



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

CARLOS GARCIA FILHO

**ARTICULAÇÃO ENTRE POLÍTICAS DE SAÚDE E EPIDEMIOLOGIA:
PESQUISA-AÇÃO PARTICIPANTE SOBRE PLANEJAMENTO
MUNICIPAL EM SAÚDE**

FORTALEZA - CEARÁ

2016

CARLOS GARCIA FILHO

ARTICULAÇÃO ENTRE POLÍTICAS DE SAÚDE E EPIDEMIOLOGIA:
PESQUISA-AÇÃO PARTICIPANTE SOBRE PLANEJAMENTO MUNICIPAL EM
SAÚDE

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Garcia Filho, Carlos.

Articulação entre Políticas de Saúde e
Epidemiologia: pesquisa-ação participante sobre
planejamento municipal em saúde [recurso eletrônico]
/ Carlos Garcia Filho. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 º pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 286 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do
Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

1. Planejamento em saúde. 2. Epidemiologia. 3.
Sistema de Saúde. 4. Participação Comunitária. I.
Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itapery - 60740-000 - Fortaleza - CE
FONE: (0xx85) 3101.9826

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da Tese: **"Articulação entre Políticas de Saúde e Epidemiologia: pesquisa-ação participante sobre planejamento municipal em saúde"**.

Nome do doutorando: **Carlos Garcia Filho**

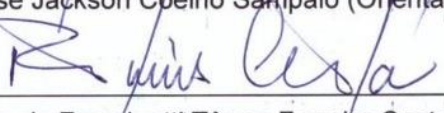
Nome do Orientador: **Dr. José Jackson Coelho Sampaio** (Orientador)

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE COLETIVA.

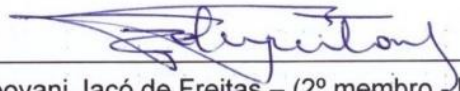
BANCA EXAMINADORA:



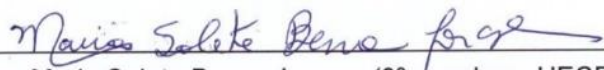
Dr. José Jackson Coelho Sampaio (Orientador)



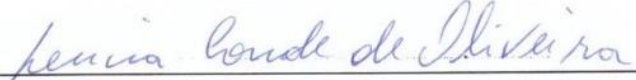
Dra. Paola Frassinetti Tôrres Ferreira Costa (1º membro - UFC)



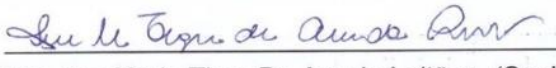
Dr. Geovani Jacó de Freitas – (2º membro - UECE)



Dra. Maria Salete Bessa Jorge – (3º membro - UECE)



Dra. Lúcia Conde de Oliveira – (4º membro - UECE)



Dra. Ilse Maria Tigre De Arruda Leitão – (Suplente - UECE)

Data da defesa: 24/08/2016

“De que aproveitará, irmãos, a alguém dizer que tem fé, se não tiver obras? Acaso esta fé poderá salvá-lo? Se a um irmão ou a uma irmã faltarem roupas e o alimento cotidiano, e algum de vós lhes disser: “Ide em paz, aquecei-vos e fartai-vos”, mas não lhes der o necessário para o corpo, de que lhes aproveitará? Assim também a fé: se não tiver obras, é morta em si mesma.”

Tiago 2:14-17

A Ângela, pelo sabor das primeiras letras,
A Carlos, pelo incentivo para ser médico.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, chefe Guarani, a orientação, a dedicação, a paciência, o exemplo e a amizade desde a iniciação científica no Curso de Medicina da UECE.

Ao Dr. Antônio Carlile de Holanda Lavor, o incentivo permanente para aceitar os desafios da construção do SUS e o exemplo de dedicação à saúde pública.

À Lana Carina Viana de Lavor, a disposição, o desprendimento e a amizade necessários para compartilhar a experiência da chefia Guarani.

Aos amigos do grupo da ESPI, Davi Queiroz de Carvalho Rocha, Jacirene Gonçalves Lima Franco, José Maria Ximenes Guimarães, Rafael Baquit Campos, Carlos Celso Serra Azul Machado Bezerra e Maria Janaina Norões de Sousa, os bons encontros e a partilha de conhecimento, afeto e ação.

À Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu e à Prefeitura Municipal de Iguatu, a abertura para realização dessa pesquisa e a partilha do desejo de transformar as práticas de saúde e construir um Sistema Único de Saúde mais efetivo e democrático.

Aos trabalhadores, gestores e usuários do SUS, o envolvimento e a disposição para participar desta pesquisa.

À Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira e ao Prof. Dr. Geovani Jacó de Freitas, as contribuições teóricas valiosas durante a qualificação do projeto desta Tese.

À Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, o estímulo para viver a academia de modo intenso.

À Profa. Dra. Paola Frassinetti Tôrres Ferreira Costa, o desafio para prosseguir com a autoetnografia.

RESUMO

Na presente pesquisa, busca-se compreender, por meio da reflexão e intervenção sobre o planejamento em saúde, as relações entre Políticas de Saúde e Epidemiologia no enfrentamento de uma situação concreta de crise assistencial e financeira no sistema de saúde de Iguatu, município localizado no interior cearense. Trata-se de uma pesquisa-ação participante que enfoca o planejamento municipal em saúde como objeto de reflexão e intervenção. A reflexão parte do consumo das metodologias de planejamento pelos atores em uma situação de crise de um sistema municipal de saúde. A intervenção se baseia nas metodologias de planejamento existentes e consumidas pelos atores, portanto em suas transformações de teorias em práticas, para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, da Programação Anual de Saúde de 2014 e de 2015 e do Relatório Anual de Gestão de 2014. O objeto de pesquisa é uma prática constituída socialmente, portanto sua interpretação e transformação também são considerados um processo social. O desdobramento desses pressupostos para operacionalização da pesquisa foi realizado por meio de uma crítica às relações entre tática, estratégia e poder no planejamento em saúde. O engajamento dos participantes para transformar o sistema de saúde e a situação socio sanitária de Iguatu por meio da construção dos dispositivos de planejamento, do fortalecimento da descentralização e democratização da gestão e da instituição de novas práticas de cuidado em saúde foi satisfatória. O uso das esferas públicas para mediar ação e reflexão por meio do diálogo e do consenso foi pontuado por dificuldades operacionais, porém essa alternativa mostrou-se uma proposta ética e politicamente adequada aos pressupostos emancipatórios defendidos pelas correntes teóricas a que se recorreu como fundamento dessa Tese. A chefia Guarani emergiu como desafio ético e político para a transformação participativa e democrática das práticas de atenção e gestão à saúde em Iguatu. Seus resultados foram moderadamente satisfatórios nos serviços de saúde mental, mas apenas neles. Não se observou modificação expressiva do processo de trabalho e gestão em saúde nos demais setores e serviços de Iguatu. Por outro lado, as discussões no Conselho Municipal de Saúde tornaram-se mais densas e críticas após a experiência da elaboração dos dispositivos do planejamento em saúde. Por se tratar de um estudo de caso, essa pesquisa apresenta pequeno potencial de generalização no seu todo.

