates no *Fédon*, de Platão, depois de o filósofo verificar que a investigação das coisas tornada possível pela ciência do seu tempo o deixava sem qualquer orientação.

Colocando os trabalhadores e gestores diante de objetos que devem ser compreendidos, significados e definida a ação sobre eles, utilizando-se de saberes e experiências em pleno processo de produção pelos atores implicados, bem como dos conceitos, das teorias e das tecnologias acumulados sobre fatores de exposição (objeto-constituente do senso comum), tem sido possível a construção de uma explicação epistemológica do objeto presente no cotidiano dos trabalhadores e dos gestores, que oportuniza a ampliação de suas visões sobre esses objetos.

A interação entre atores e objetos é mediada por um amplo e dinâmico processo dialético de transformação do objeto e do próprio sujeito. Tais objetos, ao serem apropriados como fator de exposição, vêm possibilitando a problematização da implantação

do SUS em Aracaju, interrogando-a sobre suas possibilidades de caminhar em um certo sentido; ou seja: problematiza-se com vistas a mudar para alguns lugares e não para outros ou qualquer outro. Há uma ética de convicção<sup>11</sup> colocada; há um compromisso de problematizar no sentido da defesa da vida, da luta da reforma sanitária, da implementação do SUS, da construção da autonomia e da emancipação dos sujeitos, ainda que todas estas questões comportem uma diversidade de visões, olhares, teorias e caminhos, mas sempre num certo sentido e não em outro. Precisávamos, enfim, de um objeto que, ao problematizar, ao interrogar sentidos, apontava e disputava os significados.

Nessa busca constatamos que diversos elementos do arcabouço conceitual e teórico operado em Aracaju dão forma à política de saúde proposta, mostrando uma coerência facilmente identificada entre as opções teóricas metodológicas, as decisões políticas e a realidade singular da cidade. Estas políticas estruturantes da construção do modelo de atenção apresentam de fato um grande grau de capilarização problematizadora e provocadora das práticas e posturas das pessoas nos serviços de saúde, interrogando compromissos, finalidades, sentidos, significados e modos de saber e de fazer.

Essa política busca incidir diretamente na essência do processo de trabalho de produção de cuidados individual e coletivo, e nos conflitos, dobras tensas, potencialidades das relações e “gestões” necessárias para a organização e desenvolvimento deste processo (que visa impactar nas necessidades de saúde reconhecidas como direitos de cidadania). Para fazê-lo, ela deve necessariamente compreender e identificar objetos essenciais sobre os quais se precisa intervir a fim de ser eficaz, pois, se identificar, compreender ou intervir de forma equivocada nestes ou noutros objetos desta realidade, o resultado poderia ser muito aquém do desejado. Sendo assim, tanto a teoria quanto a política, para serem eficazes, pressupõem a identificação e compreensão de objetos efetivamente constitutivos, fundamentais e nevrálgicos neste processo. Tomando-os como fator de exposição poderemos acertar em cheio naquilo que é qualitativamente o nó articulatório do processo que disparamos a fim de produzir conformação dos sujeitos.

---

<sup>11</sup> A expressão “ética de convicção” foi apresentada para nós por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio numa das reuniões de formulação do curso de especialização em saúde coletiva. Ele se referia à opção que o coletivo que discutia o curso assumia: a defesa da vida, a luta da reforma sanitária, a implementação do SUS, a construção da autonomia e a emancipação dos sujeitos (CECÍLIO, 2004).

Ao mesmo tempo, em processo de retro-alimentação e co-produção, a política começa a movimentar o cenário (sujeitos, coisas, relações, processos...) de tal modo que os objetos nos quais ela intervém ganham um potencial muito grande de atrair a atenção, a reflexão e a ação dos atores em cena. De um modo ou de outro, aquilo colocado por ela vira uma agenda sobre a qual os diversos sujeitos têm de interagir. Todas estas características fazem com que, num processo concreto de implementação de um sistema de saúde, a identificação de quais são estes objetos essenciais seja uma questão fundamental e determinante da construção e da potência do fator de exposição estruturante da formação de sujeitos em processos coletivos.

A pedagogia do fator de exposição é fortemente potencializada graças ao fato de os educandos serem trabalhadores de saúde imersos numa realidade e com grande implicação com os efeitos co-produzidos por ela, de modo que este processo educativo se dá no trabalho, a partir do trabalho e para o trabalho (que visa construir ganhos de autonomia para as pessoas e coletivos, usuários e trabalhadores). Não interagir direta e profundamente com uma situação, com um dado objeto da realidade, não implica somente em deixar de desenvolver tal conhecimento, como também resulta em não produzir o enfrentamento transformador de uma situação que pode impactar negativamente não só para o usuário como também para a equipe e o trabalhador. Esta tamanha relação de implicação, na prática, deixa permeável a separação entre o sujeito e o objeto de uma problematização e intervenção; ou seja: agir sobre a realidade é agir em si mesmo. E este é um dos elementos mais eficazes desta opção pedagógica.

A pedagogia do fator de exposição pode ser utilizada para formar profissionais em processos formais conformando, a partir da articulação de várias UPP articuladas no tempo, o eixo de desenvolvimento curricular. Ela tem sido utilizada no CEPS como estratégia de educação permanente e, neste caso, funciona como método de mediação de produção de novos contratos e acordos de arranjos de processos produtivos. Esta pedagogia, na nossa experiência, torna a produção do conhecimento, a atividade profissional, a atividade pedagógica e de gestão em momentos do exercício da atividade laborativa, ao mesmo tempo em que ao desenvolver qualquer uma destas atividades as outras estão implicadas. As UPP colocam para o binômio educador-educando na interação



com objetos a possibilidade de reflexão sobre o espaço de produção social onde se dá a produção cotidiana do SUS, propiciando a ação e a implicação destes com os efeitos de sua intervenção. Trata-se de um processo que para ser operado exige a utilização e construção de saberes e saber-fazer, como insumos e produções, que podem propiciar graus de autonomia progressivos decorrentes da interação mediada entre sujeito e objeto. É possível ainda a conformação de caixa de ferramentas utilizando o aporte de saberes dos campos disciplinares a serem acionados.

A Unidade de Produção Pedagógica<sup>12</sup> (UPP) tanto mais será eficaz quanto mais ela conseguir agenciar os elementos da vivência cotidiana dos atores implicados, a partir do fator de exposição de caráter universal e de natureza explícita ou facilmente explicitável, que convida os seus interlocutores na interação a interrogá-lo.

Quando definimos uma área de interesse como a saúde, é possível afirmar que vários objetos estão inscritos neste campo. É possível fazer vários recortes e arranjos de conjuntos de objetos em um único espaço de produção social, uma vez que cada ator pode emitir olhares específicos. Não há uma fórmula predefinida de recortar a realidade em objetos, este recorte depende de desejos, projetos e visões de mundo dos sujeitos. A identificação e escolha dos objetos, naja vista a complexidade funcional e estrutural dos objetos, é o momento mais difícil e ao mesmo tempo definidor de sentido do processo pedagógico. A definição de quais objetos vão-se transformar em fatores de exposição deve ser decorrente de acordos entre atores e ou decorrente de modos de recortar a realidade. A essência do desenvolvimento pedagógico está em delimitar os reais objetos de cada atividade, para cada uma das situações vivenciadas para as quais desejamos conhecer e desenvolver novos modos de atuação.

Depois de identificados os objetos, o trabalho recai sobre os métodos e as técnicas de mediação da interação entre sujeito e objeto, os quais serão utilizados para facilitar a aproximação, a apropriação, a compreensão, a significação e o desenvolvimento de autonomia dos educandos. Este momento didático-pedagógico deve, por um lado,

---

<sup>12</sup> A expressão “unidade de produção pedagógica” foi introduzida pela Equipe Técnica da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação de Ensino Médico (CINAEM), em 1999. Refere-se ao conjunto de meios e processos necessários e articulados num modo de produção pedagógica.

permitir que a experiência da aquisição do conhecimento seja facilitada e por outro trazer em sua estrutura condições para que o exercício epistêmico de identificação e produção de novos sentidos e significados sobre o objeto possa ser em alguma medida reproduzido.

Embora dispor de caixa de ferramentas seja elemento fundamental para a autonomia do sujeito na interação com o mundo tecnológico, tomar o próprio homem como objeto, sua dimensão política, social e humana faz parte da proposta desta pedagogia e aí não se trata de montar caixa de ferramentas, mas sim compartilhar visões de mundo e concepções sobre o próprio homem, entendendo que são estas visões o pano de fundo orientador das éticas de convicções implicadas com os modos de operar o mundo.

Uma das características da pedagogia do fator de exposição é que em sua operacionalização faz-se uso de métodos e técnicas já desenvolvidos, oriundos de outras teorias educacionais ou não, os quais podem ser incorporados às caixas de ferramentas de cada UPP. Como exemplo de técnicas oriundas de outros campos podemos citar: fluxograma analisador, técnicas de comunicação visual, psicodrama, entre outros.

Cada UPP deve ter uma organização didático-pedagógica com arranjo de caixa de ferramentas correspondente à natureza de cada fator de exposição. A seguir faremos uma descrição de algumas técnicas mediadoras utilizadas no Centro de Educação Permanente da Saúde da Secretária Municipal de Saúde de Aracaju (CEPS):

- Caso Analisador – toma por objeto situações da realidade, sendo submetida à análise por diferentes visões dos sujeitos. Após análise, segue-se um momento de teorização com aporte de conhecimentos sistematizados, tendo como produto uma síntese e a proposta de retorno à realidade com novo entendimento para o enfrentamento desta. É interessante seu uso quando o objeto se localiza no processo de trabalho e demanda por saberes tecnológicos para a intervenção;
- Tutoria – acompanhamento longitudinal dos educandos por educadores que possibilita na interação tutores-educando momentos de singularização;

- Fluxograma Analisador – define as entradas e saídas, as etapas e as questões definidoras do fluxo do usuário em um processo de trabalho de um certo serviço. Utilizado para análise da organização do processo de trabalho, do modelo técnico-assistencial e do desenho do sistema de saúde;
- Técnicas de diálogo crítico com participação ativa do educando na construção do conhecimento, considerando o saber dos sujeitos sobre o objeto, a produção de conhecimento a partir do diálogo entre os sujeitos e a necessidade de os novos textos serem elaborados com a participação ativa dos indivíduos em diálogos. Importante técnica para facilitar a construção coletiva de pactos, conceitos e consensos;
- Significação no processo de aprendizagem – toma objetos da realidade que façam sentido para os sujeitos envolvidos no processo pedagógico. Deve ser um marcador de todo o processo construtor da pedagogia e dos mediadores;
- O Estudo dos saberes tecnológicos – sistematiza o saber-fazer possibilitando a tomada de consciência sobre o conteúdo dos processos de trabalho, ferramenta potente para organização dos processos das equipes e dos serviços, contribuindo para a desalienação do trabalhador. O estudo divide o saber tecnológico nas etapas de identificação, compreensão, significação, intervenção e monitoramento. Identifica para cada etapa do saber tecnológico Quem Faz? O Que Faz? Como Faz? O que Precisa para Fazer? Contratos? Ferramentas? Saberes?;
- Transmissão de conhecimentos – utilizada em processo no qual os saberes sobre os objetos são estruturados. Os seminários, a leitura de textos, o estudo de casos e outras técnicas são modos de enriquecer e transformar os processos nos quais é necessária a transmissão de conhecimentos estruturados em atividades mais dinâmicas, participativas e semi-estruturadas com abertura para o conhecimento que o educando traz de determinado objeto;

- Simbolizações – utilização de exercícios simbólicos, representativos de situações vivenciadas ou para a representação de exercícios a serem reproduzidos na realidade: recortes de revistas, desenhos, dramatizações, esculturas, instalações, música, poesia e outros;
- Estações – distribuição das etapas do processo de trabalho, serviços e setores utilizando mediadores concretos que fazem parte do cotidiano e das práticas dos lugares;
- Exercícios com aplicação de métodos, técnicas e saberes para resolução de problemas concretos, como por exemplo a construção das agendas das equipes utilizando o método de programação em Saúde, os programas e protocolos de atendimento. Compreensão da necessidade de regulação utilizando a programação em saúde e o planejamento financeiro;
- Jogos e dinâmicas – utilizados para compreender e significar elementos afetivos no processo de aprendizagem. Importante para trabalhar elementos da relação grupal;
- Arte-educação – com ênfase para a linguagem teatral com realização de esquetes, dramatização de casos representativos da realidade, teatro-fórum. Possibilitam aquecimento e introdução para os temas, pode ter caráter crítico, reflexivo, provocativo, sobre os elementos de uma dada situação ou ser sensibilizador. O teatro-fórum pensado para debater situações de opressão, dando espaço para a fala do oprimido, permite o confronto de idéias e diferentes saídas para cada situação.

Os trabalhadores (educandos) têm que assumir a função de verdadeiros condutores do seu processo de aprendizagem e, para tanto, têm que acumular uma habilidade fundamental, qual seja, a de “aprender a aprender”. Aqui o educando assume uma tarefa, a tarefa do fazer sob mediação e, neste movimento, interage com fatores de exposição, tendo nessa relação que compreender e produzir significado e buscar ferramentas, instrumentos e saberes que operam intervenções produtoras de impacto sobre o seu objeto.

Consideramos educadores aqui todos os agentes do processo de construção de conhecimentos, os quais nomeamos como: instrutores, tutores, palestrantes e supervisores. Estes agentes, com graus diferentes de responsabilidade, passam a mediar (orientar, apoiar, facilitar e tutorar) os ganhos de autonomia no âmbito do saber-fazer e no plano das habilidades e competências cognitivas.

O processo de trabalho assume um papel importante no desenvolvimento do saber-fazer porque, no exercício do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, é que se consolidam as relações e se desenvolve o trabalho em equipe, com seus respectivos contratos e lógicas de funcionamento do grupo.

Aqui o saber é considerado como subsídio que fundamenta a ação intencional sobre o objeto (as necessidades de saúde). Portanto, no exercício prático do trabalho, o saber é consumido e, nesse movimento, apreendido e assimilado à medida que ele é construído em ato e em distintas situações de interação com os fatores de exposição. Nesse processo há um momento em que se executa a ação de modo a reproduzir um saber; num segundo momento realiza-se a ação e se produz um novo conhecimento qualificando a ação, e num terceiro momento a ação é desenvolvida e presidida por uma intenção, atingindo as competências cognitivas necessárias para operação do trabalho.

O grupo gestor e os agentes educacionais fazem reuniões regulares durante o desenvolvimento de cada atividade de capacitação, nas quais avaliam a metodologia, o conteúdo e o envolvimento dos educandos. A educação permanente tem sido um espaço de supervisão e agenciamento qualificado pelo processo pedagógico, para discussão junto aos trabalhadores de elementos centrais da implantação do SUS em Aracaju.

A pedagogia do fator de exposição pode ser utilizada para formar profissionais em processos formais conformando, a partir da articulação de várias UPP articuladas no tempo, o eixo de desenvolvimento curricular. Tem sido utilizada também como estratégia de educação permanente; e neste caso, funciona como método de mediação de produção de novos contratos e acordos de arranjos de processos produtivos. Esta pedagogia torna a produção do conhecimento, a atividade profissional, a atividade pedagógica e de gestão em momentos do exercício da atividade laborativa, ao mesmo tempo em que, ao desenvolver qualquer uma destas atividades, as outras estão implicadas.

A utilização da educação permanente como estratégia de incluir os trabalhadores na implantação do modelo técnico-assistencial Saúde Todo Dia é singular entre as experiências de implantação do SUS. Podemos citar algumas cidades com trabalho importante em educação permanente: Sobral-CE, Belo Horizonte-MG e Campinas-SP. São experiências que utilizam a pedagogia do saber como fator de exposição. Nossa experiência coloca o trabalhador diante dos seus objetos cotidianos de trabalho, estimulando-os a refletirem de forma sistemática sobre o seu fazer diário.

A nossa pedagogia do objeto como fator de exposição transformou o CEPS em um grande espaço de gestão, no qual gestores, trabalhadores e, em alguns casos, usuários se produzem como sujeitos de visões aproximadas sobre organização de práticas profissionais, processo de trabalho etc.

### 3.3.2 - Centro de Educação Permanente da Saúde (CEPS)

O CEPS, situado na Rua F-10 nº 298, Conjunto Orlando Dantas, Aracaju, constitui-se num patrimônio pedagógico para os trabalhadores da saúde do município. Iniciou suas atividades em setembro de 2002. Em novembro do mesmo ano realizou seu primeiro processo de educação permanente junto aos trabalhadores da rede de unidades de saúde da família. Conta com as seguintes estruturas:

- Estrutura física - é composta por 39 salas de aula, 01 laboratório para o uso do cartão SUS, 01 auditório, 01 sala de direção, 01 sala para equipe pedagógica e secretaria, 01 secretaria, 01 sala para mecanografia e arquivos didáticos e documentação, 01 sala para almoxarifado, 01 cantina e 08 banheiros;
- Estrutura pedagógica - é composta por diretor, 03 membros na equipe pedagógica, 01 gerente administrativo, 03 estagiários (Pedagogia e Ciências Contábeis), 01 técnico em recursos audiovisuais, 06 arte-educadores e 02 auxiliares de apoio.

São denominados “educandos” todos os convidados para participarem de atividades pedagógicas no CEPS: médicos, enfermeiras, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de higiene dental, gestores, agentes de endemias, assistentes sociais, enfim, todos os trabalhadores do SUS-Aracaju. Os “educadores” ou “agentes educacionais” são todos os proponentes de atividades pedagógicas com implicação no processo ensino-aprendizagem: coordenadores, supervisores, palestrantes, instrutores e tutores, profissionais da rede de serviços, do nível central da Secretaria Municipal de Saúde.

O Centro de Educação Permanente (CEPS) foi criado com a pretensão de se transformar num espaço de ampliação do senso comum, de ampliação crítica da compreensão da realidade do coletivo de trabalhadores sobre suas práticas, e vem cumprindo bem esse papel. Nesses dois anos de funcionamento do CEPS, foi possível mudarmos vários processos de trabalho, introduzir novos conceitos, como o das necessidades individuais e coletivas na condição de objetos das práticas dos serviços e do sistema de saúde. O CEPS se transformou num grande espaço de gestão rompendo com formulações teóricas sobre centros de educação permanente. Isso revela a conformação da visão complexa, conformadora de novos sentidos e significados institucionais, de práticas e de posturas profissionais e posição política dos atores.

A escuta, a compreensão e a significação das necessidades de saúde da população e a articulação de vários saberes tecnológicos para intervenção sobre estas, desencadeou uma demanda por mediação pedagógica para trocas de saberes entre trabalhadores e gestores na busca da produção de nova subjetividade e a possibilidade de formação de interlocutores capazes de fazer a defesa deste modo de organizar e fazer saúde, preconizado pelo modelo Saúde Todo Dia. Neste território, o CEPS assume o papel de um amplo espaço de gestão, marcado pela capacidade de construção coletiva de pactos entre trabalhadores e gestores. Tem a atribuição de articular a política de educação permanente da Secretaria Municipal de Saúde a instituições formadoras de nível médio, superior e aos movimentos sociais.

Nos diversos processos de educação permanente, o CEPS vem consolidando uma metodologia baseada em concepções problematizadoras, críticas e participativas da educação. A seguir apresentaremos algumas atividades:

- Oficina de planejamento da coordenação de vigilância epidemiológica;
- Capacitação dos trabalhadores da vigilância epidemiológica – acolhimento do risco, controle da dengue e antropozoonoses;
- Curso com médicos e enfermeiros dos serviços de urgência do município, para atendimento das febres hemorrágicas agudas;
- Educação permanente da rede básica é uma das grandes estratégias utilizadas para ampliação da capacidade de interlocução da proposta do modelo e da compreensão dos trabalhadores sobre os saberes tecnológicos organizadores de novas práticas no atendimento às necessidades dos usuários. Cada módulo tem carga-horária de 40h em concentração e contam, em média, com a participação do seguinte público e conteúdo, conforme quadros abaixo.

**Tabela 07** - Distribuição de profissionais por módulo de educação permanente da atenção básica.

<b>Categoria</b>	<b>Qtde</b>
Médicos (PSF)	88
Enfermeiras (PACS e PSF)	96
Auxiliares de consultório odontológico	43
Cirurgiões-dentistas (PSF)	43
Assistentes sociais (PSF)	42
Agentes comunitários de saúde (PSF)	502
Auxiliares de enfermagem (PSF)	88
Gerentes de Unidade	40
Outros (estudantes, estagiários, convidados).	20
<b>Total</b>	<b>962</b>

Fonte: CEPS/SMS, 2004.