Porém, algumas de suas partes podem ser consideradas como paradigmáticas para outros municípios de médio e grande porte do interior cearense, como a discussão sobre a precarização do processo de trabalho e a incorporação de novas tecnologias em saúde.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Gestão em Saúde. Epidemiologia. Sistemas de Saúde. Participação Comunitária. Planejamento Participativo.

ABSTRACT

This research aims to understand, by pondering upon and intervening in health planning, the relation between Health Policy and Epidemiology dealing with an actual care and financial crisis situation in the health system of Iguatu, a city in the interior of State of Ceará – Brazil. It is a participatory action research that focuses on the municipal health planning as an object of pondering and intervention. The pondering starts upon the planning methodology used by the actors in a crisis situation of a municipal health system. The intervention is based on the existing planning methodology that were used by the actors, therefore to transform their theories into practices for the elaboration of the 2014-2017 Municipal Health Planning, the 2014 and 2015 Annual Health Projects and the 2014 Annual Administration Report. The object of research is a socially constructed practice, therefore its interpretation and transformation are also taken as a social process. The premises to the implementation of the research was made by a critique of the relation between tactics, strategy and power in the health planning. The commitment of the participants to the transformation of the health system and the sociosanitary situation of Iguatu by creating planning devices, strengthening the decentralization and democratization of the administration and implanting new health care practices was considered satisfactory. The use of public spheres to mediate action and reflection using the dialog and the consensus was stained by operational difficulties, but this alternative was shown to be a proposal that was ethically and politically fit to the emancipating premises sustained by the theoretical framework used as a foundation of this Thesis. The *Guarani Leadership* emerged as an ethical and political challenge for the democratic and participatory changes in the health care and administration of Iguatu. Its results were moderately satisfactory on the mental health services, but only on these. No expressive modification was observed on the health work and administration processes of the other areas and services of Iguatu. On the other hand, the debates of the Municipal Health Council became more thorough and critical after the experience of creating the health planning devices. Being a case study, this research poses a small generalization potential in its whole. Nevertheless, some of its parts might be considered as a paradigm to other medium and big cities of the interior of State of

Ceará such as the precarious work process and the incorporation of new health technologies.

Keywords: Health Planning. Health Administration. Epidemiology. Health Systems. Community Participation. Participatory Planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Dimensão técnica do processo de trabalho e gerencial da SMS de Iguatu.....	130
Quadro 2 –	Dimensão psicossocial do processo de trabalho e gerencial da SMS de Iguatu.....	131
Quadro 3 –	Dimensão organizacional do processo de trabalho e gerencial da SMS de Iguatu.....	132
Quadro 4 –	Análise da missão e da visão no PMS 2005-2008.....	158
Quadro 5 –	Exemplo de definição de diretriz, meta e indicador apresentada no PMS 2014-2017.....	185
Quadro 6 –	Metas e indicadores singulares da <i>Diretriz 1</i> do PMS 2014-2017.....	187
Quadro 7 –	Metas e indicadores singulares da <i>Diretriz 3</i> do PMS 2014-2017.....	188
Quadro 8 –	Metas e indicadores singulares da <i>Diretriz 4</i> do PMS 2014-2017.....	189
Quadro 9 –	Metas e indicadores singulares da <i>Diretriz 5</i> do PMS 2014-2017.....	190
Quadro 10 –	Metas e indicadores da <i>Diretriz 6</i> do PMS 2014-2017.....	191
Quadro 11 –	Metas e indicadores singulares da <i>Diretriz 7</i> do PMS 2014-2017.....	192
Quadro 12 –	Metas e indicadores singulares da <i>Diretriz 8</i> do PMS 2014-2017.....	194
Quadro 13 –	Metas e indicadores singulares da <i>Diretriz 9</i> do PMS 2014-2017.....	194
Quadro 14 –	Metas e indicadores singular da <i>Diretriz 10</i> do PMS 2014-2017.....	195
Quadro 15 –	Meta e indicador singular da <i>Diretriz Transversal</i> do PMS 2014-2017.....	196
Quadro 16 –	Exemplo de definição de ações, recursos e responsável apresentada na PAS 2015.....	216

Quadro 17 –	Ações por diretriz da PAS 2015.....	218
Quadro 18 –	Exemplo de aplicação de recursos apresentado na PAS 2015.....	220
Figura 1 –	Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu.....	137
Figura 2 –	Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu reformulado.....	203
Gráfico 1 –	Comparação da taxa de mortalidade infantil no município de Iguatu, na região de Iguatu e no Ceará entre os anos de 2008 e 2014.....	140
Gráfico 2 –	Comparação da proporção (%) de internações por condições sensíveis à atenção básica no município de Iguatu, na região de Iguatu e no Ceará entre os anos de 2008 e 2015.....	142
Gráfico 3 –	Comparação do percentual de recursos próprios aplicados em saúde em municípios cearenses para cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29/2000 entre os anos de 2008 e 2015.....	144
Gráfico 4 –	Comparação da despesa total e da despesa com recursos próprios em saúde <i>per capita</i> em Iguatu entre os anos de 2008 e 2015.....	145
Gráfico 5 –	Comparação da receita <i>per capita</i> de transferências interfederativas com a proporção de despesas financiadas com recursos dessas transferências em Iguatu entre os anos de 2008 e 2015.....	147

LISTA DE TABELAS

Tabela 1–	Quantidade e perfil dos participantes do processo de planejamento municipal em saúde.....	95
Tabela 2–	Proporção (%) de óbitos de crianças menores de um ano de acordo com a faixa etária em Iguatu entre os anos de 2008 e 2014.....	141
Tabela 3–	Receita e aplicação de recursos na SMS de Iguatu prevista na PAS de 2015 por bloco de financiamento do SUS.....	221
Tabela 4–	Despesas em saúde por subfunção orçamentária em 2014.....	236
Tabela 5–	Empregos formais em 2014 em Iguatu.....	249
Tabela 6–	Empregos formais em 2014 no Ceará.....	249

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CENDES	Centro de Estudios del Desarrollo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLS	Conselho Locais de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPI	Escola de Saúde Pública de Iguatu
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FUSPI	Fundação de Saúde Pública de Iguatu
HMAA	Hospital e Maternidade Agenor Araújo
HRI	Hospital Regional de Iguatu
HSAPI	Hospital Santo Antônio dos Pobre de Iguatu
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MPE	Ministério Público Estadual

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCV	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PM	Polícia Militar
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMI	Prefeitura Municipal de Iguatu
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde
PPA	Plano Plurianual
PRM	Programa de Residência Médica
PSD	Partido Social Democrático
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
SAFP	Secretaria de Administração, Finanças e Planejamento
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SBSC	Sociedade Beneficente São Camilo
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UDN	União Democrática Nacional
UFC	Universidade Federal do Ceará

UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URCA	Universidade Regional do Cariri

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	DEMARCAÇÃO TEÓRICA DO TEMA.....	29
2.1	Planejamento em Saúde e Epidemiologia Crítica: considerações sobre o direito à saúde e democracia.....	29
2.1.1	Planejamento em Saúde.....	29
2.1.1.1	Planejamento em saúde no SUS.....	35
2.1.2	Epidemiologia Crítica.....	43
2.1.3	Direito à saúde e democracia.....	45
2.2	Limites da demarcação teórica do tema.....	50
3	METODOLOGIA.....	54
3.1	Escolhas.....	55
3.1.1	Transformação social e Epidemiologia Crítica: contribuições da pesquisa-ação participante.....	55
3.1.2	Pesquisa-ação participante crítica e esferas públicas: implicações na constituição da subjetividade.....	61
3.1.3	Constituição da subjetividade e poder no planejamento em saúde: perspectivas e limites da transformação social.....	70
3.1.4	O escopo do objeto.....	77
3.2	Táticas.....	78
3.2.1	Tática e estratégia.....	79
3.2.2	Procedimentos de pesquisa e validade.....	84
3.2.2.1	Triangulação de resultados de dois ou mais instrumentos de pesquisa.....	88
3.2.2.2	Validação do respondente e atenção aos casos negativos e desviantes.....	89
3.2.2.3	Exposição clara dos métodos e procedimentos de pesquisa.....	90
3.2.2.4	Reflexividade sobre o papel desempenhado pelo pesquisador e suas relações com o objeto.....	91
3.3	Encontros.....	94
3.3.1	Participantes e aspectos éticos.....	94
3.3.2	Eixos de análise.....	101

3.3.3	Modo de exposição.....	101
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	102
4.1	Contextualização histórica das políticas públicas de saúde em Iguatu.....	102
4.1.1	Do final do século XVII, início da colonização portuguesa, à 1854, assinatura do contrato para construção do cemitério.....	107
4.1.2	De 1854, assinatura do contrato para construção do cemitério, até 1924, início da construção do Hospital Santo Antônio dos Pobres de Iguatu....	109
4.1.3	De 1924, início da construção do Hospital Santo Antônio dos Pobres de Iguatu, até 1988, implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde.....	113
4.1.4	De 1988, implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde até a atualidade.....	119
4.2	Planejamento Municipal em Saúde: a tática entre a estratégia e a participação.....	126
4.2.1	Crise: a mudança sem ruptura.....	128
4.2.2	Plano de Saúde: participação na estratégia.....	154
4.2.3	Programação Anual de Saúde 2014 e 2015: a chefia Guarani.....	196
4.2.4	Planejamento e trabalho em saúde: encontros e desencontros táticos...	223
4.2.5	Relatório Anual de Gestão 2014: o interesse no desinteresse.....	234
4.2.6	Trabalho em saúde: precarização e precariado.....	242
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	266
	REFERÊNCIAS.....	269
	APÊNDICES.....	282
	APÊNDICE A – Entrevista estruturada aplicada aos gestores táticos...	283
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevistas.....	285
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para grupo focal.....	286

1 INTRODUÇÃO

Encontro ou encontro inesperado são as categorias empregadas pela Filosofia clássica para denominar a contingência e o acaso. Chauí (2013) retoma Aristóteles e define o encontro inesperado como o cruzamento de séries causais independentes, gerando resultados indeterminados, pois as causas não se relacionam com o fim atingido. Um exemplo utilizado por Aristóteles é a ida de Sócrates ao mercado para comprar legumes, onde encontra Cálias que lhe paga uma dívida. Diferente do acaso ou da contingência, o necessário é concebido como aquilo que não pode deixar de acontecer, portanto é natural. Por outro lado, impossível é o que contraria a natureza, sua realização envolve uma ação contrária ao natural, denominada violência. Por exemplo, é necessário que uma pedra caia e apenas por meio de uma ação violenta é que a pedra irá para o alto, portanto contra sua natureza. Essas causas violentas originam-se da ação humana, técnica, sobre a natureza.

Ainda seguindo as pistas de Aristóteles sobre causalidade, Chauí (2013) situa o possível entre o necessário e o impossível. Similar ao encontro inesperado, o possível pode ou não acontecer, mas é diferente desse, pois não é apenas fruto da contingência ou acaso, mas da existência de um agente dotado de poder. Esse agente pode utilizar a técnica, quando interage com a natureza, ou a vontade livre, quando decide sobre o curso, significado e finalidade de suas ações. No primeiro caso, a ação tem como produto algo exterior ao sujeito. No segundo caso, a ação tem como efeito a própria ação no agente, sendo impossível separar agente, ação e efeito. A essa última combinação pode ser atribuído caráter ético e político.

Planejamento pode ser definido, de modo simplificado, como a atividade humana de pensar antes de agir. O objetivo do planejamento é a efetivação do possível, mediando técnica e política, para escolher ações que devem ser realizadas em um futuro de encontros inesperados. O planejamento considera que o futuro contingente é transformado em passado necessário pela ação humana. Essa prioridade da ação humana, como definidora do curso do tempo, sofreu importante valorização com a compreensão científica do mundo, que abrandou o prestígio do poder do sobrenatural sobre o destino humano.

O efeito da contribuição da ciência no campo do planejamento não se resumiu a deslocar o poder do sobrenatural, a utilização da técnica permitiu avanços

formidáveis na intervenção sobre a natureza. Por outro lado, a cisão entre agente e produto da ação foi reproduzida nas relações entre os homens, como consequência, a vontade livre, e junto dela o compromisso ético e político, também foi desacoplada do planejamento, reduzido a técnica fragmentada e fragmentadora, com potencial para se tornar violenta.

O tema desta investigação são as alternativas possíveis para articular os aspectos éticos e políticos do planejamento com sua técnica. A abordagem do tema não privilegia a produção teórica das metodologias de planejamento, mas o uso desses produtos pelos atores que praticam o planejamento. Trata-se, portanto, de uma pesquisa empírica. Por outro lado, não se propõe uma avaliação desse uso, mas a compreensão de como as metodologias de planejamento são consumidas pelos atores e quais são as operações que decorrem desse consumo – suas adaptações, transformações, subversões e perversões.

O acaso e a contingência, os encontros inesperados, pontuaram o processo de pesquisa e fizeram frente à vaidade do autor que pretendeu vários planos para realizar o projeto, mas reconheceu, ao final do processo, que as principais contribuições para a compreensão do tema abordado e para a construção de sua subjetividade ocorreram nos bons e maus encontros durante a pesquisa.

A cidade de Iguatu localiza-se à margem direita do rio Jaguaribe e se espalha ao redor de sete lagoas. A abundância de água, sempre relativa quando qualifica o sertão, atraiu os rebanhos de gado e de homens, que expulsaram os índios Quixelô e ocuparam suas terras no final do século XVIII. O algodão fixou os colonizadores e transformou as pastagens em fazendas. A estrada de ferro de Fortaleza-Cariri chegou ao município no começo do século XX, para escoar a produção de algodão para o porto do Mucuripe, em Fortaleza. A cidade cresceu e as lagoas, que eram os limites da cidade, foram limitadas por ela.