**Quadro 03** - Associa módulos, temas e conteúdos.

<b>Módulo</b>	<b>Tema</b>	<b>Conteúdos</b>
I	O Enfoque do Risco e as Ações Coletivas no Saúde Todo Dia	Cartografia, espaço social, território, riscos, recursos, vulnerabilidade, suscetibilidade, resiliência, magnitude, transcendência, potencial de disseminação, tecnologias em saúde, construtivismo e pedagogia problematizadora.
II	Os Grupos de Risco e as Ações Programáticas 1	Programação em saúde, Programas de saúde, grupos de vulnerabilidade, vigilância de risco, cuidado continuado em saúde, indicadores de saúde e monitoramento. Enfoque de risco para o recém-nascido, crescimento e desenvolvimento, Alimentação na infância, Imunização, Planejamento familiar e Diabetes Mellitus.
III	Ações de vigilância a agravos agudos de notificação em Unidades Básicas de Saúde	Epidemiologia, Vigilância Epidemiológica, Agravos de notificação compulsória, Sistemas de Vigilância, Sistemas de Informação em Saúde, DST, Febre hemorrágica, Dengue, Leptospirose, Febre Amarela, Hepatites.
IV	Acolhimento e acesso às tecnologias que melhoram e prolongam a vida.	Acolhimento, Acesso, Vínculo, Escuta, Responsabilização, Representações da doença, Processo saúde-doença, Assistência Farmacêutica, Cartão SUS, Regulação, Referência e Contra-referência à Alta e Média Complexidade ambulatorial, hospitalar e Rede de Urgência e Emergência.
V	A atenção psicossocial no âmbito da família, comunidade e serviços.	Exclusão Social, Desigualdades Sociais, Cidadania, Clínica e Reabilitação do Sujeito, Desinstitucionalização da Atenção ao Paciente Psiquiátrico, Agravos prevalentes na psiquiatria Ambulatorial, Redes de Atenção Psicossocial, Intersetorialidade.
VI	Os grupos de risco e as ações programáticas 2	Programação em saúde, Programas de saúde, grupos de vulnerabilidade, vigilância de risco, Necessidades de Saúde, Ato de Cuidar, Cuidado continuado em saúde, indicadores de saúde e monitoramento, Método CENDES-OPS, Pré-natal, câncer de mama, câncer de colo uterino, Diarréias agudas na infância, desidratação, Infecções respiratórias agudas na infância, hipertensão arterial.
VII	As ações de vigilância a agravos crônicos de notificação conteúdos	Epidemiologia, Vigilância Epidemiológica, Agravos de notificação compulsória, Sistemas de Vigilância, Sistemas de Informação em Saúde, AIDS e antropozoonoses.
VIII	Os grupos de risco e as ações programáticas 3	Neoplasias benignas e malignas mais frequentes em crianças e adultos, doenças respiratórias crônicas.

Fonte: CEPS/SMS, 2004.

Em Aracaju, um dos pontos de estrangulamento da saúde é a insuficiência de quadros com formação na área da saúde coletiva para assumir a implantação do projeto em vários níveis do sistema. Associado a esta necessidade existe uma demanda originária do movimento estudantil de medicina, por um espaço de pós-graduação sob a forma de residência na área da saúde coletiva na qual possam vivenciar experiências de implantação do SUS, incluindo na proposta pedagógica a experiência de processos de trabalho multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares.

O CEPS está desenvolvendo um curso de especialização em saúde pública com 100 vagas para profissionais que atuam na assistência e gestores. Iniciará em março de 2005 a residência multiprofissional com 25 vagas, distribuídas igualmente entre profissionais da medicina, do serviço social, da odontologia, da enfermagem e da psicologia. Ainda em 2005 iniciar-se-á a formação técnica dos 750 agentes comunitários de saúde de Aracaju. Participa do Pólo de Educação Permanente e coordena as atividades de graduação nas dependências da SMS.

A SMS mantém convênio amplo com a Universidade Federal de Sergipe e a Universidade Tiradentes e disponibiliza suas redes para campo de estágio remunerado, voluntário e curricular a estudantes de diversos cursos de nível superior. Há aproximadamente 03 semestres tem intensificado essa relação junto ao curso de medicina, que passou a realizar o estágio curricular em medicina preventiva e social na rede de serviços do município para os estudantes do internato. O estágio foi desenhado com a perspectiva de colocar os alunos em contato com serviços variados que proporcionassem a compreensão do modelo técnico-assistencial em vigência e de algumas de suas linhas de produção do cuidado. Os profissionais dos serviços foram convidados a realizar a preceptoria dos alunos. Os quadros técnicos da secretaria disponibilizaram-se a fazer a discussão teórica dos conteúdos observados na vivência da rede.

Os alunos estão atualmente em atividade nas unidades básicas de saúde, onde está implantado o programa de saúde da família, no sistema de regulação de leitos e consultas de alta e média complexidade, no serviço municipal de urgência móvel pré-hospitalar, na rede de centros de atenção psicossocial. A perspectiva atual é de consolidar esta experiência, ampliando o campo de estágio para etapas anteriores do curso, a fim de contribuir para a implantação, na íntegra, de uma reforma curricular no curso de medicina.

Para efetivação dessa proposta, é fundamental a capacidade de mobilizar os recursos humanos da rede municipal de saúde e os docentes universitários em torno de um novo modelo de formação e de atenção à saúde. Os recursos necessários a essa mobilização são um estímulo ao pessoal da rede que se disponha a realizar a atividade docente-assistencial, e garantia de uma qualificação continuada desses quadros. Haverá necessidade de realização de atividades de capacitação conjunta entre quadros da universidade e da rede, com o fito de garantir uma apropriação mútua de concepções norteadoras do processo pedagógico e da atenção à saúde.

Além das atividades de educação permanente, o CEPS desenvolve atividades de educação em saúde e coordena um grupo de arte-educação com 20 agentes comunitários e 06 atores profissionais que mantêm seis espetáculos em apresentação contínua, já se tendo apresentado para mais de 5000 espectadores em unidades de saúde, escolas e outros ambientes sociais.

#### **4 - Gestão por objetos: a autopoiesis desejante dos sujeitos construtores de engrenagens e sistemas**

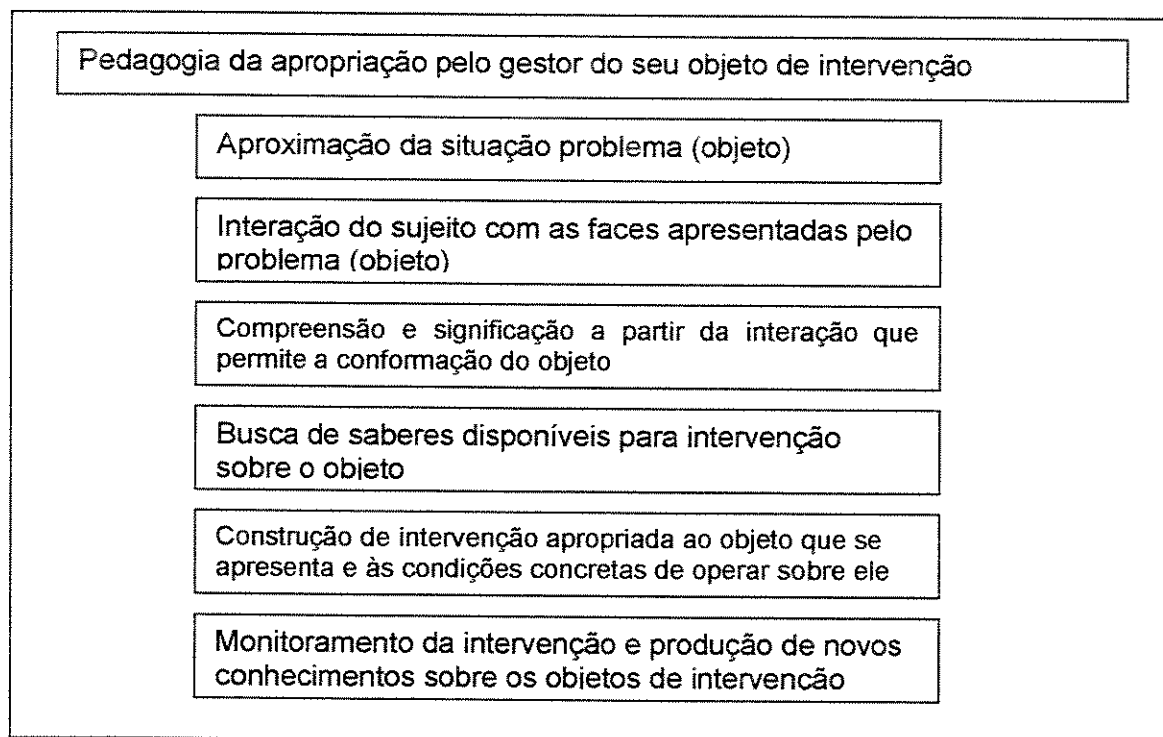
##### **4.1 - Modelo explicativo**

O coletivo dirigente da SMS vem de experiências colegiadas de direção em Centros Acadêmicos, na Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina, de participação em órgãos colegiados de elaboração e execução de políticas como a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação de Educação Médica (CINAEM), Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e todos herdeiros de uma tradição pró-redemocratização do país.

Não bastasse toda a influência do movimento estudantil, ingressamos em cursos de residência, cujos docentes formulavam sobre planejamento participativo, gestão colegiada, e alguns de nós até trabalharam ou estiveram juntos nesses processos de gestão, vivendo e incorporando determinados conceitos. Quando o tema é gestão, fomos influenciados por vários autores e colegas de trabalho do Laboratório de Planejamento e

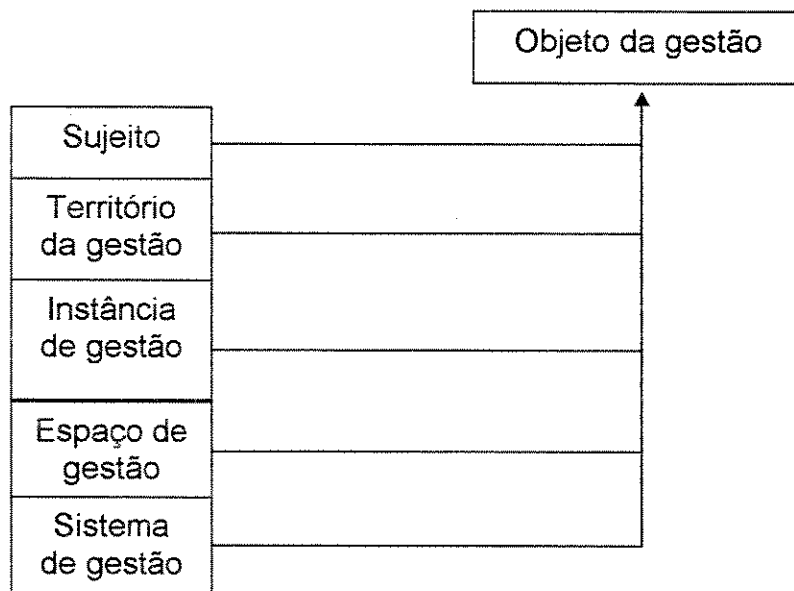
Administração do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (LAPA) da Unicamp: Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Emerson Elias Merhy, Wanderley Silva Bueno, Gastão Wagner Souza Campos, Adail Rollo, Márcia Aparecida Amaral, Maurício Chackour, através do convívio cotidiano no trabalho, das atividades pedagógicas e de suas publicações.

A intensa interação do nosso coletivo com os autores anteriormente citados e a militância, que noutra frente colocou-nos em contato com outros objetos, atores e autores no processo de avaliação do ensino médico brasileiro, protagonizado através da CINAEM, oportunizou a produção da pedagogia do Fator de Exposição (CINAEM, 2000). Trata-se de uma teoria pedagógica que propõe a exposição do sujeito/educando a recortes da realidade vivenciada - determinado campo da organização da vida com existência real, natureza própria e sempre em produção, para os quais podemos dispor de um conjunto de saberes e tecnologias -, a qual devemos compreender, significar e produzir no sujeito/educando a capacidade de formular sobre o “recorte/objeto”, agir produzindo impacto e legitimidade, e nesta interação ganhar autonomia ao conformar-se como sujeito epistêmico, social e político. Para cada fragmento da realidade (mosaico) que nos aproximamos das suas naturezas constituir-se-á numa visão de fragmentos componentes que nos acompanharão quando olharmos para outros objetos. Esta forma de se relacionar com a realidade permite-nos compor uma visão complexa, epistêmica e produtora de autonomia, uma vez que a familiaridade com conceitos, teorias, métodos e técnicas para abordar um objeto e a produção de conhecimento decorrente servem para abordagem de outros objetos.



**Figura 04** - Representação esquemática do modelo pedagógico.

A partir da aprendizagem cumulativa decorrente dessas experiências, esse coletivo propôs uma teoria para a gestão no Projeto Saúde Todo Dia. Esta teoria articula os conceitos de objeto da gestão, instâncias de direção, sujeito da gestão, território da gestão e de agenciamento do sujeito, e espaços de gestão. Acreditamos que estes são elementos substantivos e componentes da gestão, a partir dos quais é possível conformar arranjos institucionais capazes de produzir decisões colegiadas e execução participativa, sempre pautados em questões oriundas do espaço de produção social cuja natureza propicia o debate crítico sobre as coisas, incluindo os ruídos.



**Figura 05** - Representação esquemática do modelo teórico da gestão.

#### 4.1.1 - Sujeitos da gestão

Temos utilizado o conceito de “ator social” proposto por MATUS para nos referir ao sujeito da gestão (MATUS, 1996). Entendem-se aqui os sujeitos da gestão como atores sociais que atuam num determinado espaço de produção social (território), interagindo com outros sujeitos, disputando projetos, fazendo aliança, sempre na perspectiva de acumulação de poder para manter sua posição ou ampliar sua capacidade de produzir fatos que mudem a dinâmica social.

#### 4.1.2 - Objetos de gestão

Os objetos da gestão conformam-se através de recortes da realidade vivenciada, modos de ver e de delimitar um determinado campo da organização da vida, com existência real, natureza própria e sempre em produção, para os quais podemos dispor de um conjunto de saberes e tecnologias que nos permitem compreender, significar e intervir.

**Quadro 04** - Apresenta alguns objetos da gestão.

Objetos
Atenção Básica
Atenção Psicossocial
Atenção especializada de média e alta complexidade ambulatorial
Atenção a urgências e emergências
Atenção hospitalar
Atenção à saúde
Cuidado a grupos identificados como vulneráveis
Vigilância Sanitária
Pessoas
Sujeitos implicados
Redes sociais
Logística
Sistema de saúde

Os objetos apresentados no Quadro 04 representam as áreas de produção social de maior interação com os sujeitos da gestão da SMS.

#### 4.1.3 - Territórios de gestão

É o lugar onde se produz o ator social e de onde fala este ator, em função de uma inteligência maior situada nos centros motores da informação. A força desses núcleos vem de sua capacidade, maior ou menor, de receber informações de toda natureza, tratá-las, classificando-as, valorizando-as e hierarquizando-as antes de as redistribuir entre os mesmos pontos a seu próprio serviço (SANTOS, 2002). Nessa perspectiva, Merhy (1997, p.96) destaca os papéis agenciadores dos territórios na conformação dos sujeitos como forças instituintes de processos de resistência às mudanças ou de inovações.

Pode-se notar no âmbito da SMS a relação entre objeto-território, conforme disposto abaixo:

**Quadro 05** - Mostra os territórios correspondentes a alguns objetos

<b>Objetos</b>	<b>Territórios</b>
Atenção Básica	Equipes de saúde da família, serviços, rede, supervisão, outras instituições.
Atenção Psicossocial	Serviços, rede, outras instituições.
Atenção ambulatorial especializada de média e alta complexidade	Centros especializados, prestadores, organizações sindicais.
Atenção a urgências e emergências	Serviços, rede, outras instituições.
Atenção hospitalar	Serviços, estabelecimentos, organizações sindicais.
Atenção à saúde	Serviços, redes, conselhos, organizações sindicais, outras instituições e organismos.
Cuidado a grupos identificados como vulneráveis	Gestão de sistema e de atenção à saúde
Vigilância Sanitária	Gestão do Trabalho e Educação Permanente
Sistema de saúde	Gestão de sistema, regulação, controle e avaliação, órgãos de pactuação, conselhos, outros organismos e instituições.
Sujeitos implicados	Coordenações, gerências, centro de educação permanente, organizações sindicais, conselhos profissionais, outras instituições.
Pessoas	Coordenações, gerências, centro de educação permanente, organizações sindicais, conselhos profissionais, outras instituições.
Logística	Transporte, manutenção, suprimentos.
Redes sociais	Movimentos sociais, ONG, conselhos, sociedade.

Fonte: SMS, 2004.

O Quadro 05 constitui uma síntese desse olhar acerca da interação entre ator social e território e ao mesmo tempo um primeiro reflexo das decisões acerca das transformações em uma estrutura de serviço voltado para a atenção à população dentro do princípio da integralidade.



#### 4.1.4 - Instâncias de direção

As instâncias de direção são os lugares executivos da organização que concentram de forma heterogênea poder técnico, político, administrativo, organizacional e, em alguns casos, econômico. Numa secretaria com três níveis hierárquicos (secretário, coordenações e gerências), temos pelo menos três instâncias de direção e de mando, com poderes e autonomia relativos a cada nível.

**Quadro 06** - Mostra a correspondência das instâncias a alguns objetos.

<b>Objetos</b>	<b>Instâncias</b>
Atenção básica	Diretoria de saúde, coordenação da atenção básica, gerência de unidade.
Atenção psicossocial	Diretoria de saúde, coordenação da atenção básica, gerência de unidade.
Atenção ambulatorial especializada de média e alta complexidade	Diretoria de saúde, coordenação da atenção ambulatorial especializada, gerência de unidade.
Atenção a urgências e emergências	Diretoria de saúde, coordenação da atenção básica, gerência de unidade e NUCAAR.
Atenção hospitalar	NUCAAR, diretoria de saúde.
Atenção à saúde	Diretoria de saúde e NUCAAR.
Cuidado a grupos especiais	Núcleo de desenvolvimento de programa e diretoria de saúde.
Vigilância sanitária	Coordenação de vigilância sanitária.
Sistema de saúde	Diretoria de saúde e NUCAAR.
Sujeitos implicados	Centro de educação permanente, organizações sindicais, conselhos profissionais, outras instituições.
Logística	Coordenação de logística, diretoria de saúde, coordenação de redes, gerências.
Redes sociais	Conselhos, câmara, outros órgãos de representação.

Fonte: SMS, 2004.

#### 4.1.5 - Espaços de gestão

São colegiados de discussão, de produção e de tomada de decisão, lugar onde coletivamente os diversos sujeitos interagem para produzir compreensão, significado e construir as intervenções sob a forma de contratos, políticas, pactuação e processos de acordo com a natureza dos objetos em questão. Os espaços podem ser permanentes, mas também podem ser articulados sob demandas específicas. A secretaria executiva, grupos de trabalho específicos e o CEPS são exemplos de espaços de gestão.

**Quadro 07** - Mostra a correspondência de alguns espaços de gestão a objetos da gestão.

<b>Objetos</b>	<b>Espaços de gestão</b>
Atenção básica	Colegiado da rede de atenção básica e outros de acordo com a necessidade
Atenção psicossocial	Colegiado da rede de atenção psicossocial e outros de acordo com a necessidade
Atenção ambulatorial especializada de média e alta complexidade	Colegiado da rede de atenção especializada e outros de acordo com a necessidade
Atenção a urgências e emergências	Colegiado da rede de urgência e emergência e outros de acordo com a necessidade
Atenção hospitalar	Colegiado da rede de atenção hospitalar e outros de acordo com a necessidade
Atenção à saúde	Colegiado da rede de atenção à saúde / secretaria executiva da SMS e outros de acordo com a necessidade
Cuidado a grupos especiais	Colegiado do núcleo de desenvolvimento de programa, da diretoria de saúde e outros de acordo com a necessidade
Vigilância sanitária	Colegiado de gerentes da vigilância sanitária e outros de acordo com a necessidade
Sistema de saúde	Colegiado de direção do NUCAAR/ Secretaria executiva da SMS e outros de acordo com a necessidade
Sujeitos implicados	Centro de educação permanente, conselhos, outras instituições e outros de acordo com a necessidade
Pessoas	Secretaria executiva da SMS e outros de acordo com a necessidade
Logística	Colegiado de gerentes da logística, Secretaria executiva da SMS e outros de acordo com a necessidade
Redes sociais	Conselhos, câmara, outros órgãos de representação de acordo com a necessidade

Fonte: SMS, 2004.

## 4.2 - Sistema de gestão

Em Janeiro de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS) tinha estrutura organizacional composta por três diretorias: diretoria financeira e administrativa, diretoria de vigilância à saúde e diretoria de saúde. Cada uma delas subdividia em coordenações; cada coordenação em departamentos; os departamentos em divisões; as divisões em seções. Eram seis os níveis hierárquicos da secretaria: diretoria, coordenação; departamento; divisão, seção e Secretário Municipal de Saúde.

Em fevereiro de 2001, aprovamos a primeira reforma administrativa, inspirada no modelo de gestão colegiada experimentada pelo LAPA, no Hospital de Volta Redonda (RJ), na Santa Casa de Belém (PA), na Santa Casa de Limeira (SP) e noutras experiências. Ampliamos o número de coordenações e passamos de seis para três os níveis hierárquicos: secretário, coordenação e gerência. Esta estrutura de gestão da SMS permanece até hoje, com alterações decorrentes da incorporação de novas responsabilidades, como a habilitação do município à condição de gestão de sistema e de mudanças de comando sobre algumas áreas, a exemplo dos serviços ambulatoriais especializados que estavam sob a coordenação do Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação (NUCAAR), que passou para a diretoria de saúde.

Hoje, a SMS tem as seguintes coordenações: de gabinete do secretário; de finanças, de pessoal, do centro de educação permanente da saúde (CEPS); do NUCAAR, do núcleo de desenvolvimento de programas (NUDEP); de atenção à saúde; de vigilância sanitária; de tecnologia de informação; de logística e de comunicação. Poderíamos dizer que estas coordenações fazem a gestão da atenção à saúde e do sistema municipal de saúde, sendo que o NUCAAR tem seu foco na gestão de sistema. A diretoria de saúde direciona-se para à atenção à saúde; o NUDEP fica com as linhas de cuidado para grupos especiais, o CEPS se ocupa dos sujeitos e as outras, dos recursos e da logística de produção e de comunicação.