O viajante que chega de Fortaleza não nota o rio, a rodovia não o atravessa. Das lagoas, reconhece apenas a da Bastiana, cortada e maltratada pela Avenida Perimetral. Não encontra os campos de algodão ou o trem, que perderam sua relevância, abastecer as fábricas de Fortaleza ou Londres. O gado é escasso e

espalha-se, emagrecido, por propriedades à beira da estrada, pastando um capim ralo, mas sempre protegido por cercas e arame farpado. O que surpreende o recém-chegado é a rodoviária, edifício amplo de construção recente, com estrutura de aço aparente branco, pé direito elevado, piso de granito e pequenos espelhos d'água. A emulação de um aeroporto, ou de um *shopping center*, parece ter sido o objetivo do projeto – pretensioso como um novo rico ou um herdeiro falido, que disfarça, por meio da ostentação, a decadência da riqueza de seus ancestrais.

O encontro do autor com a cidade, e a rodoviária, de Iguatu ocorreu em agosto de 2013. Desde o princípio, o autor não estava só, seus companheiros de viagem eram Antônio Carlile de Holanda Lavor, Carlos Celso Serra Azul Machado Bezerra e Davi Queiroz de Carvalho Rocha. O objetivo de suportar as seis horas de ônibus entre Fortaleza e Iguatu era avaliar a possibilidade de implantar um Programa de Residência Médica-PRM em Psiquiatria na rede municipal de saúde.

No segundo semestre de 2013, o autor preparava uma versão de sua dissertação sobre violência interpessoal fatal em Fortaleza para ser publicada sob forma de livro e trabalhava como médico em duas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena com as etnias Kanindé e Tremembé. Seu orientador, Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, apresentou o autor e Carlos Celso ao Dr. Carlile, que buscava médicos dispostos a implantar um PRM em Psiquiatria em Iguatu. Prof. Jackson acreditava que os dois médicos indicados poderiam complementar-se para atender às necessidades da residência.

O autor não é psiquiatra, nem trabalhou em assistência à saúde mental, mas participava do grupo de pesquisa Vida e Trabalho há quase dez anos, portanto havia contribuído em investigações sobre saúde mental, trabalho e políticas de saúde mental. Carlos Celso concluíra a residência médica em Psiquiatria pelo Hospital de Saúde Mental de Messejana há pouco menos de um ano e havia sido colega de turma no Curso de Medicina da UECE e companheiro do autor na militância estudantil. O primeiro encontro entre o autor e Carlos Celso com o Prof. Jackson, que era Diretor do Centro de Ciências da Saúde da UECE, ocorreu durante a greve estudantil de 2005, primeira greve geral estudantil da UECE. Após apresentação e discussão da pauta de reivindicações dos alunos grevistas, o professor convidou ambos para ingressarem em seu grupo de pesquisa como voluntários, o autor aceitou, Carlos Celso buscou outro grupo, relacionado à oncologia.

O terceiro jovem médico que viajou para Iguatu, concluía o Curso de Medicina pela Universidade Federal do Ceará-UFC e estava no terceiro ano da residência em Psiquiatria pela mesma instituição. O autor encontrou Davi pela primeira vez nessa viagem. Porém ocorreram desencontros anteriores, ambos cursaram o ensino médio no mesmo colégio de Fortaleza e possuíam amigos em comum, embora nunca tivessem sido apresentados. Davi foi convidado por Dr. Carlile para integrar a comitiva, pois esse era residente de Psiquiatria e esposo de sua sobrinha, contribuía na reformulação do projeto pedagógico do PRM da UFC e estava disposto a dedicar-se ao projeto de implantação do PRM em Psiquiatria de Iguatu, logo que concluísse sua especialização.

O primeiro encontro do grupo com os dispositivos de saúde mental da rede municipal foi acompanhado pelo Prefeito, Secretário de Saúde e Secretário de Políticas de Saúde. Realizou-se uma rápida inspeção ou revista, termos mais precisos que visita, aos centros de atenção psicossocial geral, infantil e para usuários de álcool e outras drogas, à residência terapêutica, à unidade de acolhimento infantil e à Escola de Saúde Pública de Iguatu-ESPI.

O contraste entre a estrutura das unidades e da rodoviária era evidente. Prédios antigos, adaptados, paredes descascadas, pisos remendados, mobília improvisada, equipamentos desgastados. Portanto, o que o senso comum espera encontrar no Sistema Único de Saúde-SUS e no serviço público em geral. Por outro lado, os servidores demonstravam interesse em interagir com os visitantes, encorajando-os a aceitarem a proposta de trabalho da Prefeitura. A presença das autoridades municipais modulava o discurso dos trabalhadores, que tendia a minimizar os efeitos das fragilidades e a considerá-las prontamente superáveis. O grupo encontrou, contudo, servidores que mostraram entusiasmo espontâneo quanto à sua possível contribuição para o sistema de saúde local, como Jacirene Gonçalves Lima Franco, assistente social, servidora municipal estatutária, lotada em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF e na ESPI, com história de militância em defesa do SUS e de participação nas primeiras equipes de saúde da família implantadas em Jucás, município vizinho de Iguatu, durante a gestão municipal de Dr. Carlile, entre 1993 e 1996.

O grupo de médicos aceitou a proposta do município e cada um organizou um cronograma para iniciar suas atividades. O autor foi o primeiro a assumir um

contrato de trabalho precário com a Secretaria Municipal de Saúde-SMS em outubro de 2013. Nesse momento, dedicou apenas 20 horas semanais ao Iguatu, prosseguindo o trabalho como médico assistente dos Tremembé em Itapipoca, onde seu vínculo era regido pela Consolidação das Leis do Trabalho-CLT. Portanto, também experimentou a precarização do processo do trabalho e escolheu esse arranjo, manter-se trabalhando em semanas alternadas em dois municípios com distância de quase 500km, como tática para precaver-se de um retrocesso na disposição favorável da gestão de Iguatu à sua fixação no município. A partir de janeiro de 2014, já com a perspectiva de abertura de concurso público para médico sanitário em Iguatu, desligou-se definitivamente da saúde indígena para dedicar-se 40 horas por semana ao trabalho em Iguatu. Nesse mesmo mês, outro psiquiatra foi agregado ao grupo. Rafael Baquit Campos – companheiro de militância de Carlos Celso e do autor no movimento estudantil e ativista da luta contra a proibição do consumo e do comércio de drogas – aceitou o convite de seus antigos companheiros de movimento para participar do PRM de Psiquiatria.

Entre outubro e dezembro de 2013, iniciou-se a imersão na gestão municipal. O convite focava um projeto específico, a implantação do PRM em Psiquiatria, mas o Secretário de Políticas de Saúde, estimulado por Jacirene, apresentou uma nova demanda ao autor, a participação na comissão que elaborou o Projeto do Município para concorrer ao primeiro edital de pré-seleção de municípios para implantação de curso de graduação em Medicina por instituição de educação superior privada, publicado pelo Ministério da Educação em outubro de 2013. A elaboração do projeto exigiu a descrição do funcionamento da rede municipal de serviços de saúde e proporcionou o encontro com os coordenadores dos serviços e unidades de saúde para coleta de informações. Embora o município não tenha sido selecionado nesse edital – a gestão atribuiu a desclassificação à influência político-partidária – o projeto final e a dedicação à sua elaboração foram consideradas pelo Secretário de Políticas de Saúde como evidências da competência técnica, relacional e política do autor, que, a partir desse momento, foi convidado a colaborar com a construção do Plano Municipal de Saúde-PMS 2014-2017.

A abordagem de planejamento em saúde desenvolvida no município apresentava-se sob a lógica normativa, embora reforçada com ferramentas do planejamento empresarial e revestida por alguns elementos do Planejamento

Estratégico Situacional-PES. O planejamento concentrava-se na elaboração do PMS, caracterizado como uma carta de intenções do gestor municipal, aproximando-se de compromissos da campanha eleitoral, e fundamentado em uma discussão superficial, embora extensa, sobre a situação de saúde do município. A participação dos usuários nesse processo restringia-se ao debate no Conselho Municipal de Saúde-CMS sobre a situação de saúde. A Programação Anual de Saúde-PAS e o Relatório Anual de Gestão-RAG, eram concebidas de maneira burocrática. A PAS resumia-se a um orçamento elaborado pela SMS e utilizado como base para a Lei de Diretrizes Orçamentárias-LDO sem discussão ou deliberação com o CMS. O RAG era submetido ao CMS regularmente, mas sua discussão era pouco valorizada por seus integrantes ou pela gestão municipal.

A primeira reunião para elaboração do PMS 2014-2017 ocorreu na ESPI em janeiro de 2014, portanto com atraso em relação ao previsto na legislação. Nesse momento, os bons encontros do autor se articulavam na formação de um grupo de trabalhadores e gestores da SMS com uma perspectiva alternativa sobre processo saúde-doença e gestão em saúde, o grupo da ESPI. Esse coletivo buscava ocupar taticamente as frestas da Administração Municipal para instituir novos arranjos éticos e políticos, materializados, inicialmente, no PMS 2014-2017.

A ESPI foi implantada em 2005, primeiro ano da gestão municipal do grupo político que se mantém no poder até a atualidade, como iniciativa do Secretário Municipal de Saúde, médico e pai do Prefeito. Seus objetivos explícitos, segundo a Lei Municipal¹ n.º 1.020/2005, de 19 de maio de 2005, eram formar recursos humanos na área da saúde pública e desenvolver e apoiar pesquisas para aprimoramento de novas tecnologias em saúde. Por outro lado, seu objetivo implícito era ser uma etapa para a implantação de um curso de Medicina no município. A consolidação da ESPI como instituição formadora para o SUS regional obscureceu seu papel como ponte para criação de curso de Medicina. O grupo de trabalhadores e gestores da SMS que gravitava em torno dessa instituição ressoava essa rebeldia silenciosa de subverter os instrumentos da gestão para atender a imperativos éticos e políticos diferentes do instituído.

¹ Muitos dos atos do Poder Legislativo e Executivo de Iguatu anteriores a 2015 não eram publicados em Diário Oficial. Considerando que a publicação dos atos é recente, optou-se por utilizar esse material por meio de solicitação de cópia dos documentos arquivados na Procuradoria do Município de Iguatu. Portanto, não foram acrescentadas às referências.

As frestas que seduziram o grupo da ESPI a se engajar no processo de planejamento foram criadas por uma crise do SUS local durante 2013. Embora sem solução de continuidade na dimensão político-partidária, a Administração Municipal avaliou que seriam necessários novos arranjos no processo de planejamento e gestão em saúde para superar essa situação de crise. Essa estratégia fundamentou-se em duas observações. Alguns indicadores de saúde, que foram utilizados de maneira intensa durante as disputas eleitorais como fiadores da capacidade de gestão municipal, como a redução da mortalidade infantil, apresentaram piora importante em 2013. A elevada contrapartida municipal para financiamento do custeio dos novos programas e equipamentos de saúde, cujas obras de infraestrutura foram quase integralmente custeadas pelo Governo Federal, ameaçou de modo contundente a solvência da Prefeitura.

As duas principais propostas da gestão municipal para enfrentar essa situação de crise assistencial e financeira foram contraditórias. Em novembro de 2013, o Hospital Regional de Iguatu-HRI, hospital geral secundário, principal porta de entrada de urgência e emergência em clínica médica, pediatria, obstetrícia, cirurgia e traumatologia da região, teve sua gestão privatizada por meio de uma instituição filantrópica que administra mais de cinquenta hospitais no país, a Sociedade Beneficente São Camilo-SBSC. Ao mesmo tempo, ocorreu uma abertura democrática nos processos decisórios, possibilitando ao grupo da ESPI iniciar um processo de mobilização social para elaboração do PMS 2014-2017, que buscou equacionar as perspectivas estratégica e comunicativa do planejamento em saúde, compreendendo a participação dos usuários e trabalhadores de saúde como instituintes de práticas de atenção e gestão, não apenas mais efetivas e eficientes, mas também mais humanas e cidadãs.

O autor identificou nas propostas contraditórias de enfrentamento – planejamento democrático e privatização – de uma situação concreta de crise assistencial e financeira no sistema de saúde de Iguatu um objeto de pesquisa relevante para Tese do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE, cujas atividades iniciariam em fevereiro de 2014, mês em que o PMS 2014-2017 foi aprovado pelo CMS.

A proposta inicial seria realizar uma pesquisa-ação sobre a implantação do plano e avaliar seu impacto no processo de trabalho e nos indicadores de saúde.

Porém, em março de 2014, o autor foi convidado a participar diretamente da gestão municipal como Secretário Adjunto de Saúde. O Secretário de Saúde foi substituído por Lana Carina Viana de Lavor, enfermeira, também integrante do grupo da ESPI. Portanto, o envolvimento do autor com o objeto de pesquisa modificou-se radicalmente, mais um encontro inesperado. Se na proposta inicial, a despeito de se tratar de pesquisa-ação, haveria um certo distanciamento do objeto de pesquisa, devido à sua posição exterior em relação ao núcleo da gestão; na proposta realizada, o autor, junto com o grupo da ESPI, ocupa o núcleo da gestão e se torna absolutamente envolvido com o objeto de pesquisa, portanto rompendo totalmente a separação entre sujeito e objeto do conhecimento.

Diante da mudança da relação entre pesquisador e objeto de pesquisa, a opção seria a mudança de objeto ou de pesquisador. Porém, a natureza dessa relação e suas contradições podem ser consideradas, em si mesmas, um objeto de pesquisa relevante. Algumas práticas de pesquisa desenvolvidas recentemente nas Ciências Sociais, como a pesquisa-ação participante crítica ou a autoetnografia, tensionam ao limite essas relações. Autores da Saúde Coletiva, como Emerson Merhy e Túlio Franco, já utilizam elementos do pensamento de Gilles Deleuze e Félix Guatarri para desenvolver uma abordagem cartográfica, avançando na discussão e na incorporação da subjetividade do autor no processo de pesquisa; mas as contribuições da pesquisa ação-participante crítica e da autoetnografia radicalizam essa ruptura entre sujeito e objeto do conhecimento por meio da ação e da reflexão sobre as experiências vividas. Essa é a principal lacuna teórica que motivou esta pesquisa.