**Quadro 08 - Mostra sistema geral de gestão da SMS**

<b>Objetos</b>	<b>Sujeitos</b>	<b>Território</b>	<b>Instancias</b>	<b>Espaços</b>
Atenção à saúde	Prefeito Coordenadores Gerentes Trabalhadores Usuários Conselhos Políticos Comunicadores	Gestão Serviço Movimentos sociais Política	Gabinete do secretário Coordenação Gerência Conselhos Câmara Outros	Secretaria executiva da SMS Colegiado de gestão de redes Colegiado de coordenações Reuniões de equipes Conselhos Câmara Outros
Sistema de saúde	Prefeito Secretário Coordenadores Gerentes Trabalhadores Usuários Conselhos Políticos Comunicadores	Gestão Serviço Movimentos sociais Política	Ministério da Saúde SES Gabinete do secretário Coordenação do NUCAAR Gerência Conselhos CIB/CIT Câmara Outros	Conselhos COSEMS CIB/CIT Reuniões de equipes
Logística de produção e de suprimentos	Coordenadores Gerentes Trabalhadores Usuários	Gestão Serviço	Gabinete do secretário Coordenação Gerência	Secretaria executiva da SMS Colegiado de gerentes Reuniões de equipe
Sujeitos implicados	Todos que conformam a instituição interna e externamente	A sociedade	Coordenações Centro de educação permanente	Reuniões de equipe Atividades pedagógicas
Demandas de natureza política	Coordenadores Gerentes Lideranças Comunicadores Políticos Usuários	Política Gestão Poder Imprensa	Gabinete Secretário Coordenações Conselhos Outros	Câmara Sociedade Conselhos Colegiados vários

Fonte: SMS, 2004.

Cada coordenação ou fragmento da secretaria é ou pode ter um sistema de gestão. Basta para tanto ter objeto, sujeitos, instâncias, espaços de gestão e território definido.

#### 4.2.1 - Alguns objetos de gestão

A seguir apresentaremos de forma esquemática os objetos de gestão da diretoria de saúde, do NUCAAR, do NUDEP, do CEPS, da coordenação de finanças, de comunicação, de logística, de vigilância sanitária, de tecnologia de informação e de pessoal.

**Quadro 09 - Associa coordenação e objetos de gestão.**

<b>Coordenação</b>	<b>Objetos</b>
Diretoria de saúde	Atenção básica Atenção psicossocial Atenção ambulatorial especializada de média e alta complexidade Atenção a urgências e emergências Atenção hospitalar Gestão do cuidado Sujeitos implicados Logística Redes sociais Demandas de natureza política
NUCAAR	Sistema de saúde Gestão do cuidado Pactuação Equidade Universalidade Integralidade Efetividade Sujeitos implicados Demandas de natureza política
NUDEP	Gestão do cuidado de grupos vulneráveis Sujeitos implicados
CEPS	Sujeitos implicados como educandos Produção da SMS
Finanças	Gestão de contratos e convênios Fundo municipal de saúde Orçamento Finanças
Logística	Manutenção Suprimentos Transporte Segurança Serviços gerais Obras e engenharia
Tecnologia de informação	Comunicação Redes Sistemas
Comunicação	Informações técnicas e políticas de interesse público e de interesse da SMS e do Governo Mobilizações e eventos
Vigilância sanitária	Proteção à vida

Fonte: SMS, 2004.

#### 4.3 - A autopoiesis dos sujeitos desejantes construtores de engrenagens e sistemas

No decorrer da caminhada, logo percebemos que era impossível enquadrar o nosso modo de gerir num organograma ou em espaços formais de decisão, e que o espaço social onde se produz a vida institucional da SMS era muito mais rico e até certo ponto desorganizador da gestão.

Nenhum desenho resistia ao próprio crescimento e mudança da natureza das questões que se apresentavam cotidianamente. Era preciso chegar a uma nova formulação que articulasse algumas variáveis fundamentais na gestão: planejamento participativo ascendente, gestão colegiada, sujeitos da gestão, hierarquia, acumulação de poder, reprodução institucional, produção de conhecimento, objetos, produção de fatos que mantêm ou mudam a realidade, troca sistemática de experiências e visões sobre os objetos. Foi então que resolvemos assumir que formatos e estruturas podem gerar mais confusão do que ajudar.

Entendemos ser a gestão um processo que pode se auto-organizar de forma caótica com lógica interna presidida por seus componentes que geram a reprodução crescente da vida institucional de forma autopoietica e desejante, uma vez que parte dos componentes são sujeitos em produção e objetos postos e ou por eles definidos que também os conformam. Desta feita é previsível que algumas situações se repitam, tenham modos de compreensão e processamento de caráter mais permanente, mas é fato que situações ocorrerão poucas vezes ou uma só vez, e é preciso compreendê-las e processá-las.

A autopoiesis diz respeito a esse mecanismo de produção do si-mesmo, da identidade, da autonomia do ser vivo no espaço físico. Diferentemente do que acontece com os mecanismos produtivos das máquinas artificiais, esse mecanismo de criação deve funcionar continuamente, sob pena de desintegração. A regulação assume então papel fundamental na caracterização do ser autopoietico, vivo e autônomo. A noção de compreensão, que tinha sido banida em favor da noção de explicação, ressurge como importante para o entendimento dos assuntos humanos... a idéia de auto-organização supõe uma distinção entre uma unidade e seu meio, existindo entre esses dois elementos um certo grau de independência ou dependência relativa (RAIMUNDO, 1993, p.29 e 31).

Conseguimos, após várias tentativas de conformação de um desenho de estrutura e de modelo de gestão, chegar a alguns consensos sobre como fazer a gestão de centenas de processos, a qual envolve milhares de pessoas: 1. os atores da gestão se produzem em territórios onde há outros atores e alguns objetos que os conformam; 2. é necessária a interação de atores do mesmo território e desses com os demais territórios, em colegiados que denominamos espaços de gestão; 3. as instâncias de direção constituem-se como pólos executivos com poderes na sua abrangência; 4. uma mesma organização pode ter vários sistemas de gestão para cada fragmento com objeto definido, porém, não é o conjunto de sistemas de gestão que conforma o sistema de gestão da secretaria e sim o objeto da secretaria.

Concluimos que um modelo de gestão só se conforma a partir do substantivo; ou seja: dos e para os objetos da gestão. Portanto, os espaços de gestão não devem ser considerados sistemas de gestão, tampouco são suficientes para conformar teorias de gestão. No máximo define um modo de lidar com um objeto.

## **5 - Logística**

A introdução do conceito de logística na Secretária Municipal de Saúde (SMS) gerou muito estranhamento inicial pelo desconhecimento e pela falta de competências tecnológicas na área. Logística como área de produção assegura os meios – insumos, pessoas e infra-estrutura – adequados e disponíveis em tempo e no lugar onde se dá a produção em saúde. Por conseguinte, logística para nós quer dizer: transporte de pessoas e insumos no tempo certo e para o lugar de interseção do trabalhador com o usuário ou de produção de meios para a garantia da interseção. Enfim, manutenção física e de equipamentos, construção e adequação de estabelecimentos e suprimentos.

Criar a coordenação de logística e suas divisões proporcionou a incorporação de novos conceitos de organização de processos produtivos e a conformação de inteligência nesta área para a Secretaria. Propiciou a incorporação e a produção de várias tecnologias como: gestão de frota - com definição de equipamentos para cada tipo de natureza das



demandas -; manutenção preventiva de equipamentos, veículos e predial; desenvolvimento de editais de manutenção que permitiram a contratação de volume financeiro global, aumentando a capacidade de governo e a governabilidade do gestor (MATUS, 1996); gestão de suprimentos e o desenvolvimento de equipes especializadas nas áreas de suprimento, manutenção, transporte, engenharia civil e arquitetura. Hoje temos uma frota de 100 veículos, mais de 150 projetos de arquitetura e engenharia desenvolvidos, central de medicamentos e abastecimento montadas com controle de estoque informatizado, armazenamento e distribuição organizada e todos os equipamentos assistenciais em processo de padronização da sua estrutura física e funcional.

## **6 - Ampliação dos interlocutores**

Iniciar um processo gradativo de ruptura com a cultura instituída somente foi possível graças à ampliação dos interlocutores da saúde. Esta ampliação foi feita através da criação da ouvidoria e da constituição de 44 Conselhos Locais de Saúde, juntamente com os quais se definiu como seria feita a ampliação da rede e como se daria a implantação da nova modalidade de acesso aos serviços, o acolhimento. A grande articulação em torno de uma nova proposta de saúde para o município permitiu que a Conferência Municipal de Saúde (2001 e 2004) se efetivasse como fórum legítimo de formulação de política.

### **6.1 - Conselho Municipal e Conselhos Locais de Saúde**

A Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju conta com o Conselho Municipal de Saúde, legalmente constituído, criado pela Lei Complementar nº 13, de 30 de novembro de 1993, alterada pela Lei Complementar nº 18, de 18 de julho de 1995. Em 2001 a Câmara de vereadores de Aracaju aprovou a Lei que altera a composição do conselho, aumentando de 22 para 32 o número de conselheiros, nomeados através de decreto de 02 de maio de 2002 e cria os Conselhos Locais de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Aracaju dispõe de sede própria, conta com um secretário executivo, e é dotado de apoio logístico para seu funcionamento. Reúne-se ordinariamente uma vez ao mês e extraordinariamente quando necessário, decidindo sobre todas as questões relativas às ações e serviços de saúde, bem como realizando um efetivo controle na aplicação dos recursos destinados à saúde. Assim, o Conselho realiza a aprovação do orçamento anual da saúde e, mensalmente, o acompanhamento das contas do Fundo Municipal de Saúde.

A SMS apostou na constituição de Conselhos Locais de Saúde (CLS) representativos de cada comunidade e de sua unidade de saúde de referência. Conformados a partir da VI Conferência Municipal de Saúde (2001), cada CLS se apresenta como importante espaço de gestão da política municipal de saúde de Aracaju, em especial das definições referentes às suas comunidades. As equipes de supervisão da atenção básica têm, a partir da interlocução com os conselheiros locais, estabelecido pactos importantes para o processo de mudança e parcerias no enfrentamento dos problemas identificados ao longo da gestão da atenção básica.

Em 2004, deu-se a renovação do mandato, que é de dois anos, de 100% dos conselhos locais de saúde através das pré-conferências locais de saúde que antecederam a VII Conferência Municipal de Saúde. Atualmente, Aracaju conta com 44 conselhos locais de saúde, um para cada unidade de saúde da família, com composição paritária entre usuários (50%), trabalhadores, gestores e prestadores (50%).

Os Conselhos Locais de Saúde como co-gestores das unidades de saúde da família pressupõem o entendimento de que a gestão da política municipal de saúde deve contar com o envolvimento dos diversos atores sociais, a partir da constituição e o desenvolvimento de instâncias coletivas de gestão da saúde, com ampla participação das representações populares e dos trabalhadores, obtendo-se assim uma democratização das decisões.

No período compreendido entre 2002 e 2004, a diretoria do Conselho Municipal de Saúde esteve presente em todas as reuniões dos conselhos locais de saúde realizadas, o que possibilitou uma ação integrada junto à ouvidoria nesses locais.

O Conselho que no período de 1998 a 2002 foi presidido por um trabalhador de saúde, no período de 2002 a 2004 foi presidido por um prestador de serviço e agora nos próximos dois anos será presidido por um usuário.

## 6.2 - Conferências municipais

Nos dias 27 e 28 de julho de 2001, aconteceu a VI Conferência Municipal de Saúde, que desde a sua construção representou uma das mais ricas experiências de democracia e participação da população no Município.

Em 12 anos de Conferências no município de Aracaju, com certeza as pré-conferências de 2001 representaram um marco. A população aracajuana trilhou uma construção coletiva, partindo da realização de 41 pré-conferências no período de 04/05/2001 a 19/06/2001 nas unidades de saúde, mobilizando 2.246 usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores, elegendo 41 conselhos locais de saúde. Participaram como delegados na VI Conferência Municipal: 152 representantes de usuários, 76 representantes de trabalhadores de saúde e 76 representantes de gestores e prestadores de serviços de saúde.

O tema da VI Conferência foi Acolhimento e Garantia de Acesso no SUS, uma Construção de Todos. Este tema norteou as 150 resoluções finais sobre Modelo Assistencial, Gestão e Financiamento. As diretrizes do Modelo Assistencial foram referendadas na plenária final quando foi aprovada a viabilização de rede de unidades de saúde da família como porta de entrada, garantindo o acesso em função do risco, no momento oportuno, às tecnologias para se obter a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento no tempo ideal que o caso exige. As diretrizes para garantir este direito foram as seguintes:

- Acolhimento da demanda dos pacientes a partir de protocolos orientados por critérios de risco, com envolvimento da enfermagem e médicos, de modo que todo usuário tenha a sua queixa avaliada e qualificada;
- Constituição de equipes assistenciais com número adequado à demanda;

- Resolutividade diagnóstica e terapêutica máxima possível no nível local, de forma que o cidadão saia o mínimo possível de sua região;
- Consolidar o sistema de referência e de contra-referência, mediados por protocolos que garantam acesso e a utilização adequada do usuário aos serviços de saúde;
- Implantação de sistema de urgência e emergência, com transporte apropriado que articule, através de complexo regulador, com médico regulador, os serviços de saúde no momento e para o atendimento adequado às necessidades do usuário.

Em 2003, houve a Conferência Extraordinária de Saúde do Município de Aracaju que contou com a participação de mais de 300 delegados, observadores e convidados. O objetivo principal dessa conferência foi o de eleger os delegados para as Conferências Estadual e Nacional de Saúde e discutir as diretrizes da política de saúde para o Estado de Sergipe e para o Brasil.

No ano 2004 foi realizada a VII Conferência Municipal de Saúde com o tema: saúde todo dia - hoje e amanhã. A VII Conferência seguiu a mesma metodologia da VI Conferência. Foram realizadas 44 conferências locais de saúde com eleição dos conselheiros locais de saúde e dos delegados para participarem da etapa final da conferência e aprovação do planejamento de atividades para cada área de abrangência de cada unidade de saúde da família. Na etapa final foi aprovado o planejamento para todo o sistema de saúde para os dois próximos anos e realizada a eleição dos conselheiros municipais para os próximos dois anos. Ainda em 2004 foi realizada a eleição para a escolha da nova direção do Conselho Municipal de Saúde.

### 6.3 - Ouvidoria

Outro canal para interlocução da população com a saúde é a Ouvidoria. Esta foi implantada em maio de 2002, a partir de projeto financiado pelo Ministério da Saúde através do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS)<sup>13</sup>. Tal serviço tem por objetivo ampliar os canais de comunicação direta entre a administração pública de saúde e a população, expandindo a capacidade do cidadão no pleno exercício da cidadania de participar na fiscalização e avaliação, contribuindo para o aprimoramento da organização e funcionamento dos serviços de saúde, tendo por base o humanismo e os princípios éticos. Após sua implantação foi possível perceber o impacto, os acertos e os problemas ainda existentes no sistema.

A modificação da natureza das queixas atesta a efetividade do acesso a partir da ampliação da rede de saúde da família. De queixas sobre as filas, as reclamações passaram a versar sobre a qualidade dos serviços, do atendimento e a dificuldade de acesso às especialidades. Esta última já apresenta modificações em sua frequência e qualidade. Neste sentido, a Ouvidoria contribuiu significativamente para a melhoria da gestão dos serviços de saúde e conseqüentemente da assistência à saúde prestada à população.

---

<sup>13</sup> Conforme disposto no site, o REFORSUS foi “Instituído no final de 1996, por meio de um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD) - no valor de US\$ 577 milhões. Ele investe na recuperação da rede física de saúde do País, que presta serviços ao SUS, mediante a compra de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde (Componente I) e, também, em projetos para a melhoria da gestão do sistema de saúde nacional (Componente II)”. Disponível em [http://www.reforsus.saude.gov.br/pag\\_reforsus.asp](http://www.reforsus.saude.gov.br/pag_reforsus.asp). Acesso em 18 out. 2004.

***CAPÍTULO IV - RESULTADOS DA INTERAÇÃO  
DOS SUJEITOS COM O ESPAÇO DE  
PRODUÇÃO SOCIAL:  
A CONFORMAÇÃO DE REDES ASSISTENCIAIS  
E DE SISTEMA DE SAÚDE***



Nos capítulos anteriores procuramos descrever a implicação do coletivo gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju na construção, implantação e implementação do projeto Saúde Todo Dia. Configuramos o cenário, o projeto e seus objetos. Aqui apresentaremos o produto de nossa ação. É importante salientar que este produto se conformou na interação destes elementos, desde sua definição até a transformação dos sujeitos participantes da força-tarefa em produtores do conhecimento.

Existiram vários objetos, dentre os quais, um se conformou com maior precisão num primeiro momento, o espaço de produção da política de saúde de Aracaju-SE, onde e como o Projeto Saúde Todo Dia deveria operar nesta máquina de produção social. A forma como nos apropriamos e nos conformamos como sujeito da política foi apresentada no capítulo I.

O esquema teórico-metodológico para operar uma política (ambiente) produtora de saúde como um direito de cidadania, segundo elemento a se conformar, encontra-se descrito no capítulo anterior – modelo tecno-assistencial, pedagogia (educação permanente) e a teoria para compreender a gestão.

É importante salientar que o sujeito político, social e epistêmico da implantação e implementação do Projeto Saúde Todo Dia foi-se configurando na interação com o objeto e com outros atores sociais. A relação com os outros atores sociais estava sempre entremeada por um foco de interesse, um objeto, que nos permitia quase sempre construir em conjunto com os interlocutores a compreensão e a produção de significados e sentidos sobre esses objetos, que propiciavam alianças. E assim, sobre um objeto em conformação, conformamo-nos como sujeito. À medida que a realidade se nos apresentava, íamos agindo sobre ela, interagindo, interrogando, escutando o que vinha de fora, somando para dentro.

A seguir, apresentaremos as redes assistenciais e o sistema de saúde de Aracaju com as suas transformações decorrentes da implantação e implementação do projeto Saúde Todo Dia no município, no período em análise.



## 1 - Redes assistenciais

Estamos chamando de infra-estrutura tudo aquilo que pode ser considerado como capacidade física de produção, aqui representado por: equipamentos assistenciais próprios, em co-gestão, contratados e as redes assistenciais – o *hardware* da saúde de Aracaju. Apresentaremos dados de capacidade instalada de 2000, 2001, 2003 e 2004<sup>1</sup>, a fim de que seja possível visualizar as mudanças.

### 1.1 - Rede de unidades de saúde da família

A atenção básica era o único conjunto de serviços de saúde sob gestão municipal em janeiro de 2001 no município de Aracaju. Além das 37 Unidades Básicas de Saúde e 04 Postos de Saúde (PS), agregavam-se mais 05 Unidades de Pronto-Atendimento Ambulatorial, compondo assim toda a rede de equipamentos assistenciais de saúde sob gestão municipal.

Além disso, Aracaju possuía o Programa Saúde da Família (PSF) com 48 equipes implantadas e distribuídas em 22 unidades de saúde da rede municipal com uma cobertura em torno de 32% da população.

**Tabela 08** - Descrição do programa de saúde da família em Aracaju no ano 2000.

Situação	2000
População estimada IBGE	461.534
Nº de equipes	48
Famílias cadastradas	35.693
População cadastrada	146.341
% de cobertura (3.450 pessoas/ ESF)	35,88
% da população cadastrada	31,70
Nº de US com PSF	21

Fonte: Sistema de informação da atenção básica de Aracaju (SIMIS/SIAB), 2001.

<sup>1</sup> Para fazer a descrição das redes utilizei as seguintes fontes: Projeto de Qualificação do SUS-Aracaju. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004; Projeto de Qualificação do SUS-Aracaju. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004; Relatório de Gestão 2003. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004; Relatório de Gestão 2004. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

A oferta de serviços era insuficiente para a demanda do município. Bairros como Santa Maria, América, Novo Paraíso e Coqueiral, com mais de 95% da população dependentes do SUS, tinham capacidade instalada de serviços para dar cobertura a apenas 40% da clientela aracajuana. A insuficiência de oferta no município como um todo era de aproximadamente 50%. As unidades de saúde da família não dispunham de salas de espera humanizadas, salas de reuniões para grupos, de acesso para deficientes físicos, seu padrão estrutural e funcional era impróprio para a realização de diversos procedimentos da atenção básica, também não dispunham de manutenção preventiva e toda a rede estava sucutada.

Após avaliação das condições sanitárias e funcionais de cada unidade básica, realizada com o auxílio do Manual de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2000), e avaliação da relação oferta/demanda, cujo parâmetro foi extraído do pacto da atenção básica que estabelecia número mínimo de consultas habitantes/ano, definimos o plano inicial de investimento com construções, reformas, ampliações e número de equipes de saúde da família (ESF) a serem implantadas. A ampliação da rede de serviços básicos se deu a partir da implantação de equipes de saúde da família (ESF). Aracaju passou a ter 44 unidades de saúde da família e 120 ESF, perfazendo uma cobertura de 85% da população. Todas as unidades construídas ou reformadas incorporaram as seguintes características:

- Ambiente confortável e acolhedor;
- Espaço amplo de recepção da clientela, com sala de espera ampla e com televisão;
- Investimento em sinalização com o objetivo de comunicar aos usuários locais os serviços oferecidos pela unidade de saúde da família;
- Humanização dos consultórios, salas de vacina e outros;
- Sala de reunião para facilitar a interação entre profissionais, usuários e gestores;
- Sala de observação para usuários em situações de urgência e que requerem acompanhamento temporário;

- Adequado sistema de esterilização e de depósito de resíduos, conforme normas da vigilância sanitária;
- Gabinete odontológico estilo “roseta”, associando otimização do espaço com conforto, divisão do trabalho e eficiência;
- Divisão do espaço físico em área de fluxo rápido representada;
- Espaços distintos para procedimentos, em geral de consumo rápido, e para atendimento individual, facilitando os fluxos da unidade e o acesso dos usuários aos serviços;
- Condições de acessibilidade para deficientes físicos;
- Padrão de cores e comunicação visual;
- Rede lógica em todos os consultórios para operar o sistema cartão nacional de saúde e possibilitar a realização do agendamento de consultas e exames durante o atendimento individual.