Esta investigação também foi motivada por uma lacuna metodológica da Epidemiologia Crítica, detectada na dissertação do autor sobre violência interpessoal fatal em Fortaleza, que utilizou suas recomendações metodológicas para analisar os determinantes sociais, em nível coletivo, desse fenômeno. Ao concluir o trabalho, persistiu um questionamento: quais e, principalmente, como realizar ações para modificar essa situação de saúde. A pesquisa realizada em Iguatu, considerando a abertura do campo de investigação pela gestão municipal e a possibilidade de não estar restrito a observar os sujeitos e suas práticas, mas de agir com os sujeitos na transformação de suas práticas permite avançar na discussão sobre as interfaces metodológicas entre a Epidemiologia Crítica e a pesquisa-ação seu potencial para instituir práticas emancipatórias no campo da Saúde Coletiva.

Na análise situacional, pressuposto para a elaboração do PMS, o grupo da ESPI identificou que o perfil epidemiológico de Iguatu mescla características de regiões socialmente desenvolvidas, como baixa taxa de mortalidade infantil, e subdesenvolvidas, como situação hiperendêmica para hanseníase. Os determinantes desses contrassensos sanitários podem ser rastreados nas políticas de saúde municipais, direcionadas para a melhoria de indicadores de maior visibilidade, prestígio político e possibilidade de captação de recursos financeiros para implantação de projetos de infraestrutura e de programas assistenciais federais e estaduais. O município constitui-se, segundo o Plano Diretor de Regionalização-PDR cearense, como polo de saúde para nove municípios vizinhos. Nas reuniões da Comissão Intergestores Regional-CIR, constata-se que as relações interfederativas ainda se fundamentam na dicotomia entre a perspectiva solidária e competitiva. Essas relações são perpassadas, e muitas vezes truncadas, pelos interesses político-partidários dos gestores municipais. A consequência é uma dificuldade crônica de articulação para organização do sistema de saúde em nível regional.

As fragilidades sanitárias e assistenciais não são determinadas apenas pelas políticas de saúde locais e regionais. Mesmo a importância da ressonância da política partidária na *performance* assistencial deve ser relativizada frente aos indicadores de renda e desigualdade social do município. A motivação ética e política para realizar essa pesquisa é experimentar uma alternativa para se fazer planejamento e gestão em saúde, buscando instituir um projeto democrático e cidadão por meio de práticas democráticas e cidadãs, ou seja, alinhando meios e fins aos mesmos imperativos éticos e políticos. Essa perspectiva aponta para uma transformação das relações de poder no processo de gestão e atenção à saúde. O bom encontro, na perspectiva de La Boétie (1999), modulou as relações do grupo da ESPI, que valorizou a amizade, compreendida como a relação entre pessoas iguais e livres, direcionada para fazer o bem de modo recíproco e confiando em sua integridade e constância. Segundo esse autor do século XVI:

Não pode haver amizade onde está a crueldade, onde está a deslealdade, onde está a injustiça; e entre os maus, quando se juntam, há uma conspiração, não uma companhia, eles não se entreamam, mas se entretêm; não são amigos, mas cúmplices (LA BOËTIE; 1999, p. 35).

O autor aproveitou os bons encontros do grupo de pesquisa Vida e Trabalho para reforçar o grupo da ESPI. Convidou Maria Janaina Norões de Sousa, enfermeira, mestre em Saúde Coletiva, para colaborar com a aplicação de parte das entrevistas necessárias para elaboração desta Tese. Convocou José Maria Ximenes Guimarães, enfermeiro, doutor em Saúde Coletiva, para experimentar o governo dos filósofos como diretor do HRI durante o processo da devolução de sua gestão para o município.

Esta pesquisa não se propõe a ser neutra nas dimensões ética, política e, especialmente, afetiva. O envolvimento do autor com o objeto e os sujeitos da pesquisa é amplo, complexo e ambíguo. A enunciação explícita dessa limitação foi considerada a maneira mais honesta de expor suas implicações nos resultados da pesquisa. A limitação fundamental é a elaboração da tese como um ritual monográfico, embora polifônico. Os atores do grupo da ESPI contribuíram em todas as etapas da pesquisa, desde o planejamento até a coleta e interpretação do material, mas o relatório final foi redigido apenas pelo autor. Por outro lado, os artigos e capítulos de livros produzidos a partir desta pesquisa registram como coautores os outros integrantes do grupo da ESPI.

Explicita-se que essa investigação não propõe a elaboração de uma nova metodologia, matriz, corrente, roteiro, itinerário ou receita para o planejamento em saúde. Também não busca avaliar as metodologias existentes ou avaliar a implantação de uma metodologia específica.

Em síntese, o objetivo desta investigação é compreender, por meio da reflexão e intervenção sobre o planejamento em saúde, as relações entre Políticas de Saúde e Epidemiologia no enfrentamento de uma situação concreta de crise assistencial e financeira no sistema de saúde de Iguatu.

A reflexão parte do consumo das metodologias de planejamento pelos atores em uma situação empírica de crise de um sistema municipal de saúde e não da produção acadêmica ou técnica dessas metodologias.

A intervenção se baseia nas metodologias de planejamento existentes e consumidas pelos atores, portanto em suas transformações de teorias em práticas, para elaboração do PMS 2014-2017, da PAS de 2014 e de 2015 e do RAG 2014.

2 DEMARCAÇÃO TEÓRICA DO TEMA

“O demônio levou-o em seguida a um alto monte e mostrou-lhe num só momento todos os reinos da terra, e disse-lhe: “Dar-te-ei todo este poder e a glória desses reinos, porque me foram dados, e dou-os a quem quero. Portanto, se te prostares diante de mim, tudo será teu”.”

Lucas 4:5-7

O debate acadêmico nacional sobre as potencialidades e os limites das correntes teóricas do planejamento em saúde avançou de modo consistente, especialmente, a discussão sobre a coerência interna de cada uma delas, sua efetividade e seus desdobramentos políticos e éticos. Por outro lado, há poucos relatos sobre a prática do planejamento que explicitem e discutam suas potencialidades e limites diante de situação de saúde concreta, principalmente, se considerada de modo abrangente, envolvendo suas dimensões social, política e econômica. A discussão sobre a articulação entre Planejamento em Saúde e Epidemiologia para a efetivação do direito à saúde de modo democrático antecede a discussão sobre a prática do planejamento em saúde, pois estabelece alguns dos principais marcos teóricos, éticos e políticos das práticas de planejamento desenvolvidas nesta Tese.

2.1 Planejamento em Saúde e Epidemiologia Crítica: considerações sobre o direito à saúde e democracia

2.1.1 Planejamento em Saúde

Não é possível resgatar a origem histórica do planejamento como atividade humana realizada de modo intuitivo. A capacidade de refletir antes de empreender uma ação é uma das principais características do ser humano e uma marca que o distingue dos outros animais. Planejar, portanto, apresenta relação intrínseca com o trabalho, outra característica essencial para a compreensão do homem.