Aracaju ampliou a cobertura do programa de saúde da família de 29,5%, em 2001, para 85% (dado oficial do Ministério da Saúde) em 2004.

**Tabela 09** - Mostra o número e a cobertura das equipes de saúde da família por ano.

Ano	Equipes de saúde da família Implantadas	Percentual de cobertura
2001	48 ESF	29,5%
2003	89 ESF	64,0%
2004	120 ESF	85,0%

Fonte: Sistema municipal de informação em saúde de Aracaju (SIMIS/SIAB), 2004.

A consolidação da rede de unidades de saúde da família encontra-se em fase final de adequação física aos conceitos de ambiência do modelo técnico-assistencial Saúde Todo Dia (2000).

**Quadro 10** - Mostra as unidades de saúde da família de Aracaju que estão em processo de execução de obras nos anos de 2004 e 2005 e fonte de financiamento.

USF	Região	Tipo	Financiamento
USF Niceu Dantas	I	Ampliação	Prefeitura Municipal de Aracaju
USF Elizabeth Pita	I	Ampliação	Prefeitura Municipal de Aracaju
USF Amélia Leite	II	Ampliação	Prefeitura Municipal de Aracaju
USF Quintiliano	III	Ampliação	Prefeitura Municipal de Aracaju
USF Dona Jovem	III	Ampliação	PROESF
USF Carlos Hardman	IV	Construção	Prefeitura Municipal de Aracaju
USF Dona Sinhazinha	II	Ampliação	PROESF
USF Cândida Alves	III	Ampliação	Prefeitura Municipal de Aracaju
USF José Machado de Souza	IV	Ampliação	PROESF
USF Augusto Franco (Farolandia)	I	Construção	Ministério da Saúde
USF Getúlio Vargas	III	Construção	Ministério da Saúde
U.S. Robalo	I	Construção	Ministério da Saúde

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS), 2004.

A organização de serviços básicos a partir de equipes de saúde da família e de equipes de saúde da família ampliadas – modalidade de equipe de saúde da família que pode incorporar, além do médico generalista, o clínico, o pediatra e o obstetra ginecologista, profissionais existentes na rede básica que não se dispuseram a trabalhar como generalistas – toda população de Aracaju estará adstrita a uma unidade de saúde e adscrita a uma equipe, conformando uma rede de saúde da família pronta para acolher os usuários. As equipes ampliadas demandaram a organização de um novo arranjo de processo de trabalho e assim foram implantadas vinte e uma equipes ampliadas de Saúde da Família, podendo ser mais uma experiência acumulada para discussão de novas modelagens para a estratégia de saúde da família.

Os dados revelam que Aracaju tem 120 equipes atualmente implantadas, significando 85% de cobertura, superando, portanto, as expectativas do PROESF de 70% de cobertura da população. A proposta é de ampliar para 93% a cobertura do programa em Aracaju. Considerando que o SUS dependência do município de Aracaju está em torno de 85%, pode-se afirmar que teremos em torno de 100% da população que dependem do Sistema Único de Saúde assistidas e sabendo quem são os profissionais que cuidam de sua saúde.

**Tabela 10** - Mostra a proposta de ampliação das equipes de saúde da família para 2004 e população IBGE e dependentes do SUS no ano 2004.

<b>Equipes implantadas</b>	<b>Equipes previstas</b>	<b>População IBGE 2004</b>	<b>SUS - dependência em Aracaju</b>	<b>População IBGE SUS dependente</b>
120 ESF	130 ESF	485.531 hab.	85%	412.701 hab.

Fontes: DATASUS, IBGE e SIAB, 2004.

**Tabela 11** - Mostra o percentual de cobertura da população IBGE e dependentes do SUS previsto para o ano 2004.

<b>Equipes previstas</b>	<b>Média de pessoas assistidas por equipe</b>	<b>Total de pessoas assistidas</b>	<b>População IBGE 2004</b>	<b>% de cobertura IBGE</b>	<b>% de cobertura da população SUS dependente</b>
130 ESF	3450 pessoas	448.500 habitantes	485.531 hab	93%	109%*

Fontes: IBGE, DATASUS e SIAB.

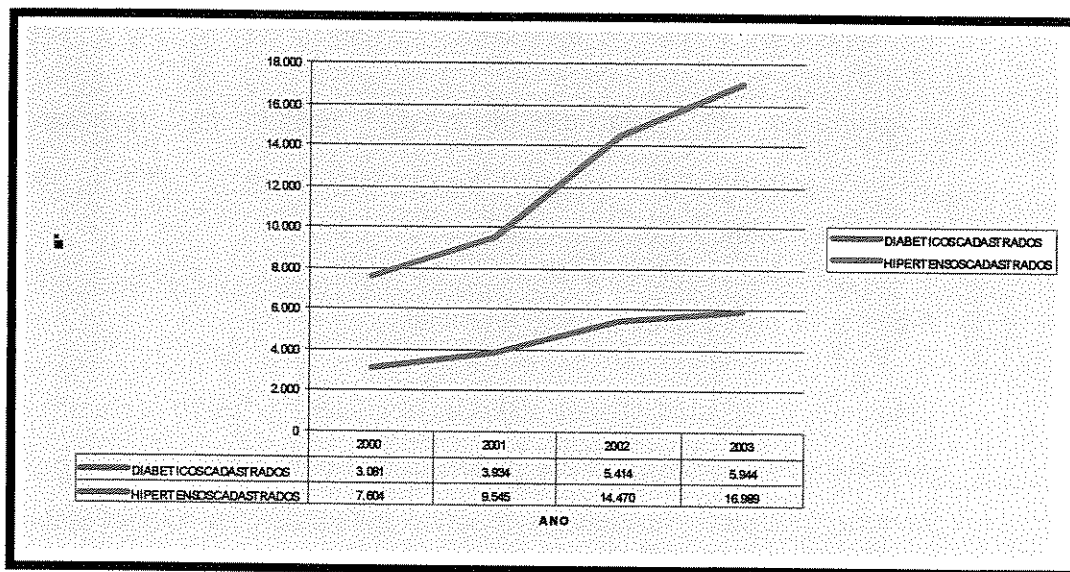
Considerando que a SUS dependência sofre variações por bairro e levando-se em conta a expansão e os assentamentos subnormais não computados pelo senso, a cobertura de 109% da população que dependem do SUS e 93% de toda a população está de acordo com a previsão de cobertura para Aracaju.

Para a implantação das diretrizes do modelo técnico-assistencial na rede de unidades de saúde da família, foram utilizados os seguintes dispositivos:

- Implantação do acolhimento como tecnologia de garantia de acesso com equidade e de organização do processo de trabalho das equipes de saúde;
- Organização das estações produtivas: acolhimento, procedimentos, acolhimento de risco no território, atendimento individual, gestão e monitoramento e ações programáticas;
- Equipes de referência e o apoio matricial;
- Implantação de adscrição em todas as unidades, inclusive nas unidades que tinham equipes compostas por pediatras, obstetras ginecologistas e clínicos, as quais batizamos de unidades de saúde da família com equipes ampliadas;
- A implantação de gerência em todas as unidades de saúde;
- Implantação dos conselhos locais de saúde como co-gestores das unidades de saúde da família;
- Divisão da Cidade em quatro regiões geográficas de referência para a coordenação da rede de saúde da família. Cada região e seu conjunto de unidades básicas de saúde ficam sob responsabilidade de uma equipe de supervisão composta por coordenador e supervisores.

O acolhimento, cuja implantação iniciou-se em 2001, foi um dispositivo utilizado para garantir acesso com equidade, eliminar as filas desumanas e excludentes das madrugadas, promover o debate sobre as agendas dos profissionais de saúde, e um dispositivo para demandar a explicitação e disponibilização das diferentes ofertas existentes nas unidades: ações programáticas, atendimento individual, procedimentos, ações coletivas no território, entre outros. Neste sentido, a implantação do acolhimento se apresentou como um importante dispositivo de reorganização do processo de trabalho dentro das unidades de saúde da família. Atualmente, o acolhimento encontra-se implantado em 100% da rede de

unidades de saúde da família com aceitação da comunidade e participação efetiva dos profissionais, sendo mais do que um dispositivo ou diretriz de modelo, um saber tecnológico da prática diária do cuidado em saúde.



Fonte: SIAB/SMS, 2003.

**Gráfico 1** - Pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados pelas equipes de saúde da família. Aracaju (SE), 2000-2003

A ampliação da rede, o aumento do número de ESF por unidade de saúde e o refinamento das ações de monitoramento e de gestão na atenção básica vem melhorando o acompanhamento de grupos de risco, como mostra o Gráfico 1.

A complexidade das unidades de saúde da família com o atendimento de demanda espontânea no acolhimento nos levaram à reflexão sobre a necessidade da inserção de um novo ator em cada unidade de saúde com ESF, capaz de realizar de forma regular a gestão do cotidiano. Foram contratados gerentes para cada uma das 44 unidades de saúde da família do município. A seleção e capacitação continuada de cada um dos novos gerentes vêm conformando um novo perfil de profissional, com ferramentas para a gestão do modelo Saúde Todo Dia.

A implantação das gerências nas unidades de saúde da família, as quais haviam sido extintas, com a implantação das equipes de saúde da família (ESF), qualificou a interação da direção da Secretaria com as equipes. Para promover uma maior participação com responsabilização de todos os profissionais da equipe nos processos decisórios nas unidades de saúde da família foi proposta a criação dos colegiados gestores das unidades, formados pelos profissionais de saúde e representantes do conselho local de saúde com função de realizar divisão de tarefas inerentes ao funcionamento dessas unidades, o processamento dos problemas gerenciais e decisões seguindo o conceito de gestão compartilhada. Esses colegiados passaram a receber apoio das equipes de supervisão de cada uma das quatro regiões de saúde de Aracaju.

As equipes de referência e de apoio matricial foram implantadas na atenção básica espelhada nas experiências bem sucedidas em outros municípios de apoio matricial na saúde mental, com o objetivo de discutir e acompanhar juntamente com os profissionais das ESF as diversas situações-problema que surgem no dia-a-dia da clínica, mas que podem ter uma complexidade maior do que a capacidade resolutive da equipe.

A implantação das equipes de referência e de apoio matricial objetiva a abordagem do problema do usuário pelo apoiador na própria unidade de saúde ou no caso da gineco-obstetrícia, em uma unidade regionalizada, mantendo o vínculo com a equipe de saúde da família, ao mesmo tempo em que capacita o profissional generalista em ato, possibilitando-lhe a este o prosseguimento do usuário ou a abordagem de casos semelhantes. Este dispositivo melhora o desempenho e a resolutividade do profissional generalista na rede de saúde da família. O projeto de apoio matricial contempla inicialmente as áreas de saúde mental, saúde da mulher (ginecologia/obstetrícia) e saúde da criança (pediatria) e está em processo de implantação na rede de saúde da família.

A integração da vigilância epidemiológica com a atenção à saúde vem-se dando através da ação programática, do acolhimento de risco no território e das ações coletivas de prevenção e promoção à saúde desenvolvidas nas unidades de produção do cuidado dos estabelecimentos de saúde das redes assistenciais. Esta integração está promovendo a integração das atividades dos agentes da dengue e dos agentes comunitários de saúde (ACS), que passaram a usar a denominação de agentes comunitários de saúde e



desenvolveram atividades de identificação de agravos notificáveis e de riscos sociais, ambientais e de saúde no território.

Um dos resultados já percebidos com a estruturação da rede de saúde da família é a satisfação do usuário, através da redução das queixas nos meios de comunicação e na ouvidoria. A modificação da natureza dessas queixas, outrora centradas na dificuldade de acesso (filas), passa a versar sobre a qualidade no atendimento e acesso a serviços ambulatoriais especializados, apesar do investimento crescente nesta área, mas havendo de considerar a cultura procedimento-centrada ainda existente entre profissionais e usuários, a qual tem como consequência direta a sobrecarga do sistema.

**Tabela 12** – Distribuição das solicitações ao serviço de ouvidoria, por assunto demandado, 2004.

<b>Assunto demandado</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Trabalhador	881	41,83
Marcação de exames	889	42,21
Estrutura física	172	8,16
Vigilância Sanitária	19	0,90
Dengue	5	0,23
Medicamentos	120	5,69
Zoonoses	4	0,18
Ambulâncias (SAMU)	16	0,80
<b>Total</b>	<b>2106</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Ouvidoria; SMS, 2004.

A Tabela 12 ilustra a situação atual em que o sistema se encontra, em parte devido aos investimentos efetuados ao longo do período de 2001 a 2004, permitindo uma melhoria de 27% nos serviços ambulatoriais especializados, embora esse acréscimo ainda seja insuficiente para atender à demanda, o que justifica a necessidade de mais recursos para o aperfeiçoamento do sistema e adequação as reais necessidades da população assistida pelos serviços do SUS Aracaju.

O número acentuado de reclamações acerca dos itens Trabalhadores e Marcação de Consultas, deve-se em parte, no caso do primeiro, por um processo de adequação e acomodação que ainda se opera devido ao fato de o sistema ser muito recente e o segundo, observa uma relação direta entre o fato de o governo federal ter aumentado a tabela, o que permite aumentar a possibilidade de compra no caso dos exames especializados sem o devido aumento do quantitativo.

Observa-se também que os serviços novos, como o SAMU, mantêm uma média muito baixa de insatisfação e reclamações, o que diverge dos demais serviços que não tiveram um aporte financeiro capaz de levar a resolução dos aspectos nodais.

**Tabela 13** - Comparação segundo grupos de procedimento de atenção básica/anos 2003 e 2004.

<b>GRUPO</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>INCREMENTO</b>
Ações Enfermagem/Outros Prof de Saúde Nível Médio	1.991.743	2.020.279	1,4
Ações Médicas Básicas	717.051	941.491	31,3
Ações Básicas em Odontologia	517.104	629.047	21,6
Ações Executadas p/ Outros Prof. Nível Superior	486.870	760.087	56,1
Procedimentos Básicos em Vigilância Sanitária	20.357	23.827	17,0
<b>Total</b>	<b>3.358.369</b>	<b>4.374.731</b>	<b>30,3</b>

Fonte: NUCAAR/SMS, 2005.

## 1.2 - Rede de atenção psicossocial

No início de 2001, Aracaju possuía como equipamentos de saúde mental disponíveis: 02 clínicas psiquiátricas conveniadas, com 199 leitos de internação em cada; 01 serviço de emergência psiquiátrica manicomial isolado, funcionando como a porta de entrada para os demais serviços de saúde mental; 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I gerenciado por uma organização não-governamental (ONG) e 01 ambulatório de referência em Saúde Mental para todo o Estado que tinha demanda maior

do que a oferta, gerando filas para consultas de psiquiatria de três a seis meses de espera realidade bastante distante dos preceitos da reforma psiquiátrica. Aracaju tinha cerca de 20% dos leitos cadastrados no SUS para internação psiquiátrica, e o alcoolismo era responsável por cerca de 60% das internações.

A aposta de implantar uma rede de atenção psicossocial substitutiva nos moldes da reforma psiquiátrica tem como objetivo reverter o quadro de exclusão e de abandono existente entre os portadores de transtornos mentais ao longo de décadas. Tendo como referencial o modelo técnico-assistencial Saúde Todo Dia, a conformação desta rede em Aracaju tomou como objeto o conjunto de necessidades de saúde da população, atendendo às seguintes diretrizes:

- Ampliar o acesso a serviços substitutivos em saúde mental através da implantação de CAPS – Centros de Atenção Psicossocial para portadores de transtornos mentais severos e/ou egressos de internações psiquiátricas com a perspectiva de redução do número de internações no município de Aracaju;
- A rede de atenção psicossocial deve conter equipamentos próprios, com conexão com as demais redes, de forma complementar ou sendo retaguarda para o Sistema;
- Deve atender a todos os usuários de forma adstrita, sendo, entretanto, todo usuário acolhido em qualquer ponto do sistema, sua necessidade compreendida e significada, e definida uma intervenção que busque integralidade, resolutividade e autonomia do usuário;
- A atenção básica, portanto, tem um papel estratégico neste contexto incorporando uma competência para acolhimento e captação de clientela, identificação e estratificação do risco e intervenção de forma articulada com a rede de atenção psicossocial;
- Toda intervenção em saúde deve ser geradora de autonomia do usuário no lidar com a sua vida, mas também deve produzir vínculo, responsabilização por parte dos profissionais de saúde e inclusão social;
- A prática clínica deve ser cada vez menos medicalizada e mais centrada no cuidado em saúde.

Partindo dessas diretrizes, a estratégia adotada foi definir um desenho de rede capaz de incorporar um conjunto de equipamentos que se articulam para atender a todos os usuários com transtornos mentais e/ou egressos de internações psiquiátricas. O desenho final da rede de atenção psicossocial em Aracaju para atender às necessidades de saúde dos usuários nesta área é o seguinte:

- Dois CAPS tipo III, um na região norte e outro na região sul;
- Um CAPS tipo II;
- Um CAPS da infância e adolescência;
- Um CAPS para dependentes químicos;
- Um serviço de emergência em hospital geral;
- Leitos de psiquiatria em Hospital Universitário;
- Apoio matricial em saúde mental na rede de saúde da família;
- Residências terapêuticas;
- Implantação do programa De Volta para Casa;
- Outros equipamentos conveniados que apóiam e complementam a rede.

A implantação de Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) foi um importante dispositivo de transformação do modelo manicomial de assistência psiquiátrica de Sergipe e da cidade de Aracaju, por configurar uma rede distribuída no território, funcionando como porta de entrada, acolhendo usuários em situação de crise, responsabilizando-se pelo cuidado ou referenciando de acordo com a distribuição territorial para outros CAPS ou, ainda, sendo o usuário de outro município encaminhado para prosseguimento ao seu cuidado no seu município de origem.

Após implantação dos quatro CAPS, dois CAPS III, um CAPS para dependentes químicos e um CAPS infantil – que atende à demanda de crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes e dependência de drogas –,

consolidou-se o processo de implementação da rede de atenção psicossocial. A cidade foi dividida em três territórios centrados no número de unidades de saúde da família e na população atendida. Cada território conta com um centro de atenção psicossocial (CAPS), como referência em saúde mental.

Os CAPS III Liberdade e David Capistrano Filho, com funcionamento 24 horas, têm o papel fundamental de regular a porta de entrada da rede de atenção psicossocial. Acolhem os usuários de toda a cidade em situações de crise, oferecem acolhimento noturno, oficinas de crise, oficinas de criação, grupos operativos, atendimento individual, além de serem referência para o apoio matricial.

O CAPS AD (álcool e drogas) dá cobertura a toda a cidade de Aracaju e têm-se realizado parcerias, visando ampliar a oferta de cursos e oficinas profissionalizantes. Esse Centro conta com equipe multiprofissional formada por professor de educação física, psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeira entre outros. Já conta com cerca de 190 usuários cadastrados e pretende-se que tenha funcionamento aos fins de semana, durante o dia, complementado por um abrigo a ser negociado com a Secretaria de Assistência Social.

**Quadro 11** - Mostra a distribuição dos centros de atenção psicossocial próprios do Município de Aracaju.

<b>Público-alvo</b>	<b>Equipamento assistencial de saúde</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Nº de usuários cadastrados</b>
Usuários com transtornos mentais severos e/ou egressos de internações psiquiátricas	CAPS III Liberdade	Maior de 15 anos	200
	CAPS III David Capistrano Filho	Maior de 15 anos	200
	CAPS da Infância e da Adolescência	Menor de 15 anos	Inaugurado em abril 2004
Usuários e/ou dependentes de álcool e outras drogas	CAPS AD Primavera	Maior de 15 anos	190
Usuários e/ou dependentes químicos e portadores de transtornos mentais severos	CAPS da Infância e da Adolescência	Menor de 15 anos	Toda a população infantil e adolescente
Centro de Convivência do Adolescente	Convênio com UNICEF e Secretaria Estadual de Saúde	Adolescentes	300
Crianças e adolescentes referenciadas	Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente		100

Fonte: DISA/SMS, 2004.

**Quadro 12** - Mostra a distribuição de serviços contratados e conveniados na composição da rede de atenção psicossocial do Município de Aracaju.

<b>Equipamento Assistencial de Saúde</b>	<b>Instituição contratada ou conveniada</b>	<b>Público-Alvo</b>	<b>Nº de usuários cadastrados</b>
Leitos de Psiquiatria em hospital geral	Hospital Universitário	População de Aracaju	10 leitos
Leitos Psiquiátricos	Clínicas conveniadas	População encaminhada pelo CAPS III procedente de outros municípios	120 leitos
Emergência Psiquiátrica em hospital geral	Hospital São José	População de Aracaju e interior	16 leitos
Rede do Cuidado Integral à Criança e Adolescente	AMAS, APAE, APADA	Criança e Adolescente	Mais de 300 usuários cadastrados
CAPS I Artur Bispo do Rosário	Co-gestão com ONG	Usuários com transtornos mentais severos e/ou egressos de internações psiquiátricas, maior de 15 anos	165

Fonte: NUCAAR/SMS, 2004.

Os CAPS assumiram a tarefa de fazer apoio matricial e referências regionais à rede de unidades de saúde da família. Definem-se como apoio Matricial “a oferta de conhecimentos, saberes, propostas de ações, práticas conjuntas nas quais profissionais de categorias diferentes estão envolvidos com a construção dos projetos terapêuticos individuais”. O apoio matricial visa ainda identificar os recursos terapêuticos existentes no território, os grupos de terapia comunitária, as associações de bairro, os grupos de ajuda, as cooperativas e qualquer outra oferta possível a fim de incluir usuários e gerar autonomia.

O apoio matricial em saúde mental à rede de saúde da família para usuários com transtornos mentais leves se constitui em dispositivo utilizado para implantação do modelo e funciona de forma que cada equipe matricial assume cerca de nove Equipes de

Saúde da Família, a fim de realizar a troca de saberes e possibilitar a ampliação da prática clínica, que leva em conta o território e seus recursos, onde o profissional e usuário interagem numa relação pautada no cuidado em saúde. Foi implantado em cerca de 50% da rede de saúde da família e deverá ter sua abrangência ampliada a toda a rede. Enquanto isso não ocorre, está funcionando a referência ambulatorial em saúde mental com o objetivo de reforçar o apoio matricial oferecido pelos CAPS. Foram lotados profissionais de saúde mental (psiquiatras e psicólogos) em três unidades de saúde da família: na 2ª, 3ª e 4ª Regiões. A 1ª Região, por já contar com um apoio matricial implantado para todas as unidades de saúde da família, não dispõe de referência ambulatorial.

As referências ambulatoriais regionalizadas funcionam como retaguarda para os usuários com transtornos mentais moderados que não necessitam de CAPS numa nova concepção, não mais de pirâmide assistencial, mas sim de base circular, construindo rotas ou linhas de produção do cuidado que transcendem a visão hierarquizada de sistema.

A aposta feita em CAPS, tipo III, articulado a uma rede de atenção psicossocial, como a citada anteriormente, já foi responsável pela redução dos leitos psiquiátricos em 20% e com o papel regulador deste equipamento, possibilitará até o final de 2005 a redução significativa dos leitos psiquiátricos de Aracaju, o que vai impactar na política de saúde mental do município. Por fim, para consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e qualificação do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde em Aracaju, tornam-se prioridades as seguintes iniciativas, já em andamento:

- Transformação do CAPS Artur Bispo do Rosário em CAPS tipo II;
- Implantar o programa De Volta para Casa;
- Criar residências terapêuticas.



### 1.3 - Rede de urgência e emergência

Na área de urgências e emergências, o atendimento era realizado pelas 05 (cinco) unidades de Pronto-Atendimento Ambulatorial (PA) com apoio de uma central de ambulâncias que contava com 08 veículos para realizar o transporte de usuários. A central de ambulâncias, no ano de 2000, realizou 13.215 remoções - de residências para os hospitais, unidades de saúde para hospitais, residências para unidades de saúde, unidades de saúde para residências, hospitais para hospitais, além de transporte de pacientes de fisioterapia e hemodiálise cadastrados -. Estes serviços tinham baixa incorporação tecnológica e baixa resolutividade; a decisão de ter ou não acesso aos serviços era da telefonista.

Até a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Aracaju, em julho de 2002, não havia discussão sobre Rede de Urgência e Emergência. Havia estabelecimentos que funcionavam de forma desarticulada, sem papéis definidos e com a quase totalidade da demanda atendida, espontaneamente. O atendimento às urgências era realizado pelas unidades de PA, serviços de baixa incorporação tecnológica e resolutividade.

A implantação do SAMU, este originalmente batizado de Serviço Municipal de Atendimento de Urgência, composto pelo serviço pré-hospitalar móvel e por 05 PAs, 04 gerais e 01 psiquiátrico - pré-hospitalar fixo, fez nascer em Aracaju o conceito de rede de atendimento às urgências e emergências. Além dos estabelecimentos que conformavam o SAMU-Aracaju, contávamos com 03 unidades de urgência intra-hospitalar: os Pronto-Socorros do Hospital João Alves Filho, Cirurgia e da Clínica dos Acidentados.

A aposta do Saúde Todo Dia para tornar resolutiva e qualificar a rede de urgência e emergência da nossa cidade constituiu-se em substituir os PA por unidades de pronto-socorro, e neste sentido já implantamos os prontos-socorros: Clínico e Mental do Hospital São José; Infantil do Hospital Santa Isabel, Geral do Hospital Cirurgia. Estas três unidades têm em sua estrutura física a divisão dos ambientes por grau de risco: áreas vermelhas, amarelas e verdes. Estão sendo construídos mais dois pronto-socorros: um para a zona norte e outro para a zona sul da cidade.

**Quadro 13** - Mostra a situação atual dos estabelecimentos e o estágio de implantação do modelo de urgência e emergência Saúde Todo Dia.

Estabelecimento	Situação atual	Estágio de viabilização do projeto
PS Cirurgia	Investimento realizado e em funcionamento	Manter em funcionamento
PS do HGJAF	Funciona como hospital regulador, porta de entrada para o sistema.  Superlotação decorrente do papel histórico delegado ao hospital e do crescimento a partir de planejamento inadequado	Criação da central de leitos e vagas pelo município de Aracaju, neste momento encontra-se em fase de implantação.  Licitação de obras de reforma e ampliação do PS e de construção de novo bloco cirúrgico.
Santa Isabel	O centro obstétrico está em obras de reforma e ampliação  Está em construção novo centro cirúrgico e UTI adulto  O PS infantil está em funcionamento	Manter em funcionamento
PS Zona Norte		Obras em execução
Os pronto-atendimentos da zona norte	Foram fechados	
PS de clínica e mental do Hospital São José	Em funcionamento	Manter em funcionamento
PA Augusto Franco	Possui sala de estabilização.  A equipe é composta por cirurgião, clínico, pediatra e enfermeira. Estão sendo construídas uma sala de espera e a separação das áreas verdes, amarela e vermelha.	Será substituído pelo Pronto-socorro da Zona Sul, obras em execução.

Fonte: Gabinete/SMS, 2004.

Com a construção dos dois pronto-socorros e a reforma do pronto-socorro do Hospital Governador João Alves Filho, teremos uma rede de urgência e emergência capaz de atender a toda a demanda de nossa cidade e do Estado, com acolhimento de risco, responsabilização e qualidade.

#### 1.4 - Rede de serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade

Aracaju até junho de 2001 era gestor de atenção básica e, portanto, não tinha sob seu comando nenhum estabelecimento ambulatorial de média ou de alta complexidade. Com a habilitação à condição de gestor pleno de sistema pela Norma Operacional Básica 96 (NOB-96), em junho de 2001, foram incorporados o Centro de Especialidades Augusto Franco e vários prestadores privados e, a partir de agosto de 2002, foi transferido para a gestão municipal o restante dos estabelecimentos privados, filantrópicos e públicos estaduais com exceção do Centro de Referência da Mulher, da Maternidade Hildete Falcão Baptista e do Hospital João Alves, os quais permaneceram sob gerência da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e sob gestão municipal.

A rede de serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade do SUS em Sergipe era composta no ano de 2000 por 720 estabelecimentos de saúde, dos quais 159 (22,08%) localizavam-se em Aracaju com forte concentração de serviços especializados (100% dos serviços de alta complexidade encontram-se instalados em Aracaju). Dos 159 estabelecimentos, noventa são estabelecimentos privados (privados com fins lucrativos, filantrópicos e sindicais), o que representava 56,6% do total dos estabelecimentos. Esta composição representava um paradoxo em relação à legislação vigente no SUS relativa à prioridade de compra de serviços das instituições segundo sua natureza jurídica; isto é: na ordem de preferência para a contratação de um serviço, em primeiro lugar o setor público, depois o filantrópico e, finalmente, de modo complementar, o setor privado.

**Tabela 14** - Distribuição comparativa entre a rede ambulatorial existente em Sergipe e em Aracaju por tipo de prestador no ano 2000.

<b>Tipo de prestador</b>	<b>Sergipe</b>	<b>Aracaju</b>	<b>%</b>
Público Estadual	20	12	60,00
Público Municipal	545	54	9,90
Privado com fins lucrativos	146	88	60,28
Sindicatos	06	02	66,66
Universitários Públicos	03	03	100
<b>Total</b>	<b>720</b>	<b>159</b>	<b>22,08</b>

Fonte: NUCAAR/SMS.

A rede de serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade até então vinha obedecendo a interesses nem sempre na lógica do atendimento às necessidades da população. As distorções encontradas nos cadastros dos estabelecimentos, que informavam uma capacidade instalada maior do que a existentes, apontam para a provável troca de favores e concessão de vantagens para prestadores com maior poder de pressão, produzindo necessidades para uso desses serviços, sem a visão do sistema como um todo e tendo como consequência contratos com grande distanciamento dos parâmetros de programação e comprometimento dos recursos, sem atender à parte significativa das necessidades dos usuários.

**Tabela 15** - Mostra a distribuição de estabelecimentos por tipo e natureza jurídica da organização.

Descrição	Administração direta da saúde (MS, SES e SMS)	Empresa privada	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Total	%
Clínica especializada e/ou ambulatório de especialidades	06	12	03	21	25,00%
Policlínica		49	04	53	63,10%
Pronto-socorro geral	03			03	3,57%
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)		07		07	8,33%
<b>Totais</b>	<b>09</b>	<b>68</b>	<b>07</b>	<b>84</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: GABINETE/SMS, 2004.

A rede de serviços ambulatoriais especializados se formou para o município de Aracaju, após a sua habilitação na condição de gestor pleno de sistema de saúde, com o repasse dos Centros de Especialidades Augusto Franco e Aristóteles Augusto. Estes equipamentos, de grande relevância para assistência da população da capital e do interior do Estado, tiveram ao longo do tempo suas instalações físicas e seus equipamentos sucitados. A necessidade de ampliação da oferta levou à implantação de um novo centro de especialidades no bairro São José - Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente (CEMCA). A rede própria passou a ser composta de 03 Centros de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR) com oferta destinada à Capital e aos demais municípios do Estado de Sergipe.

A montagem da rede de serviços ambulatoriais especializados levou em consideração algumas variáveis, tais como:

- Tipo de clientela definido a partir da natureza das suas demandas (usuários com patologias crônicas transmissíveis e não-transmissíveis e/ou portadores de outras necessidades demandantes de diagnose ou terapêutica temporária);

- Disponibilidade de oferta de serviços no mercado. Esta variável nos ajudou a orientar a realização dos investimentos para desenvolver capacidade instalada;
- Programação – definição da oferta a ser disponibilizada para consumo dos usuários. Permitiu aferir as disponibilidades no mercado de ações e serviços de saúde para aquisição pública e sinalizou para o gestor a necessidade de investimento em produção;
- Integralidade – princípio que orienta a diversidade de ações e serviços disponibilizados;
- Adensamento tecnológico – consiste em organizar serviços com agregação de pessoal e tecnologias para lidar com problemas de saúde demandantes de alguns tipos de cuidados que vêm sendo denominados por Emerson Luiz Canonici<sup>2</sup> como cuidado continuado temporário, cuidado continuado prolongado e cuidado continuado permanente, no intuito de estes serviços e estabelecimentos adquirirem maior capacidade resolutiva, integralidade e proporcionar maior agilidade aos usuários do sistema. Cuidado continuado temporário: quando a natureza da necessidade de saúde do usuário, que motivou a procura pelo serviço, exige apenas interação entre os trabalhadores e os usuários ao longo do tempo de conformação de um diagnóstico ou de uma ação terapêutica de curta duração; cuidado continuado prolongado: quando a natureza da necessidade de saúde do usuário, que motivou a procura pelo serviço, exige interação de longa duração entre os trabalhadores e os usuários. Por exemplo: tratamento de câncer, reabilitação etc; cuidado continuado permanente: quando a natureza da necessidade de saúde do usuário, que motivou a procura pelo serviço, exige interação entre os trabalhadores e os usuários ao longo de toda a vida do usuário. Por exemplo: HIV positivo, hipertensão grave etc;

---

<sup>2</sup> Emerson Luiz Canonici é coordenador do Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e vem desenvolvendo esses conceitos de cuidado.

- Matriz produtiva universal – todos os estabelecimentos próprios têm na composição da sua matriz produtiva sete áreas, as quais chamamos de unidades produtivas: acolhimento, acolhimento do risco no território, gestão e monitoramento, procedimentos, atendimento individual, ações programáticas e serviço. Na conformação da matriz produtiva dos estabelecimentos deve haver a combinação de várias destas unidades produtivas de acordo com a natureza das necessidades que se propõem a atender;
- Garantia de acesso – princípio que orienta junto com a programação em saúde a quantidade e a diversidade de oferta para o atendimento às necessidades dos usuários;
- Vinculação dos serviços com grupos de usuários – pressuposto que amplia o papel da vigilância para além da atenção básica e transporta para serviços ambulatoriais de média e alta complexidade a tarefa de realizar acompanhamento longitudinal de parte da clientela. Os tipos de cuidado - temporário, prolongado e permanente - são tecnologias de acompanhamento e de vinculação dos usuários aos seus projetos terapêuticos;
- Disponibilidade de pessoal qualificado – é variável fundamental; a produção em saúde é totalmente dependente do saber-fazer profissional.

Dessa forma, poderíamos dizer que a rede ambulatorial especializada foi concebida como conjunto de serviços articulados entre si de modo a constituir as ações para atender às necessidades de assistência ambulatorial especializada, qualificada pelo vínculo, responsabilização e integralidade do cuidado. Para sua conformação considera parâmetros de cobertura, demanda (série histórica), além das necessidades não estruturadas (elementos subjetivos das necessidades) e vocações dos serviços existentes. Pressupõe mecanismo e instrumentos necessários para a organização de fluxos, processos e sistema de regulação, com vistas à garantia de acesso de acordo com o critério de risco ou necessidade, obedecendo ao princípio da equidade. Operacionaliza suas ações através de serviços de complexidades distintos e complementares no que tange às tecnologias assistenciais incorporadas.

A idealização do desenho da rede de serviços ambulatoriais especializados considera como integrantes preferenciais os equipamentos públicos e instituições filantrópicas em regime de co-gestão. Aqui cada estabelecimento tem papel definido na assistência, e a relação entre eles é sempre de um serviço ou estabelecimento complementar à ação do outro. Os estabelecimentos especializados que compõem a rede de média complexidade e suas respectivas retaguardas estão discriminados abaixo:

- CEMAR Infantil – especializado no atendimento às patologias pediátricas, tem como serviços de internação de retaguarda preferenciais o Hospital Santa Izabel e o Hospital Universitário;
- CEMAR Siqueira Campos – especializado em patologias crônicas transmissíveis e não-transmissíveis, tendo como retaguarda para alta complexidade ambulatorial e internação o Hospital Cirurgia e, de modo complementar, o HGJAF e o Hospital Universitário;
- CEMAR Augusto Franco – especializado em patologias que não estão estruturadas em programas, tendo característica de diagnóstico especializado e ordenamento da demanda especializada para os serviços ambulatoriais e hospitalares;
- Centro de Referência da Mulher – especializado em patologias ginecológicas, tendo como retaguarda para intervenção no âmbito hospitalar o Hospital Santa Izabel e a Maternidade Hildete Falcão;
- Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário – sem uma caracterização definida pela sua condição de ensino (em fase de estudo para melhor adequação), tem como retaguarda o próprio hospital universitário e os outros serviços hospitalares;



- Ambulatório de Especialidades do Hospital Cirurgia – especializado em garantir acesso aos tratamentos em alta complexidade ambulatorial e hospitalar nas áreas: cardiologia e cirurgia cardiotorácica; urologia e nefrologia; gastroenterologia clínica e cirúrgica; oncologia clínica e cirúrgica; neurologia e neurocirurgia; ortopedia e traumatologia; cirurgia geral e procedimentos diagnósticos especializados. Tem como retaguarda o Hospital Cirurgia para intervenções cirúrgicas de alta complexidade preferencialmente;
- Centro de Reabilitação da Universidade Tiradentes (UNIT) – especializado em reabilitação física, sendo complementar ao centro de alta complexidade de reabilitação;
- Fundação CLIMEDI – exames e terapêutica auxiliares ao tratamento do câncer.

Os procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial que não são executados e/ou não são produzidos em quantidade suficiente pelos estabelecimentos anteriormente citados foram adquiridos através de chamamento público realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, do setor privado lucrativo.

Para fazer o acompanhamento da implantação das diretrizes do modelo técnico-assistencial nos serviços ambulatoriais especializados próprios e contratados, foi criada a Supervisão de Serviços Especializados, que tem a finalidade de implementar a conformação do modelo de atenção na rede ambulatorial especializada, bem como monitorar a capacidade e qualidade do processo produtivo dos serviços, acompanhamento de contas e avaliação da satisfação dos usuários.

**Quadro 14 - Relaciona projetos e estágio de execução.**

<b>Objeto</b>	<b>Situação</b>	<b>Tipo de investimento</b>	<b>Financiamento</b>
Centro de especialidades da Criança e do Adolescente	Executado	Implantação	Prefeitura Municipal
CEMAR Augusto Franco – funciona o centro de especialidades odontológicas e o centro de referência em saúde do trabalhador	Executado	Reforma de adequação e ampliação	Prefeitura Municipal
CEMAR Siqueira Campos	Em execução Unidade está funcionando em hospital alugado	Reforma, ampliação, adequação e construção do centro de reabilitação física e motora	Prefeitura Municipal
Renovação tecnológica dos centros de especialidades	Em execução	Compra de equipamentos	Ministério da Saúde Prefeitura Municipal

Fonte: Gabinete/SMS, 2004.

**Tabela 16 - Distribuição dos procedimentos de média complexidade segundo grupos. Aracaju (SE), 2003-2004.**

<b>GRUPOS</b>	<b>PRODUÇÃO</b>		<b>INCREMENTO</b>
	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>%</b>
Proced Espec Profis Médicos, Outros Nível Sup/Médio	656.798	832.277	26,7
Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	30.055	44.216	47,1
Procedimentos Traumató-Ortopédicos	4.237	5.273	24,5
Ações Especializadas Em Odontologia	21.663	30.442	40,5
Patologia Clínica	1.113.735	1.423.010	27,8
Anatomopatologia E Citopatologia	105.334	132.387	25,7
Radiodiagnóstico	162.701	219.397	34,8
Exames Ultra-Sonográficos	73.911	96.254	30,2
Diagnose	117.518	134.543	14,5
Fisioterapia (Por Sessão)	85.318	88.313	3,5
Terapias Especializadas (Por Terapia)	8.800	16.834	91,3
*Instalação De Cateter	-	-	-
**Próteses E Órteses	-	-	-
Anestesia	69	128	85,5
Total	2.380.139	3.023.074	27,0

FONTE: SIASUS-NUCAAR, 2004.

Houve incremento significativo da oferta de serviços ambulatoriais especializados no período compreendido entre 2003 e 2004. Somente foi possível a comparação entre os dois últimos anos. Nos anos anteriores estava sendo lançado o dado estimativo de produção máxima da capacidade instalada.

### 1.5 - Rede hospitalar

A rede hospitalar vinculada ao SUS era composta, no Estado de Sergipe, em Dezembro de 2000, por 57 unidades, das quais 19 (33,33%) estavam localizadas em Aracaju. Dos 3.499 leitos à disposição do SUS em Sergipe, 1.852 (52,93%) localizavam-se em Aracaju.

**Tabela 17** - Distribuição comparativa entre a rede hospitalar existente em Sergipe e em Aracaju por tipo de prestador no ano 2000.

Natureza	Sergipe	Aracaju	% Aracaju
Contratado	21	12	57,14
Estadual	05	02	40,00
Municipal	06	-	-
Filantropico	15	-	-
Filantropicos isentos de tributos	08	03	37,50
Universitário	02	02	100,00
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>19</b>	<b>33,33</b>

Fonte: SIH/SUS, 2004.

**Tabela 18** - Distribuição comparativa entre os leitos hospitalares do SUS existentes em Sergipe e em Aracaju no ano 2000, segundo natureza jurídica do prestador.

Natureza	Sergipe	Aracaju	% Aracaju
Contratado	1.069	748	69,97
Estadual	578	354	61,25
Municipal	197	-	-
Filantrópico	558	-	-
Filantrópicos isentos de tributos	1.009	662	65,61
Universitário	88	88	100,00
<b>Total</b>	<b>3.499</b>	<b>1.852</b>	<b>52,93</b>

Fonte: SIH/SUS, 2004.

Ao comparar a situação dos leitos hospitalares credenciados ao SUS com parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde (MS), publicados em 2000, de imediato percebe-se que existe um déficit significativo de leitos no Estado de Sergipe da ordem de 1.800 leitos, para atingir o coeficiente de 03 leitos por 1000 habitantes. Ao considerar a média de distribuição de leitos pelo país, percebe-se ainda que, embora não seja um parâmetro que leve em conta a necessidade em saúde, a capacidade instalada existente nos diversos estados da união, este indicador de cobertura em Sergipe (2,12 leitos por 1.000hab) encontra-se abaixo da média nacional (2,57 leitos por 1.000hab).

Na relação entre leitos localizados na capital - 1.852, equivalentes a 52,93% dos leitos do Estado e interior, 1.647, perfazendo 47,07% dos leitos do estado -, conclui-se que o crescimento de leitos hospitalares no Estado deva ser proporcional entre capital e interior.

**Tabela 19** - Distribuição de leitos hospitalares do SUS existentes em Aracaju, por natureza e tipo – 2000.

Leito	Contratado	Estadual	Filantrópica isenta	Universitário/ pesquisa	Total	%
UTI	10	15	26		51	2,68
Pediatria	81	59	192	14	346	18,18
Clinica médica	31	130	146	18	325	17,08
Fora de possibilidade terapêutica	-	05	-	-	05	0,26
Tisiologia	-	-	-	-	-	-
Obstetrícia	106	-	46	35	184	9,67
Reabilitação	-	-	-	-	-	-
Hospital-dia	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria	398	-	-	-	398	20,91
Cirurgia	135	160	278	21	594	31,21
<b>Total</b>	<b>761</b>	<b>369</b>	<b>688</b>	<b>88</b>	<b>1.903</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>39,95</b>	<b>19,35</b>	<b>36,11</b>	<b>4,58</b>	<b>100</b>	

Fonte: SIH/SUS, 2004.