As modificações no processo de trabalho decorrentes da transição da sociedade pré-capitalista para a capitalista apresentaram profundas implicações no planejamento. O trabalho deixou de constituir-se como um valor em si para tornar-se um criador de valor. Os determinantes sobrenaturais perderam a relevância no

processo de planejamento e foram substituídas pela possibilidade de organização da produção segundo uma perspectiva racional (PAIM, 2012; GIOVANELLA, 1991). A preocupação com as técnicas necessárias para ampliação e controle da produção ensejaram o desenvolvimento do Planejamento, conjunto estruturado de saberes e práticas direcionado para a intervenção racional sobre a realidade para sua transformação.

A possibilidade de prever o futuro e de desenvolver ações calculadas para atingir objetivos previamente delineados não é característica exclusiva das sociedades capitalistas. A revolução soviética foi acompanhada pela proposta de ampliar o escopo do planejamento para toda uma sociedade. A partir da década de 1920, os Planos Quinquenais cristalizaram o esforço dos soviéticos para planejar todo processo de produção e distribuição de riqueza, abolindo o mercado como alocador de recursos. Na década de 1930, a crise do capitalismo e o rápido desenvolvimento econômico e social da União Soviética fomentaram a crítica à liberdade plena do mercado para alocar recursos, inclusive nas nações capitalistas desenvolvidas. A intervenção estatal por meio da implantação de mecanismos de controle do mercado e de planejamento em nível nacional foi uma das soluções propostas para contornar as crises cíclicas do capitalismo. Após a Segunda Guerra Mundial, a reconstrução da Europa foi, em grande parte, baseada na perspectiva keynesiana (TESTA, 2009; GIOVANELLA, 1991).

O Planejamento foi introduzido na América Latina a partir da década de 1940 sob influência da Organização das Nações Unidas - ONU. Seu enfoque era econômico, postulava que os países periféricos tornar-se-iam desenvolvidos se o crescimento acelerado do Produto Interno Bruto - PIB fosse incentivado. A partir da década de 1960, a compreensão de que fragilidades sociais e políticas eram empecilhos para o desenvolvimento, favoreceram a ampliação do campo do planejamento para além da Economia. O planejamento em saúde surgiu atrelado ao interesse norte-americano de conter a expansão do socialismo, materializado pela Aliança para o Progresso, com clara intenção de controle da sociedade. A Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS desempenhou um papel-chave nesse processo, assessorando os países no planejamento de ações em saúde e desenvolvendo metodologias de planejamento (TESTA, 2009; GIOVANELLA, 1991).

O primeiro método criado pela OPAS, para formular planos globais de saúde, baseou-se nos trabalhos de Mario Testa e no modelo de planejamento econômico. O método *Centro de Estudios del Desarrollo* - CENDES/OPAS é caracterizado pelo viés normativo, tecnicista e economicista. Ainda no decorrer da década de 1960, essa proposta já começou a demonstrar suas fragilidades por desconsiderar os conflitos de interesses que existem nas sociedades capitalistas e acreditar no poder da técnica sobre as decisões políticas. Os planos não foram executados e a OPAS assumiu, no início da década de 1970, que essa proposta metodológica fracassara. Contudo, o fracasso não foi apenas desse método específico, mas da concepção de desenvolvimento econômico acelerado como estratégia para superar o subdesenvolvimento. A concentração de riquezas e a ampliação das desigualdades sociais na América Latina colocaram em xeque toda a proposta da teoria de base (GIOVANELLA, 1991; TEIXEIRA, 2010).

A aplicação do planejamento em sociedades que não eliminaram o mercado como principal mecanismo de alocação de recursos enseja uma série de conflitos. Em um país socialista, o amplo consenso entre sociedade e governo favorece o desenvolvimento de um planejamento técnico e administrativo, fundamentados na propriedade estatal dos meios de produção e no controle político por partido único. Quando as propostas abrangentes de planejamento foram transpostas para países capitalistas, as disputas inter e intraclasses, cristalizadas na política, minaram as possibilidades de aplicação do planejamento normativo (TESTA, 2009).

Na América Latina, o enfoque estratégico do planejamento surge, na década de 1970, como proposta de superação dos vários impasses decorrentes das transições economia estatal/economia de mercado, centro/periferia e global/setorial. A visão de desenvolvimento restrita ao crescimento econômico é substituída pela de desenvolvimento como direcionamento de mudanças estruturais com desdobramentos econômicos, sociais e políticos. Os conflitos de interesses dentro de uma sociedade são reconhecidos e os aspectos políticos adquirem a mesma relevância dos técnicos. Carlos Matus aponta que a norma estabelece o que deve ser enquanto a estratégia aplica-se ao que pode ser. A estratégia, portanto, agrega flexibilidade à trajetória entre a situação inicial e o objetivo (GIOVANELLA, 1991).

O PES pode ser considerado como uma vertente do enfoque estratégico do planejamento em saúde. O papel desempenhado pela política é fundamental. Para Matus (1998), o planejamento é realizado por quem governa, por quem possui a capacidade e a responsabilidade de conduzir. Esse método é composto por quatro etapas não sequenciais, simultâneas e em constante articulação. Uma etapa explicativa, a análise situacional, semelhante ao diagnóstico, mas com diferenças quanto à sua densidade crítica, em que são investigados os problemas e suas causas ao nível dos fenômenos e das estruturas sociais básicas. Uma etapa normativa que estabelece o que deve ser. Uma etapa estratégica de avaliação e construção da viabilidade política, abrangendo as relações de poder estabelecidas entre os atores. Uma etapa tático-operacional em que as decisões são tomadas e desdobradas operacionalmente para que ocorra a realização da ação concreta.

A proposta programático-estratégica de Mario Testa também aponta o poder como problema central do planejamento. Contudo, privilegia a classe e o movimento social como atores principais, e não o governo. Seu foco são as lutas pelo poder. Existe grande preocupação com a determinação social do processo-saúde doença em uma perspectiva total, integral. A democracia e a participação social são formas de modificar as relações de poder e favorecer a direcionalidade do planejamento (TESTA, 2009).

A terceira perspectiva do planejamento estratégico é alinhada pelo documento *Salud para Todos em el Año 2000: Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud*. Essa proposta não concebe um método estruturado de planejamento, mas a disseminação de proposições e ferramentas do pensamento estratégico empresarial para o setor público. Embora admita o conflito de interesses dentro do processo de planejamento, essa abordagem não se esforça para compreender a determinação desses conflitos, portanto afastando-se de uma perspectiva crítica (GIOVANELLA, 1991).

A crítica de Rivera (1995) ao agir estratégico, por meio da Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas, é essencial para a compreensão de que existe possibilidade de superação da dicotomia entre o enfoque normativo/instrumental e o estratégico. Essa dicotomia concentra-se na concepção do político, subvalorizado pelo primeiro enfoque e supervalorizado pelo segundo. O conflito é a característica central da política para esse último enfoque, que, muitas vezes, desconsidera a

abertura e as possibilidades de negociação e entendimento entre os atores, portanto concebendo suas relações como instrumentais. Essa perspectiva reforça uma dificuldade crônica de realizar pactos normativos ou negociar interesses que se observa nas relações políticas latino-americanas.