Na composição dos leitos credenciados ao SUS ilustrada acima, verifica-se uma situação um tanto desfavorável à gestão pública do sistema, pois o principal prestador de serviços em 2000 era o setor privado, com 39,95%, seguido das instituições filantrópicas, que representavam cerca 36,11% dos leitos, e por último o setor público, com 19,35% dos leitos na esfera Estadual e 4,58% Universitários. Essa composição representa um paradoxo com a legislação vigente no SUS relativa à prioridade de compra de serviços das instituições, segundo o seu vínculo; isto é: na ordem de preferência para a implantação de um serviço, em primeiro lugar o setor público, depois o filantrópico e finalmente, de modo complementar, o setor privado.

Com essa proporção entre os prestadores que compõem o sistema, na qual o setor público tem 25% da capacidade instalada da rede hospitalar, chama-nos atenção o fato de Aracaju, o município sede da capital do Estado, com uma população próxima a 500.000 habitantes, não ter nenhum equipamento hospitalar próprio nem produzir nenhuma oferta própria de leitos ou serviços hospitalares.

A conformação e composição da rede hospitalar desenvolveram-se a partir de interesses outros que prevaleceram em relação ao atendimento às necessidades de saúde da população. O crescimento da rede hospitalar sofreu forte influência da tradição cirúrgica dos precursores da medicina de mercado do Estado, o que representa oferta de pessoal qualificado e, pelas vantagens econômicas implícitas na tabela SUS, para algumas áreas em detrimento de outras. Outros fatores como concentração de serviços (a obstetria é um exemplo) privados e em certa medida públicos nas mãos de um ou dois núcleos familiares também contribuíram para o desenho de rede hospitalar encontrado no Estado e em Aracaju. Estes fatores associados à falta de política pública que dialogasse com essa realidade foram preponderantes na definição de uma racionalidade de conformação de rede sem compromisso com o atendimento integral às necessidades de saúde da população e com grande distanciamento dos parâmetros de programação. Para o senso comum dos dirigentes do setor saúde em Sergipe, programação e planejamento não passam de burocracia de sanitarista que não entende de medicina.

Quando se analisa a situação tendo como referência os parâmetros de programação já mencionados, percebe-se que, na realidade de Aracaju, as distorções não se restringem à quantidade, mas sim, sobretudo, à distribuição dos leitos por tipo (quantitativo por especialidade) que corrobora com as tensões existentes no acesso a algumas áreas especializadas.

Da mesma forma que nos serviços ambulatoriais especializados de média e alta complexidade, os leitos e demais serviços hospitalares instalados em Aracaju até junho de 2001 eram de responsabilidade do Estado, uma vez que Aracaju era gestor de atenção básica. Com a habilitação de Aracaju à condição de gestor pleno de sistema pela NOB-96, em junho de 2001, incorporamos parte dos hospitais, e em agosto de 2002 foi transferido para a gestão municipal o restante dos estabelecimentos hospitalares.

A rede hospitalar vinculada ao SUS em Aracaju é composta atualmente de 19 unidades, todas sob gestão municipal, totalizando 1996 leitos. Destes, de acordo com os dados do CNES (2003), 27,66% estão vinculados à administração direta da saúde (SES e SMS), 3,06% com administração direta de outros órgãos (MEC); 28,21%, à empresa privada e 41,08%; a entidades beneficentes sem fins lucrativos.

Dos leitos existentes em Aracaju em 2003, constata-se a inexistência de leitos de fisiologia, reabilitação e hospital-dia, além de menor concentração principalmente na especialidade de obstetrícia, representada por apenas 8,02% dos leitos existentes, ocorrendo uma maior concentração de leitos cirúrgicos (25,45%), clínicos (25,30%) e psiquiátricos (18,24%).

**Tabela 20** - Mostra a distribuição dos leitos SUS em Aracaju, por natureza da organização e especialidade em 2003.

<b>Tipo de leito</b>	<b>Administração Direta da Saúde</b>	<b>Administração Direta de outros órgãos</b>	<b>Empresa Privada</b>	<b>Entidade beneficente sem fins lucrativos</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Cirúrgico	157	20	109	222	508	25,45%
Clínico	197	36	13	259	505	25,30%
Obstétrico	58	00	22	80	160	8,02%
Pediátrico	71	00	47	170	288	14,43%
Psiquiátrico	05	00	359	0	364	18,24%
Unidade intermediária	10	00	02	36	48	2,40
UTI	54	05	11	53	123	6,16%
<b>Total</b>	<b>552</b>	<b>61</b>	<b>563</b>	<b>820</b>	<b>1996</b>	<b>100%</b>
<b>%</b>	<b>27,66%</b>	<b>3,06%</b>	<b>28,21%</b>	<b>41,08%</b>	<b>100%</b>	

Fonte: CNES/SUS, 2003.

Em 2003 foram incrementados 141 leitos, dos quais destacamos: 72 leitos de UTI, com a implantação da UTIN do Hospital Santa Izabel, bem como a regularização dos leitos com credenciamento pendente das UTIs da Maternidade Hildete Falcão Batista e do Hospital João Alves Filho, além de credenciamento de leitos existentes em serviços filantrópicos no Hospital São José e privados na Clínica Santa Helena.

Com o fechamento da maternidade Santa Lúcia, reduziu-se ainda mais a capacidade instalada em obstetria, gerando uma situação de emergência que levou o município a investir na reforma e ampliação de leitos no Hospital Santa Izabel, que dispunha no início de 2003 de 45 leitos fora dos padrões sanitários recomendados na RDC 50 da ANVISA, passando após o convênio de co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para aproximadamente 100 leitos operacionais, já adequados às normas vigentes.

Além dos serviços aí mencionados, foi implantado o sistema integrado para atenção aos pacientes neurocirúrgicos havendo por deficiência do Hospital Governador João Alves Filho (HGJAF) em dar vazão à demanda, a necessidade de mobilizarmos recursos para custeio de cirurgias de alta complexidade no Hospital São José, haja vista essa situação colocar em risco a população que requeria intervenção dessa natureza, e que ficava aguardando vários dias para poder ser operada no HGJAF. Foram entregues às enfermarias de pediatria e psiquiatria do Hospital universitário, que elevaram em 32 o seu número de leitos, mais 06 leitos de UTI neonatal no Hospital Santa Izabel e 09 novos leitos de UTI adulto no Hospital Cirurgia. Com estas ações começamos a modificar a tendência na evolução da capacidade instalada na área hospitalar, de distanciamento dos parâmetros de cobertura assistencial recomendados pelo Ministério da Saúde, agravando a carência em algumas áreas e ofertando excessivamente em outras.

No âmbito das instituições, no que tange ao financiamento, deparamo-nos com uma realidade semelhante ao que se percebe em todas as regiões; ou seja: instituições filantrópicas responsáveis por parte significativa da assistência hospitalar (41,08% do total de leitos disponíveis ao SUS em Aracaju) em situação falimentar e pré-falimentar. Estes estabelecimentos dependem do financiamento do setor público para seu funcionamento, e o setor público, por sua vez, também é dependente desses estabelecimentos para evitar o colapso no atendimento à população.



Essas instituições, sem crédito junto aos fornecedores, tendo dificuldades de compra, inclusive à vista, via de regra sem abastecimento e/ou funcionando sem utilização de recursos terapêuticos necessários, tiveram um sucateamento em sua estrutura e parque tecnológico, uma vez que não conseguem manter estrutura de manutenção tanto predial quanto de equipamentos. Associado a essa situação, há ainda freqüentes atrasos no pagamento de recursos humanos, defasagem importante em relação aos salários praticados no mercado, resultando em lacunas nas escalas de serviços, que sistematicamente ficavam indisponíveis aos usuários do sistema, e o que é pior: ao nosso ver, reduzindo muito a qualidade da assistência prestada, pouco comprometida com o usuário e com a instituição, resultando, em conseqüência, no fechamento e sucateamento de serviços, más condições sanitárias de funcionamento, elevação nos índices de morbi-mortalidade e baixa credibilidade dos serviços junto à população.

Nas instituições hospitalares privadas contratadas junto ao SUS, 28,21% do total de leitos, a realidade não era muito diferente, visto que as instituições se colocavam numa perspectiva de garantir a parcela da clientela que não onera a instituição e, por conseguinte, não implicar redução de lucro, induzindo a uma atitude de seleção de clientela, e/ou montagem de serviços de alta complexidade – que remuneram de modo diferenciado. Além desses elementos, assumiam uma relação com o gestor caracterizada por burlar as normas e regras vigentes, dificultando o trabalho da auditoria e entendendo seu teto financeiro como “cotas”, em certa medida colocando sua participação como um “favor” ao sistema.

As instituições públicas, 30,76% do total dos leitos disponíveis ao SUS, apresentavam resposta heterogênea, com diversos estrangulamentos em suas capacidades produtivas, sem contar as dificuldades de se estabelecer relação de pactuação, com cumprimento de compromissos coerentes com uma política assistencial, o que ocorre com os entes estaduais, devido ao fato de o Estado relutar e rejeitar o comando único do sistema à gestão municipal. No que concerne ao Hospital Universitário, apesar de estar sob a gestão do municipal, apresenta uma estrutura acanhada com dificuldades em dar respostas consistentes no tempo que é necessário, devido a carências estruturais e forma viciosa de inserção profissional nesses serviços.

Segundo o marco teórico do Projeto Saúde Todo Dia, uma rede é uma trama; e na saúde esta teia é constituída por equipamentos assistenciais de saúde ligados entre si por suas características tecnológicas, por fazerem parte de um mesmo projeto assistencial e por serem responsáveis por abordar um elenco de necessidades semelhantes. A partir desta definição idealizamos a conformação da rede hospitalar de Aracaju, a qual batizamos de “Hospital Horizontal”<sup>3</sup> que vem conformando-se assentado nos seguintes pressupostos e dispositivos.

Pressupostos:

- Planejamento a partir das necessidades de saúde que considera o perfil de morbi-mortalidade e o atendimento à demanda que viabilize o acesso universal e a integralidade;
- Valorização da vocação da Instituição - história da instituição, serviços que se consolidaram, capacidade instalada, condições sanitárias e qualidade dos serviços;
- Cumprimento da legislação (Lei 8080) - contratação de serviços públicos, filantrópicos e de modo complementar os serviços privados e legislação sanitária (RDC 50);
- Adensamento tecnológico e ordenamento das instituições - o adensamento tecnológico consiste em organizar os serviços na perspectiva de agregar a estrutura, profissionais, tecnologia e processo produtivo a alguns serviços, no intuito de esses serviços adquirirem maior capacidade resolutiva. Com essa concepção, cada instituição assume um papel, uma missão pactuada com o gestor;

---

<sup>3</sup> No ano 2003, quando de fato começamos a formular política para a rede hospitalar da cidade de Aracaju, compreendendo que o financiamento da união não era suficiente para custear parte dos serviços hospitalares, resolvemos fazer avaliação das condições sanitárias e da capacidade instalada de cada estabelecimento e lançamos o conceito de hospital virtual composto por vários estabelecimentos no qual cada um tem papel definido e complementar aos demais componentes. Fizemos àquela ocasião e continuamos a fazer ensaios e simulações dos papéis que cada estabelecimento desempenharia no hospital virtual. Assumimos um desenho cujo papel de cada estabelecimento tivesse maior relação com a sua história. Em reunião no Ministério da Saúde com Gilberto Scarazatti, Diretor Superintendente da Santa Casa de Misericórdia de Limeira, apresentei a idéia do hospital virtual e ele mencionou a experiência do Hospital Horizontal na região de Limeira. Em reunião com Emerson Luiz Canonici decidimos que adotariamos a denominação de Hospital Horizontal para a nossa política de conformação de rede hospitalar.

- Capacidade de gestão - gestão plena de sistema com comando único, instrumentos de pactuação e de adesão aos princípios do SUS e à lógica de ordenamento das instituições, convênios de co-gestão junto às instituições que integram a rede hospitalar.

Dispositivos:

- Organização de auditoria efetiva e rigorosa;
- Concepção do Hospital Horizontal;
- Gerenciamento de alguns serviços;
- Aporte técnico para organização dos serviços;
- Financiamento dirigido;
- Complexo regulatório.

Ao idealizarmos a rede hospitalar, concebemo-la como um conjunto de instituições, com suas respectivas capacidades produtivas, organizadas de modo complementar, não concorrente, que denominamos de Hospital Horizontal – idealização de hospital único virtual, a partir da integração de vários hospitais, com operações definidas e especializadas, sistemas de referência estruturados e pactuados e acesso sempre mediado por ações e processos regulatórios. Nesta rede, cada estabelecimento hospitalar adquire um perfil, e sua missão é redefinida ou reafirmada a partir do hospital horizontal.

O Hospital Horizontal também é uma aposta de viabilização tecnológica e comercial de cada estabelecimento, uma vez que o financiamento complementar dirigido e aportado pelo SUS, permite a incorporação de novas tecnologias assistenciais, modernização gerencial, e no médio prazo pode significar maior efetividade do estabelecimento como empreendimento, diminuindo a sua dependência do financiamento público.

Os resultados parciais do hospital horizontal são:

- O re-ordenamento do sistema para atender às necessidades mais prementes, aquelas sentidas no dia-a-dia das instituições prestadoras de serviços, sobretudo para aquelas demandas que oferecem risco de morbi-mortalidade, como nas áreas de obstetrícia, urgências, terapia intensiva e neurocirurgia;
- Diminuição das distorções na composição da capacidade instalada como, por exemplo, os leitos psiquiátricos que apresentam número e proporção muito acima dos recomendados;
- Encurtamento da distância aos parâmetros recomendados pelo MS, no que refere à cobertura hospitalar;
- Incorporação de novas tecnologias assistenciais à área hospitalar;
- Nova racionalidade no processo de renovação e incorporação tecnológica;
- Aprimoramento do modelo de atenção hospitalar tendo em vista a implantação de programas de humanização preconizados pelo Ministério da Saúde;
- Melhora na aplicação dos recursos do sistema, ao ajustarmos os parâmetros de programação, organização de rede complementar não competitiva, evitando serviços desnecessários, ampliando a capacidade de auditoria de contas e gestão sobre a capacidade instalada;
- Viabilização da operação do complexo regulatório (regulação médica, consultas e exames e leitos hospitalares) capaz de ordenar e monitorar o acesso à capacidade instalada do sistema de acordo com as necessidades dos usuários;
- Ter um equipamento, o “hospital horizontal” com capacidade instalada possível de ser gerenciada de acordo com as situações que requeiram mobilização do sistema, como por exemplo as catástrofes;
- Melhoria do desempenho econômico de cada estabelecimento hospitalar e conseqüente diminuição da dependência de financiamento do setor público.

**Quadro 15** - Relaciona os estabelecimentos hospitalares, seus papéis, projetos propostos e estágio de desenvolvimento.

Instituição	Papel no Hospital Horizontal	Estágio
Cirurgia	Alta complexidade – serviços de urgência clínica e cirúrgica adulto, serviço de cardiologia e cirurgia cardiotorácica, neurologia e neurocirurgia, nefrologia e urologia, TRS e transplante renal, cirurgia do aparelho digestivo, ortopedia, hemodinâmica, radiologia intervencionista e cirurgia endovascular, oncologia...	Pronto-socorro e UTI adulto concluídos e modelo de atenção à urgência em implantação
Santa Izabel	Hospital de referência para mulher e criança com urgência infantil	Executando obras de implantação de novo centro cirúrgico, centro obstétrico e de leitos de UTI adulto  Pronto-socorro infantil, NPP, 56 leitos de puerpério com alojamento conjunto e 18 leitos de UTI neonatal implantados
São José	Hospital de referência para patologias craniofaciais, neurológicas, urgência clínica e psiquiátrica, reabilitação e cuidado prolongado.	Executando obras de implantação dos serviços de reabilitação e de 18 leitos de UTI  Pronto-socorro clínico e mental, serviço de neurocirurgia e otorrinolaringologia implantados
Hospital Universitário	referência para internações eletivas de ambulatórios especializados, em clínica, cirurgia, pediatria e internações psiquiátricas da população de Aracaju	Serviços implantados
Hospital João Alves Filho	Referência para politrauma, neurocirurgia, emergência infantil, adulto e serviço de oncologia.	Papel definido no Termo de compromisso entre entes públicos (TCEP)
Maternidade Hildete Falcão	Referência para gestação de alto risco.	Papel definido no Termo de compromisso entre entes públicos (TCEP)
SOPED	Referência para cirurgias eletivas de médio porte e procedimentos sob analgesia (HD).	Implantado
Hospital da Polícia Militar	Hospital Geral	Excluído do sistema
Hospital São Lucas	Complementar do Hospital cirurgia em procedimentos de alta complexidade.	Contratado
Clínica Santa Helena	Complementar às maternidades Hildete Falcão e HSI.	Sem contrato deve ter sua capacidade de produção substituída pelo Hospital Santa Izabel

Fonte: NUCAAR/SMS, 2004.

## 2 - Sistema de saúde

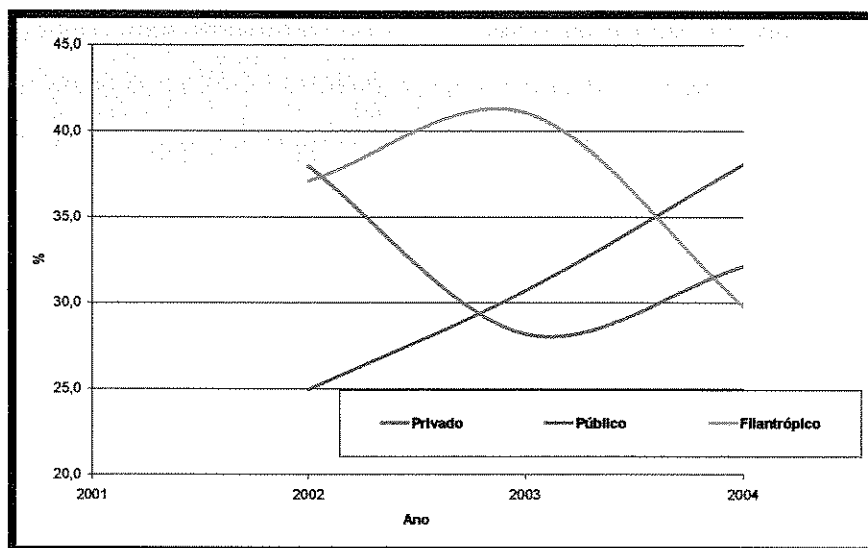
Nos primeiros dois anos, a nossa agenda foi marcada pelo processo de negociação para a mudança da habilitação da condição de gestor pleno de atenção básica para a de gestor pleno de sistema com comando único; e nos últimos dois anos o que marcou a agenda da SMS foi o processo de montagem e reorganização das redes assistências para garantia de acesso universal com integralidade e equidade. A pactuação com o Estado sobre o processo de habilitação de Aracaju ocorreu no período de março de 2001 a março de 2003, que define o papel e as responsabilidades do município no sistema estadual de saúde.

Aracaju, que sempre foi referência para todo o Estado em serviços de baixa, média e alta complexidade passou a ter recursos financeiros alocados no seu teto financeiro para custear a atenção à saúde da população de referência. A responsabilidade com a garantia de acesso agora é qualitativa e quantitativamente definida no pacto de gestão e de atenção firmado ao longo do processo de habilitação. O Município realiza 100% das ações de alta complexidade e 80% das de média complexidade e atende à população de todos os municípios do Estado. Aproximadamente 60% das internações e aproximadamente 45% das ações de média e alta complexidade ambulatorial da Capital são consumidas pela população referida por outros municípios.

Em 2004 foi concluída a programação de oferta de serviços, que consiste na definição dos tipos de procedimento a serem ofertados, e em que quantidade será disponibilizada à população do Estado. Foram utilizados como parâmetro a consulta pública realizada pelo Ministério da Saúde, a série histórica de serviços ofertados e demandados nos últimos anos e a disponibilidade de recursos financeiros para compra de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Paralelamente, a SMS lançou em 2003 edital de chamamento público para comprar os serviços que não são produzidos ou cuja oferta do setor público e filantrópico não é suficiente para garantir a oferta programada. A lei 8080/90 prevê a complementaridade do setor privado ao público, na seguinte ordem: primeiro deve-se adquirir com recurso do SUS os serviços produzidos pelo setor público, depois pelos

filantrópicos e por fim os serviços produzidos pelo setor privado lucrativo. Ao longo de 2003 e 2004, a SMS fez o chamamento público e a contratualização com os públicos, filantrópicos e privado-lucrativos. São aproximadamente 80 contratos e 06 convênios em execução no momento, com mudanças na proporção de serviços hospitalares contratados de acordo com a natureza jurídica.

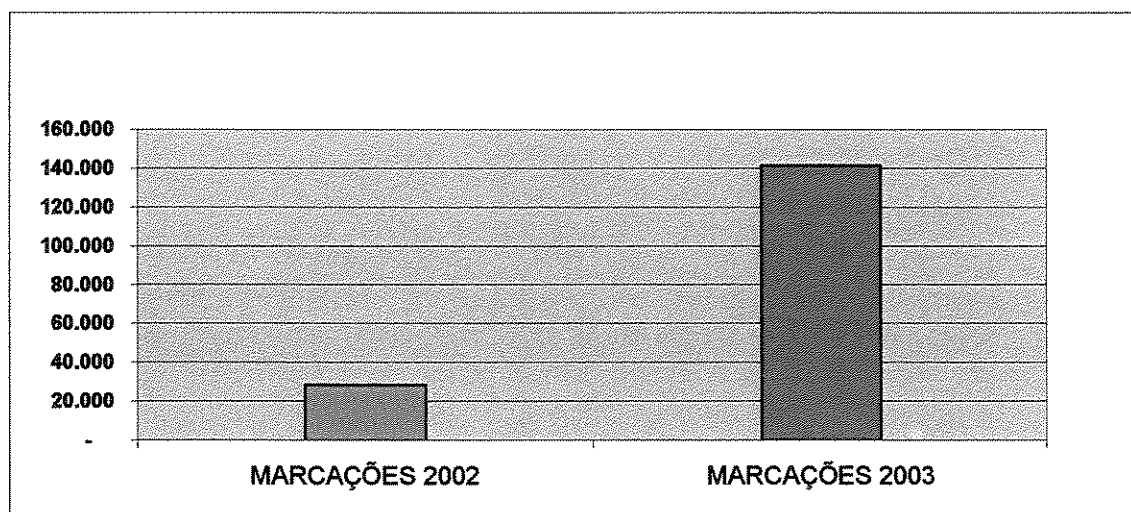


Fonte: NUCAAR, 2004.

**Gráfico 2** - Evolução em percentagem dos leitos hospitalares do SUS, por natureza jurídica. Aracaju (SE), 2002-2004.

Quando assumimos a gestão do sistema não havia contratualização do Sistema Estadual com os prestadores de serviços. Muitos contratos foram firmados pelo INAMPS e substabelecido pelo Governo Estadual, e quando assumimos a gestão do sistema os mesmos contratos ou convênios também foram substabelecidos pelo Decreto nº 195, de 23 de maio de 2001 (do prefeito). Assim como a pactuação e a programação, a contratualização é um instrumento fundamental na gestão do SUS. É através da contratualização que são estabelecidas as responsabilidades e os papéis dos prestadores na atenção à saúde e a capacidade de governo ou de gestão dos gestores do SUS. Em Aracaju temos contratualização firmada com instrumentos que vão de contrato a convênio de co-gestão.

Para garantir acesso da população própria e referenciada com equidade à oferta programada, dispúnhamos em 2001 de uma central de marcação de exames e consultas via Internet com quatro pontos de atendimento ao público em Aracaju e um ponto em cada município do interior do Estado. Neste período criamos o complexo regulatório com central de regulação de procedimentos ambulatoriais e de urgência já em funcionamento e em fase de desenvolvimento dos módulos de regulação de leitos e de gerenciamento das urgências. Ainda em 2001 vai ser possível a cada município ter o correspondente financeiro mensal por habitante disponibilizado a fim de que o gestor municipal possa regular o acesso da sua população ao sistema de saúde de Aracaju, definindo o que será consumido. Valerá para todos os procedimentos não regulados e com distribuição de cotas. Em vez de fazermos a distribuição dos procedimentos, faremos do valor financeiro correspondente.



Fonte: NUCAAR/SMS, 2004.

**Gráfico 3** - Apresenta a distribuição comparativa de procedimentos especializados nos anos de 2002 e 2003.

O crescimento de financiamento Federal deu-se em decorrência do aumento da Tabela de Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar ou da implantação de novos serviços. Não houve incremento de teto livre. Na prática, estamos com padrão similar de repasses ao verificado no período em que o Sistema estava sob gestão Estadual. O que se



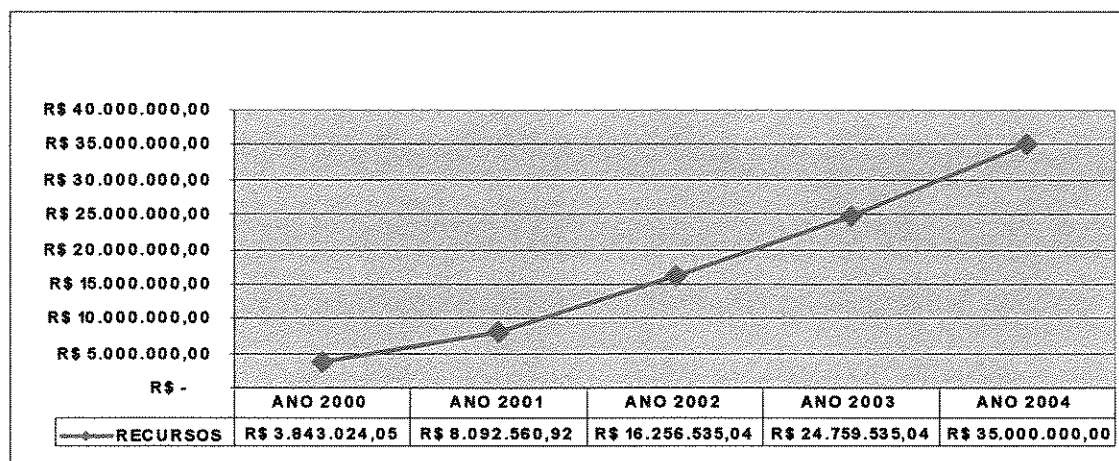
observa é o aumento da eficiência do gasto. Houve um incremento de R\$ 117 mil para média complexidade, a partir de janeiro de 2004, para Aracaju e população de sua microrregião, o que equivale a aproximadamente 30% do recurso livre que veio para o teto do Estado. No entanto, somos responsáveis por 100% da oferta de serviços de alta complexidade e 80% da média complexidade. Portanto, podemos dizer que o aumento de recursos no sistema se deu através de investimento municipal, possibilitando avanços de produção e ampliação das redes assistenciais, o que evidencia a importância da vinculação orçamentária definida na Emenda Constitucional 29. Com estes recursos, garantimos acesso a 485 mil usuários da população própria à atenção básica, SAMU e aos serviços de atenção psicossocial e a 1,9 milhão de pessoas de todo o Estado a serviços ambulatoriais especializados e hospitalares.

**Tabela 21** - Recursos oriundos do SUS repassados para o município por grupo de despesa segundo mês de competência. Aracaju (SE), 2004.

<b>Mês</b>	<b>Assist. Hospitalar E Ambulatorial <sup>a</sup></b>	<b>Atenção Básica</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Total</b>
Jan	4.625.303,74	1.629.036,64	821.516,12	7.075.856,50
Fev	4.709.270,42	1.505.616,64	724.777,90	6.939.664,96
Mar	4.794.053,03	1.588.356,64	828.303,51	7.210.713,18
Abr	4.790.224,60	1.509.307,31	876.946,54	7.176.478,45
Mai	4.940.462,13	1.546.419,79	881.922,59	7.368.804,51
Jun	4.875.815,08	1.550.160,93	844.906,54	7.270.882,55
Jul	4.898.704,90	1.580.187,06	970.096,23	7.448.988,19
Ago	4.896.237,54	1.669.898,60	892.764,02	7.458.900,16
Set	5.074.487,29	1.558.378,60	828.070,15	7.460.936,04
Out	4.998.472,13	2.118.258,60	659.127,15	7.775.857,88
Nov	4.722.920,35	1.937.958,60	637.170,69	7.298.049,64
Dez	4.472.970,79	19.383,21	...	4.492.354,00
<b>Total</b>	<b>57.798.922,00</b>	<b>18.212.962,62</b>	<b>8.965.601,44</b>	<b>84.977.486,06</b>

Fonte: DATASUS, 2005.

Conforme disposto na Tabela 21, pode-se verificar o padrão atual de financiamento federal ao sistema municipal de saúde de Aracaju, com o qual é garantido o acesso a toda a população do Estado de Sergipe a serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade.



Fonte: SMS, 2004.

**Gráfico 4** – Recursos do tesouro municipal gastos em saúde entre 2000 e 2004.

Esse Quadro possibilita observar a evolução do aporte financeiro do município na saúde entre 2000 e 2004, com crescimento que salta de R\$ 3,8 milhões para R\$ 35 milhões em 2004. Aumento de recursos que se acentuou a partir de 2002, quando o sistema já demonstrava sinais de resposta ao novo modelo de gestão.

Os dados levantados ao longo deste capítulo demonstram como o projeto denominado Saúde Todo Dia conseguiu mudar a fisionomia do sistema de saúde de Aracaju e oferecer à cidade um modelo mais humano e equitativo para a população, com a participação efetiva dos diferentes segmentos envolvidos com a questão, bem como a formulação de desenvolvimento de conceitos que têm ajudado a pensar e gerir o SUS em âmbito municipal servindo de modelo para outros municípios.



*CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS*



É algo complexo separar o que é investimento pessoal militante daquilo que está sendo objeto de análise. Talvez este seja um dos problemas da narrativa como caminho de reconstrução teórica da identificação, interação, conformação e redefinição do sujeito pelo objeto. A mistura de desejo no fazer e a dinâmica da vida real exercendo sobre o investigador-investigado retiram do olhar acadêmico a sua fixação focal, mas agrega a riqueza da complexidade real dos objetos.

Ser dirigente num processo de mudança como este que vivenciamos e que se transformou nestas linhas de reflexão é uma tarefa que requer vigilância 24 horas, implicação com todos os processos em desenvolvimento, inclusive com os decorrentes da autonomia que os sujeitos constroem na sua caminhada. É preciso fazer junto quando demandado, ainda que de forma simbólica e, as rugas dos outros devem ser tomadas para fazer auto-análise. A convicção do dirigente tem de ser dada pelo projeto e seu processo técnico-político de desenvolvimento deve acolher as queixas e as impressões trazidas pelos sujeitos, refletir, incorporar as variáveis relevantes no conjunto que preside a ação. Todavia, a ação do dirigente deve ser pautada no rumo do projeto. A correção de rumos, mesmo que signifique prejuízo político, deve ser assumida quando necessário, publicamente. O pior resultado político é sempre o decorrente do erro.

Ao longo desta tese parece que não há sofrimento e derrotas. Pelo contrário, em vários momentos sentimo-nos derrotados; contudo, o nosso coletivo se postou sempre com muita motivação e entusiasmo, por encarar os desafios como processos históricos. A imagem de futuro é sempre decorrente da construção social e da capacidade objetiva dos atores de produzirem-se nas suas obras. Não somos só otimistas; somos antes de tudo sujeitos que buscam a compreensão política da construção de uma obra.

Em situações de escassez de recurso, como era nosso caso, todo e qualquer recurso e potencialidade devem ser explorados. Iniciamos um processo de implantação e implementação do SUS com poucos quadros, parte vindos de fora da SMS, de fora da saúde, e outros muito jovens. Não temos na tradição local escola de saúde pública, nem profissionais de saúde pública em abundância no mercado e mais agravante: não podíamos formar nos primeiros seis meses uma turma capaz de enfrentar o desafio da gestão. Tínhamos de nos virar em muitos e fazer “tudo ao mesmo tempo agora”, pela premência de

dar resposta que nos legitimasse como gestores e que reforçasse no Prefeito a idéia de que fez a escolha, heterodoxa, certa.

Diante dessa perspectiva, os nossos dirigentes transitaram por vários espaços e, em alguns casos, assumiram tantos enfrentamentos que precisaram mudar porque esgotaram a possibilidade de continuar contribuindo. Nesta hora, o dirigente tem de saber o que gerou o esgotamento, se foi a capacidade de lidar com o objeto ou se os enfrentamentos consumiram as forças de um quadro; e o projeto requer presença institucional renovada para continuar a caminhada. Fizemos esses movimentos várias vezes como forma de superar a nossa escassez de recursos.

Outro caminho que trilhamos para superar a falta de competência ou mesmo pernas para fazer foi recorrer com muita intensidade e diversidade à rede de ajuda. Neste caso, foi fundamental a presença de profissionais militantes que partilhassem e compreendessem a implicação dos sujeitos da gestão. Exemplificando: para assumir a gestão plena não dispúnhamos de inteligência em quantidade nem com qualificações para desenvolver algumas funções; e antes de tomarmos a decisão da data para assumir a responsabilidade, consultamos Emerson Elias Merhy, que acionou Helvécio Magalhães e Fausto Pereira Santos, de Belo Horizonte, companheiros militantes que sabiam o significado técnico e político para o projeto de construção do SUS, que se dignaram a vir a Aracaju e trouxeram Carlos Alberto Silva Martins. A presença deles não só conformou um conceito de como devíamos operar o controle, avaliação, auditoria e regulação como também possibilitou a transferência de Carlos Alberto por dois anos, o qual nos ajudou de forma decisiva na implantação da gestão plena. A nossa interação com Fausto e Helvécio gerou o conceito de complexo regulatório que adotamos hoje. Outro exemplo dentre vários, é o de Emerson Canonici, que veio nos auxiliar no projeto de educação permanente e hoje é coordenador do NUCAAR.

Os trabalhadores, conforme foi apresentado ao longo da tese, procediam de diferentes órgãos e culturas institucionais: Fundação SESP, SUCAM, INAMPS, SES, SMS e terceirizados. Apresentavam reações diferentes nas nossas interseções e reagem de acordo com a cultura organizacional de origem. Os mais resistentes foram os funcionários da PMA. Neste período, ocorreram muitas mudanças em função dos vínculos precários e da

realização do concurso, mas não foi com os trabalhadores que enfrentamos maior resistência, tampouco com os médicos. A rejeição maior originou-se de fora, orquestrada pelos interesses mesquinhos da cultura política fisiológica.

As crises de compreensão e de comunicação entre nós e os trabalhadores geralmente eram exploradas por outros atores com interesses alheios ao foco do debate. Quase sempre era pautada a minha indicação como secretário e os interesses que foram contrariados. Passei dois anos sendo chamado de forasteiro e até hoje ainda sou tratado desta forma por alguns comunicadores de rádio; fui visto como uma incrustação. A intolerância ao governo do PT e a nós, especificamente, gerou uma barreira que dificultou à população sentir os avanços que conquistamos.

O sentimento de incrustação é produzido o tempo todo por uma ideologia perversa que coloca o Estado como meio de sobrevivência e através do qual, e somente por ele, é possível acumular riqueza. Nós ainda temos uma caminhada longa até superar a idéia do Estado provedor paternalista; e pior: propriedade e direito de alguns eleitos. Não faz parte das preocupações da maioria dos políticos promover desenvolvimento substantivo e sustentável, com viabilidade no mundo competitivo tecnológico. Todos os olhos estão voltados para “qual pedaço da máquina pública vou controlar”. A tarefa de produzir mudança gera-lhes descontentamentos. Seguir regras é quase um sinônimo de arrogância, de prepotência e é motivo de desconfiança. O protencionismo/paternalismo está tão arraigado e é tão cultural o desrespeito ao outro pelo não cumprimento às regras, que pessoas que em tese deveriam estar ao lado desta construção, assumem uma defesa ideológica caracterizada por uma prática de cunho patrimonialista populista, inviabilizando e dificultando o processo de mudança.

Somado a isso, poderíamos falar do “começar do zero”, que é a estratégia de negação de parte dos políticos e comunicadores acerca do mundo no qual se insere, para evitar comparações e possível agregação de valor a processos de construção social contra-hegemônico. Nós nem começamos do zero nem somos uma ilha. A validação política de um processo técnico-político da dimensão da construção do SUS em situações complexas como a de Aracaju requer a relativização da obra em produção a partir da comparação com outros processos similares. Assim seria possível aferir a eficiência e



eficácia do processo de gestão e de governo em torno de políticas de Estado, como é o SUS.

Cometemos muitos erros. No entanto, os maiores foram decorrentes do voluntarismo político de se apresentar de forma transparente para os debates e as discussões. Foi assim no PCCV, para o qual partimos com uma proposta de 100% de aumento no vencimento básico e ficamos sem margem para negociação. Representa ingenuidade numa determinada perspectiva e noutra essa atitude pode ser lida como “sabedoria”. Pode ser fruto de uma tradição acadêmica iluminista de ter o caminho como uma verdade que independe dos outros.

A arrogância técnica negligencia a importância da política. Em Aracaju, ter um governo forte com prefeito legítimo e decidido a desenvolver uma política que dialogasse com as necessidades da população carente da cidade foi DETERMINANTE. Segurou a reação dos adversários, garantiu a conformação de equipe a partir de critérios prevalentemente técnicos, além de assumir em determinados momentos defesa pública do projeto.

Nos quatro anos de implantação do projeto Saúde Todo Dia interagimos com dois Governos no Estado e dois Governos na União. Nos dois primeiros anos, a nossa agenda foi a habilitação à condição de gestão plena do sistema municipal de saúde e à consolidação do comando único, e nos últimos dois anos a conformação das redes assistências para garantia da integralidade com equidade.

Em relação aos Governos de Estado, apesar das diferenças, o primeiro, mais diplomático, sutil e de diálogo, e o segundo, com práticas autoritárias e uso da força em qualquer situação, independentemente da natureza das questões em foco. O que interessa antes de tudo é sua posição e a sua visão prevalecerem. Ambos revelaram nas suas ações ambigüidades quanto ao papel do Estado na atenção à saúde e gestão do sistema estadual de saúde, produzindo paralisia na ação sanitária e desassistência.

Enquanto o Ministério da Saúde assumiu o papel de agenciador de políticas através do financiamento dirigido com repasses fundo a fundo para Estados e Municípios, os Estados não resolveram o dilema: se produz, o que produz e quando produz serviços de saúde. A aliança do modelo liberal-privatista com a velha política calcada nas relações de

trocas fisiológicas, que induz sempre à ambigüidade de produzir serviços para trocar por favores políticos ou desenvolver política pública de saúde que assegure a saúde como um direito de cidadania tem impedido os Estados de darem o salto, como alguns municípios e a União estão dando rumo à epopéia republicana. A superação do dilema vivido pelos Estados é um desafio de todos que atuam na formulação de política pública e principalmente dos que atuam na saúde como acadêmicos, profissionais, gestores e dirigentes de organizações não-governamentais.

O Ministério da Saúde, na perspectiva de agenciador de políticas, através do financiamento dirigido, pode comemorar o sucesso de algumas políticas: programa de saúde da família, SAMU, assistência-farmacêutica incluindo medicamentos excepcionais e a farmácia popular -, controle de DST/AIDS, saúde mental, aleitamento materno, conformação de serviços de alta complexidade, entre outros, na área de atenção à saúde.

Na atenção à saúde ainda há lacunas a serem preenchidas com políticas indutoras de mudanças. Exemplos: assistência ambulatorial especializada de média complexidade, que funciona centrada em procedimentos, sem adensamento tecnológico, sem vinculação e baixa responsabilização das equipes com os usuários e com oferta insuficiente; assistência hospitalar de média complexidade, cuja política tem-se limitado a reajustes na tabela de referência do sistema de informação hospitalar (SIH); o programa de saúde da família ou a atenção básica em cidades de médio e grande porte requerem melhoria nos incentivos, que poderiam ser atrelados a algumas iniciativas desses municípios relacionadas à garantia da integralidade.

Na área de gestão do trabalho e educação na saúde, o atual governo federal (2003-2006) deu passos firmes e consistentes com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (2003) e a criação dos pólos de educação permanente, da câmara de regulação do exercício profissional, da mesa nacional de negociação do SUS e do comitê de desprecarização.

Para deslanchar a área de educação na saúde é preciso que o Departamento de Gestão da Educação na Saúde assuma sem crises o papel de agenciamento e coordenação de políticas, que podem e devem ser construídas coletivamente, mas têm de dialogar com o conjunto das políticas do Ministério da Saúde. Na área de gestão do trabalho a política precisa ganhar clareza e foco.

As Normas Operacionais Básicas de 93 e de 96 (NOB-93 e 96/SUS) e a Norma Operacional de Assistência (NOAS/SUS) representaram e representam acordos federativos de gestão e de financiamento tripartes muito importantes para a conformação do SUS, como: criação dos mecanismos de repasse financeiro do fundo nacional de saúde para os fundos municipais e estaduais; criação de tipologia de condição de gestão de sistema; instituição do piso de atenção básica; conceituação da regionalização, que, de certa maneira, aponta para os tipos de unidades sistêmicas quando estabelece no plano diretor de regionalização o papel dos municípios para as referências; introduz alguns instrumentos de pactuação, entre outros.

Creio que temos algumas condições postas para darmos um novo impulso à implantação do SUS. Exemplo: a definição clara que o Ministério da Saúde tem assumido de agenciador e coordenador de políticas. Outra condição que vem configurando-se é a definição de uma nova política para a conformação da gestão dos sistemas de saúde, cujo acúmulo histórico para fazê-lo está disponível.

A formulação de uma nova política de gestão para o SUS requer considerarmos que ao longo dos últimos dez anos vem-se conformando a idéia de unidades sistêmicas componentes do Sistema Único de Saúde (SUS). A NOAS/SUS cria categorias de municípios quando estabelece tipos de sistemas locais de acordo com a capacidade instalada e responsabilidade quanto à garantia de acesso para populações de outros municípios e quando ratifica o comando único de gestão num determinado território. Quando falamos de municípios-sede de módulos assistenciais, sede de microrregião e sede de região assistencial, estão-se configurando tipos de sistemas municipais de saúde, os quais costumo denominar de sistemas municipais de abrangência local, de abrangência microrregional, regional e nacional ou especial, aqueles que são referências para todas as unidades sistêmicas. Além dos sistemas locais, poderíamos falar em unidades sistêmicas estaduais e nacional, que não são o simples somatório das unidades sistêmicas em função das diferenças de objetos e de papéis.

A partir das unidades sistêmicas pode ser definido o financiamento por base populacional, por abrangência que considera a capacidade instalada e de oferta e dirigido de acordo com as iniciativas de cada gestor, sempre respeitando o tipo de sistema, incluído os

estaduais. Facilita o debate sobre a gestão regional e possibilita assumir definitivamente as unidades federativas como a referência gestora dos recursos e executora das políticas de atenção à saúde, sem haver necessidade de criarem-se instâncias regionais, quase com caráter federativo. Nesta perspectiva, todas as unidades federadas são gestoras “plenas” de sistema de saúde e têm de garantir acesso regular e sistemático para toda a população da área de sua abrangência e a todos os brasileiros que procurem por assistência no seu território, de acordo com a capacidade assistencial da sua tipologia, conforme pacto de gestão e de atenção firmado entre os entes federados componentes da microrregião ou região assistencial.

Além das comissões intergestoras bipartite e tripartite, com papel permanente de pactuação federativa para a saúde, devem ser criados os comitês gestores regionais formados pelos municípios de cada microrregião ou região com a participação da SES, para a elaboração de pactos de atenção e de gestão que implicam na definição da alocação de recursos para as unidades federadas de acordo com as responsabilidades assumidas na atenção à saúde.

A matriz produtiva da secretaria cresceu e se qualificou, incorporando novos serviços, equipamentos assistenciais e redes inteiras. Aumentou o número de profissionais, de profissões e de equipes. A produção de serviços se diversificou e ampliou com grande eficiência; ou seja: cada centavo se transforma em unidade de serviço realizado. Foram implantados: novo modelo de gestão, novos processos e um novo conceito de logística, que tornaram a máquina administrativa capaz de atender às demandas das áreas-fim.

O controle social se consolidou com a mudança da composição do conselho municipal de 22 para 32 membros e com a criação dos conselhos locais. Foram realizadas três conferências municipais de saúde e por duas vezes conferências locais de saúde.

A distribuição de serviços na capital e para o interior do Estado tornou-se regular e é mediada por mecanismos de regulação baseados em critérios que qualificam a natureza das demandas. Os indicadores também melhoraram e sinalizam para o acerto da construção do SUS-Aracaju. Destaca-se a redução da mortalidade infantil com um recuo de 25% e a expectativa de vida ao nascer, que saltou de 60 para 68,7 anos.

Aponto como inovador em nossa experiência de SUS: a tentativa de organizar práticas, serviços e sistemas de saúde para atender às necessidades e produzir autonomia; o conceito de estabelecimento e redes assistenciais como matrizes universais de produção; as ações programáticas como tecnologias organizadoras de linhas de produção de cuidado para grupos identificados como vulneráveis/especiais e caracterizadas como um modo de gerir cuidado e não como modo de produção; o complexo regulatório como instrumento de garantia de acesso universal com equidade que pauta na viabilização operacional dos princípios do SUS e torna possível a integralidade de cada usuário em cada momento de sua vida; a educação permanente como modo de promover a intersecção entre os sujeitos da gestão e da assistência, seus objetos e projetos na perspectiva de conformar o sujeito coletivo da gestão. Considero, pois, relevante a tentativa de fazer gestão por objetos.

São vários os desafios a serem enfrentados na consolidação da equidade, universalidade e integralidade, mas destaco: o desenvolvimento de tecnologias de singularização da atenção à saúde; de tecnologias de gestão do cuidado, como o complexo regulatório e de gestão de sistema; o convencimento dos políticos de investirem na saúde como política pública universal produtora de cidadania e não como espaço de troca fisiológica; e a superação da cultura da indigência presente no imaginário de trabalhadores, gestores, políticos, empresários, comunicadores e parte da sociedade. Parcela destes segmentos ainda não foi vencida pela conquista da saúde como direito.

A força da militância de sujeitos epistêmico-social-políticos organizados pode ser capaz de, com mais ou menos tempo, superar as dificuldades e produzir um mundo onde temas de relevância para os indivíduos e coletivos sejam tratados como direitos universais, preservando as individualidades.

*REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*



ADAIR, C. B.; MURRAY, B. A. **Revolução Total dos Processos**: estratégias para maximizar o valor do cliente. São Paulo: Nobel, 1996.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança - um olhar analítico. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial/Editora da UEL, 1999. (Tomo 1).

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança - as vozes dos protagonistas. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial/Editora da UEL, 1999. (Tomo 2).

ANTUNES, E.; VALE, M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão da Tecnologia Biomédica**: tecnovigilância e engenharia clínica. Brasil-França: Acodess, 2002.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.

ARACAJU, Prefeitura Municipal de Aracaju. **Lei Complementar nº 013**, de 30 de novembro de 1993. Institui o Conselho Municipal de Saúde de Aracaju e dá outras providências. Aracaju: Prefeitura Municipal de Aracaju/Gabinete do Prefeito, 1993. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 018**, de 18 de julho de 1995. Dispõe sobre a alteração dos dispositivos da Lei Complementar nº 13, de 30 de novembro de 1993. Aracaju: Prefeitura Municipal de Aracaju/Gabinete do Prefeito, 1995. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 052**, de 14 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde de Aracaju e dá outras providências. Aracaju: Prefeitura Municipal de Aracaju/Gabinete do Prefeito, 2002. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Decreto nº 350, de 12 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a criação da Comissão Especial Responsável pelo Chamamento Público para contratação de procedimentos na área de saúde. **Diário Oficial do Município de Aracaju**, Prefeitura Municipal de Aracaju/Gabinete do Prefeito, Aracaju, SE, 31 dez. 2002, Seção Atos do Poder Executivo, p. 22.



\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Decreto nº 155**, de 19 de maio de 2003. Dispõe sobre a alteração do art. 2º do Decreto nº 350, de 12 de dezembro de 2002, que cria comissão especial responsável pelo chamamento para contratação de procedimento na área de saúde. Aracaju: Prefeitura Municipal de Aracaju/Gabinete do Prefeito, 2003. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Decreto nº 195**, de 23 de maio de 2001. Dispõe sobre a prestação de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS junto ao município de Aracaju. Aracaju: Prefeitura Municipal de Aracaju/Gabinete do Prefeito, 2001. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Decreto nº 272**, de 21 de setembro de 2004. Regulamenta o artigo 44 da Lei Complementar nº 61, de 02 de julho de 2003. Aracaju: Prefeitura Municipal de Aracaju/Gabinete do Prefeito, 2004. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Decreto nº 433**, de 29 de dezembro de 2003. Dispõe sobre a alteração da Comissão Especial pelo Chamamento de procedimentos na área de saúde. Aracaju: Prefeitura Municipal de Aracaju/Secretaria Municipal de Governo, 2003. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 61**, de 02 de julho de 2003. Institui o Plano de Carreiras, Cargos e Vencimentos para os Servidores da Categoria Ocupacional da Saúde do Município de Aracaju e dá outras providências. Prefeitura Municipal de Aracaju/Secretaria Municipal de Governo, 2003. (mimeo).

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde, Comissão Especial para Chamamento Público. **Chamamento Público nº 001/2003**. Prefeitura Municipal de Aracaju/Secretaria Municipal de Saúde/ Comissão Especial para Chamamento Público, 05 mai. 2004. (mimeo).

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2000**. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **VI Conferência Municipal de Saúde**: acolhimento e garantia de acesso no SUS - uma construção de todos. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **VII Conferência Municipal de Saúde**: saúde todo dia – hoje e amanhã. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Conferência Extraordinária de Saúde do Município de Aracaju.** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Capacitação dos Profissionais da Rede Básica: Módulo I.** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2002. (mimeo)
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão 2001.** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Edital de Concurso nº 01/2003:** Concurso Público para provimento de vagas em cargos de nível fundamental, médio e superior para a área de saúde. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde/Secretaria Municipal de Administração, 2003. (mimeo).
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão 2002.** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Projeto Saúde Todo Dia.** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Educação Permanente: Saúde Todo Dia.** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde/Centro de Educação Permanente da Saúde, 2004. (mimeo).
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Projeto de Qualificação do SUS-Aracaju.** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão 2003.** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório da VII Conferência Municipal de Saúde: Saúde Todo Dia - hoje e amanhã.** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão 2004.** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Sistema municipal de informação em saúde de Aracaju (SIMIS).** Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.
- ARENDDT, H. **Entre o Passado e o Futuro.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1992.

BADIOU, A. **Deleuze: o clamor do ser**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BENJAMIN, W. O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: **Magia e Técnica Arte e Política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. Tradução Sérgio Paulo Rouanet; Prefácio Jeanne Marie Gagnebin. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. (Obras escolhidas; v.1). p. 197-221.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura sobre a medicina das inter-relações**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

BOFF, L. **E a igreja se fez povo: Eclesiogênese - a igreja que nasce da fé do povo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

\_\_\_\_\_. **A fé na periferia do mundo**. Petrópolis: Vozes, 1988.

\_\_\_\_\_. **Igreja carisma e poder**. Petrópolis: Vozes, 1984.

\_\_\_\_\_. **Vida para além da morte**. Petrópolis: Vozes, 1985.

\_\_\_\_\_. **Trindade e sociedade: série II – o Deus que liberta seu povo**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS 01/1993. **Informe Epidemiológico do SUS**, número especial:49-73, 1993.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2001.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria MS/GM nº 1969 de 25 de outubro. Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 2001; nº 96 Seção 1E.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003 (NOB/96 01/96, de 05 de novembro de 1996), p. 49-85.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em 15 nov. 2004.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em 15 nov. 2004.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Emenda Constitucional 29**, de 13 de setembro de 2000. Dispõe sobre a Alteração dos arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://www.sefa.pa.gov.br/legisla/leg/Diversa/ConstEmendas/Emendas/EmendaConst%2029.htm>. Acesso em 12 out. 2004.

BUARQUE, Cristóvam. **A revolução das prioridades**. Brasília: INESC, Instituto de Estudos Econômicos, 1993.

CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã VM Editora e Gráfica LTDA, 1998.

CAMPOS, G. W. S. **Os médicos e as políticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

- CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública em defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G.W.S. **A Saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. **Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Editora Página Aberta LTDA, 1996.
- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2): 569-98, 2003.
- CAMPOS, V. F. **Controle da qualidade total: no estilo japonês**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fundação Christiano Ottoni, 1994.
- CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. 2. ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1994.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CAPRA, F. **Uma nova compreensão dos sistemas vivos: a teia da vida**. São Paulo: Editora Cultrix, 1996.
- CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**; 4(4): 8-45, 1997.
- CECCON, C.; OLIVEIRA, M. D.; OLIVEIRA, R. D. **A vida na escola e a escola da vida**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COMISSÃO NACIONAL DE ASSESSORES DA PASTORAL DA JUVENTUDE (CNPJ). **Os cristãos e a militância Política**. Petrópolis: Vozes, 1988.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS. **Segunda fase primeiro módulo do projeto de avaliação das escolas médicas do Brasil**. Brasília: CINAEM 1994. (mimeo).

\_\_\_\_\_. **Relatório geral da segunda fase do projeto de avaliação das escolas médicas do Brasil**. Brasília: CINAEM, Julho de 1997. (mimeo).

\_\_\_\_\_. **Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira**. Pelotas: UFPEL, 2000.

CONGRESSO. Brasileiro de Estudantes de Medicina (III), Cuiabá, 1992.

CONGRESSO. Brasileiro de Estudantes de Medicina (IV), Belo Horizonte, 1993.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório da VII Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/7%AA\\_Conf\\_Nacional/7conf\\_nac.pdf](http://conselho.saude.gov.br/7%AA_Conf_Nacional/7conf_nac.pdf). Acesso em 15 nov. 2004.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**: São Paulo: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, Departamento de Fiscalização, 2000.

COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DA UFPR. **Proposta de Reforma Curricular do Curso de Medicina da UFPR**. Curitiba, 1989. (mimeo).

CORIAT, B. **Pensar pelo Averso: o modelo japonês de trabalho e organização.** Rio de Janeiro: Editora Revan/Editora UFRJ, 1994.

DATASUS, 2001. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 20 out. 2004.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho.** 4. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1991.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti- Édipo Capitalismo e Esquizofrenia.** Lisboa: Assírio e Alvim, 1966.

DELEUZE, G. **Crítica e Clínica.** São Paulo: Editora 34 Ltda, 1997.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. **Mil Platôs Capitalismo e Esquizofrenia.** São Paulo: Editora 34 Ltda, 1995. (v. 1 a 5).

DIXON, B. **Além das balas mágicas.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1981.

DONANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho.** São Paulo: Pioneira, 1975.

DONANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DRUCKER, P. F. **50 Casos Reais de Administração.** São Paulo: Enio Matheus Guazzelli e CIA. LTDA, 1983.

ECO, Umberto.; MARTINI, Carlo. Maria. **Em que crêem os que não crêem?** Rio de Janeiro: Record, 1999.

FALCÃO, E. F.; ANDRADE, J. M. T. **Mobilização-Ação-Reflexão Complexa: Metodologia para a mobilização coletiva e individual.** 2. ed. João Pessoa: Editora da Universidade Federal da Paraíba, 2003.

FAYOL, H. **Administração Industrial e Geral.** 9. ed. São Paulo: Atlas, 1976.

- FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2002.
- FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. **O fazer em saúde coletiva**: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2002.
- FIGEUIREDO, A. **Sociologia e Psicologia do Cotidiano**. Rio de Janeiro: Alhambra, 1985.
- FIORI, J. L. **Os moedeiros falsos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- FLEURY, S. **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- FLEXNER, Abraham. **Medical Education in the United States and Canada**. Boston: Merrymount Press, 1910.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na Assistência à Saúde: a Organização das Linhas do Cuidado. In: MERHY, E.E. et al. **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.
- FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A.; FOSCHIERA, M. M. P.; PANIZZI, M. **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.
- FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- FREIRE, R.C. (org). **Manual das Ações Programáticas no Modelo Saúde Todo Dia**. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.
- FREIRE, R.C. (org). **Oficinas de Planejamento do Núcleo de Desenvolvimento de Programas**. Aracaju: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.



FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. Disponível em <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/estudos.htm>. Acesso em: 15 nov. 2004.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação.** Um estudo introdutório. 5. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1987.

GALLO, E. A. **Razão e planejamento:** reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec, 1995.

GALLO, E. A. **Planejamento na prática.** Rio de Janeiro, 1995. (mimeo).

GOLDRATT, E. M.; COX. J. **A meta:** um processo de aprimoramento contínuo. São Paulo: Educator, 1994.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994.

GORZ, A. **Historia y Enajenación.** México: Fondo de Cultura Económica, 1986.

GUARESCHI, P.; JOVCHENLOVTCH, S. **Textos em Representações Sociais.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

GUATTARI, F. **As Três Ecologias.** 5. ed. Campinas: Papyrus, 1995.

HAVEY, D. **Condição Pós-Moderna.** 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

HELLER, A. **O cotidiano e a história.** São Paulo: Paz e Terra, 1985.

HOSSNE, W. S. A experiência da CINAEM - Brasil. In: **Anais do Encontro Continental de Educacion Medica.** Punta del Leste, 1994.

IANNI, O. **A era do globalismo.** 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

INGRAM, D. **Habermas e a dialética da razão.** 2. ed. Brasília: Editora da UNB, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**: características da população e dos domicílios - resultados do universo. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 2000. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em 15 nov. 2004.

JESUS, A. T. **Educação e hegemonia no pensamento de Antonio Gramsci**. Campinas: Cortez/Unicamp, 1989.

KUHN, T. S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.

LAFARGUE, P. **O Direito à Preguiça**. São Paulo: Editora Unesp/Hucitec, 1999.

LEWIN, R. **Complexidade**: a vida no limite. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

MACHADO, J. L. M. et al. **Reformulação do ensino médico rumo à formação profissional de qualidade**. Botucatu: FMU, 1995.

MADEL, T. L. **Natural Racional Social Razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MAQUIAVEL, N. **O Príncipe**: comentários de Napoleão Bonaparte. 12. ed. São Paulo: HEMUS, 1996.

MARX, K. **O 18 Brumario e Cartas a Kugelmann**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. São Paulo: Editora Abril, 1978. (coleção os pensadores).

MASI, D. **O Futuro do Trabalho**: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 1999.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente**. Recife: Litteris, 1989.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1996. (v. 1 e 2).

MERHY, E.E. **O capitalismo e a saúde pública**. Campinas: Papius, 1987.

MERHY, E.E. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de política. São Paulo: Hucitec, 1992.

\_\_\_\_\_. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160. (Saúde em Debate – Série Didática).

MERHY, E.E. Planejamento Como Tecnologia de Gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo, E. (org.). **Razão e Planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1995.

MERHY, E.E. Em Busca do Tempo Perdido: micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOCKO, R.; MERHY, E.E. (org.) **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires. HUCITEC/Lugar Editorial, 1997.

MERHY, E.E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Merhy, E.E. et al. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E. **Modelos tecnoassistenciais que se colocam em defesa da vida**. Campinas, 1989. (mimeo).

MERHY, E. E. **Crise no modo de se produzir saúde**: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil. Campinas, 1997. (mimeo).

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MORIN. Edgar. **Para sair do século XX**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração**. 17. ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e arte de ser dirigente**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

MYNAIO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1996.

NASCIMENTO, Elimar Pinheiro. Modernidade ética: um desafio para vencer a lógica perversa da nova exclusão. **Proposta**, Rio de Janeiro, (65), p. 24-28, jun.1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: 10ª rev.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997. (vol. 1 e 2).

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários. In: Mendes, E.V. org. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1999.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. (Coleção Saúde Coletiva).

PICCINI, Roberto Xavier et al. Projeto de Avaliação das escolas Médicas do Brasil - CINAEM. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 16 (1/3), jan/dez. 1992.

PICCINI, Roberto Xavier e SANTOS, Rogério Carvalho. **Descrição geral dos currículos e processo de formação médica**. Pelotas, março de 1995. (mimeo).

PLATÃO. **A Republica**. Tradução de Enrico Corvisieri. São Paulo: Editora Nova Fronteira, 2004.

\_\_\_\_\_. **Diálogos**. São Paulo: Editora Nova Fronteira, 2004.

PINTO, H. A. **Considerações sobre o difícil papel da DENEM na transformação concreta da escola médica brasileira**. Recife, 2001. (mimeo).

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Disponível em <http://www.pnud.org.br/atlas>. Acesso em 15 nov. 2004.

RAYMUNDO, J. **Auto-organização: novas bases para o conhecimento humano**. João Pessoa: Idéia, 1993.

RIBEIRO, D. **Nossa escola é uma calamidade**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.

RODRIGUES, N. **Estado, educação e desenvolvimento econômico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1984.

ROSA, A. R. **O componente acadêmico dos projetos UNI: Programa UNI - uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde**. Fundação W. K. Kellogg, 1994.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, B. S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço**. São Paulo: Editora USP, 2002.

SANTOS, R. C. **Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Campinas, 1998. (Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Unicamp para obtenção do título de mestre em saúde coletiva). (mimeo).

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1989.

SCHRAIBER, L. B. (Org). **Programação em Saúde Hoje**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (Org). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 03/2001**. Aprovar o pleito do município de Aracaju na condição de Gestão Operacional Básica do SUS – NOB/SUS 01/96, de 05 nov. 1996. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde/ Comissão Intergestores Bipartite, 27 mar. 2001. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução nº 20/02**. Resolve habilitar o município de Aracaju ao Termo de Ajuste e Metas nas Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária, conforme Portaria 1008 GM/MS de 08/12/2000, art. 6º e seus parágrafos e Portaria 145 GM/MS de 31/01/2001, art. 7º, e Portaria nº 1 de 3/01/2002, considerando os artigos 6 e 7. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde/ Comissão Intergestores Bipartite, 26 mar. 2002. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução nº 27/02**. Resolve aprovar o comando único da assistência à saúde do município de Aracaju – SE. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde/ Comissão Intergestores Bipartite, 07 jul. 2002. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução “AD REFERENDUM” nº 01/03**. Resolve aprovar o comando do Programa DST/AIDS no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju com a implementação da política de repasse de recursos fundo a fundo a partir de 2003. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde/ Comissão Intergestores Bipartite, s/d. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução nº 36/03**. Resolve aprovar a inclusão do município de Aracaju ao Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família – PROESF. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde/ Comissão Intergestores Bipartite, 12 jun. 2003. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução nº 50/03**. Resolve aprovar a habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPAB-A dos municípios de Aracaju, Canhoba, Carmópolis e Poço Verde. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde/ Comissão Intergestores Bipartite, 08 ago. 2003. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução nº 58/03.** Resolve aprovar o cadastramento do Serviço de Atendimento Municipal de Urgência SAMU/ARACAJU junto ao Ministério da Saúde. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde/ Comissão Intergestores Bipartite, 03 set. 2003. (mimeo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Resolução nº 84/03.** Resolve aprovar o Plano de Atenção às Urgências do Estado de Sergipe e o Termo de Adesão ao Plano Estadual de Atenção às urgências. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde/ Comissão Intergestores Bipartite, 15 dez. 2003. (mimeo).

SILVA JÚNIOR, A.G. **Modelos Tecno-assistenciais em Saúde:** o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

TEIXEIRA, S. F. et al. **Reforma sanitária em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

TOURAINÉ, A. **Crítica da Modernidade.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. et al. **Cidadania e Loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

TZU, Sun. **A Arte da Guerra.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

VENTURELLI, J. **Educación Médica:** Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington: OMS/OPS, 1997.

WANDERLEY, Mariângela Belfiori. Reflexões acerca do conceito de exclusão. In: **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. (cap. 1), p. 16-27.

YALOM, I. D. **Quando Nietzsche chorou.** 9. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

ZANIN, A.; CUNHA, G.T. (coord.). **Anti-Protocolo:** hipertensão arterial, diabetes, oncologia, tabagismo. CAMPINAS, Secretaria Municipal de Saúde, 2003. Disponível em <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/anteprotocolo/indice.htm>. Acesso em: 15 nov. 2004. (arquivo compactado disponível para download).