A leitura tecnicista e economicista do materialismo dialético direciona o planejamento para soluções centralizadoras e tecnocráticas, situação exposta pela crise do socialismo real durante as décadas de 1980 e 1990. Para Rivera (1995), a relação de causalidade naturalizada entre desenvolvimento econômico e desenvolvimento social e cultural, atravessada por uma concepção de Estado pouco democrática, tecnicista e centralizadora deve ser problematizada, especialmente, quanto à sua ressonância, ou implicações, no planejamento estratégico social. A contribuição habermasiana para a crítica ao enfoque estratégico resgata elementos do Humanismo, que atribui valor às relações intersubjetivas mediadas pela linguagem, apontando a razão comunicativa e a postura ética como bastiões para defender a “colonização” do mundo da vida pela razão estratégica.

Especificamente no caso brasileiro, Merhy (1995) sistematiza quatro abordagens diferentes do planejamento em saúde, que podem conviver e tornarem-se complementares segundo Rivera (2003). A corrente da vigilância à saúde busca articular o conceito de planejamento situacional com a lógica territorial, considerando suas características sociais, econômicas, culturais e sanitárias, emergindo como distrito sanitário e enfatizando a promoção à saúde. A corrente da programação em saúde parte das recomendações da Epidemiologia Social para uma reorganização do processo de trabalho em saúde, aglutinando programas de saúde tradicionais sob perspectiva populacional. A corrente comunicativa aponta a razão comunicativa como contraponto à razão instrumental do planejamento estratégico, buscando entender que o político não se resume ao conflito, mas comporta também a negociação e o entendimento. Por fim, a corrente estratégica aponta para a valorização do sujeito como instituinte de uma organização flexível, horizontal e descentralizada do sistema de saúde, privilegiando as possibilidades criativas das equipes locais de saúde municiada por uma “caixa de ferramentas” composta por diferentes ferramentas e dispositivos de planejamento.

Onocko-Campos (2003) agrega a dimensão subjetiva ao planejamento em serviços de saúde discutindo as relações entre planejadores, plano e realidade. Sua

abordagem aproxima-se da análise institucional e sugere ampliar o campo de ação dos planejadores em relação às propostas tradicionais como o PES. A autora desconstrói os vértices do triângulo de governo elaborado por Carlos Matus, que compreende: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade. O projeto de governo muitas vezes não é evidente para o grupo que planeja – ou sequer existe –, pois criar um projeto claro exige um desenvolvimento avançado das relações subjetivas desse grupo. A capacidade de governo não está pronta, pois, algumas vezes, o saber necessário para organização não está disponível e, muitas vezes, os demais saberes estão em conflito. A governabilidade não se restringe ao acúmulo de recursos, como poder, saber, tempo, equipamentos, insumos; mas envolve também ousadia e paixão do grupo para desenvolver o projeto. A proposta da autora é atribuir a um apoiador institucional a função de amparar a construção da subjetividade necessária para o grupo avançar em seu projeto. Os conceitos winicottianos sobre a relação entre a mãe e o bebê, como maternagem e manejo são utilizados pela autora para explorar as possibilidades de interação entre apoiador e grupo durante o processo de planejamento.

A discussão teórica sobre o Planejamento em Saúde se baseia na argumentação dos autores sobre a coerência: 1- interna de suas metodologias; 2- dessas metodologias com os objetivos e metas relacionados à situação que buscam modificar; 3- dessas metodologias com o contexto social, econômico e cultural em que se situa a situação que se busca modificar; 4- dessas metodologias com os pressupostos éticos dos atores e grupos de atores envolvidos na modificação de uma situação; e 5- dessas metodologias com aspectos subjetivos dos atores envolvidos na modificação de uma situação.

O debate teórico sobre as correntes do Planejamento em Saúde no Brasil é denso e consistente, busca-se mais a complementaridade entre as perspectivas do que a exclusividade de uma proposta considerada ideal. Por outro lado, essa não é uma disciplina apenas teórica, sendo necessário considerá-la também como disciplina aplicada. Seu principal campo de aplicação no Brasil é o SUS, onde, efetivamente, as diferentes correntes teóricas se articulam para buscar a materialização do direito à saúde. Uma possibilidade de discussão sobre essas articulações no planejamento, considerando como estudo de caso a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, pode ser encontrada em Jesus e Teixeira (2010) e Jesus e Teixeira (2014).

2.1.1.1 Planejamento em saúde no SUS

O estudo do planejamento no SUS exige familiaridade com sua base legal, que contempla tanto os mecanismos de formulação quanto os processos de controle e avaliação do planejamento. A Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) define em seu capítulo sobre Planejamento e Orçamento:

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa (BRASIL, 1990a).

A coerência da Lei n.º 8.080/1990 com os pressupostos do SUS registrados no art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), descentralização, atendimento integral, participação da comunidade, regionalização e hierarquização, é evidente. A obrigatoriedade de atrelar as transferências de recursos financeiros à previsão de seu direcionamento para ações descritas nos planos de saúde demonstra o papel central atribuído pelo legislador ao planejamento em saúde para a materialização do SUS. Ao definir as características epidemiológicas e da organização dos serviços como base para elaboração das diretrizes dos planos de saúde em cada esfera de governo pelo Conselho Nacional de Saúde-CNS, cria-se a estrutura genérica dos planos de saúde, divididos, geralmente, em duas partes: análise situacional e objetivo, diretrizes e metas.

A Lei Complementar n.º 141/2012 (BRASIL, 2012a), que regulamenta os valores mínimos que devem ser aplicados pelos entes federativos no SUS segue a perspectiva da Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) de integrar o financiamento ao planejamento, mas agrega alguns dispositivos complementares:

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades (BRASIL, 2012a).

O caráter ascendente do planejamento é reiterado e a definição das diretrizes dos planos de saúde deixa de ser atribuição exclusiva do CNS, que se responsabiliza apenas pelas do plano nacional, cabendo aos conselhos estaduais e municipais decidir quais as prioridades de seus respectivos planos. Santos (2012) defende que essa posição do legislador vai ao encontro do pressuposto de que o planejamento deve ser integrado, ou seja, deve articular as demandas ascendentes de municípios e estados com as diretrizes nacionais elaboradas pelo CNS.

A obrigatoriedade de encaminhar a programação anual dos planos de saúde para aprovação nos respectivos conselhos, definida no art. 36 da Lei Complementar n.º 141/2012 (BRASIL, 2012a), é coerente com a ampliação de suas atribuições e de seu protagonismo na definição das diretrizes do plano. A aprovação da programação anual deve ocorrer antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente para o Poder Legislativo, que é votada entre junho e setembro. Portanto, a aprovação da programação é sempre feita para o próximo exercício e muito antes da conclusão do RAG. Para Santos (2012), seria mais racional organizar esses limites de modo diferente, fixando o prazo da PAS para data posterior à apresentação do RAG, portanto a programação para o exercício ocorreria no início do exercício e não no exercício anterior. Por outro lado, se a programação é a base do orçamento da saúde, seria também incoerente realizá-la no ano do exercício das despesas, portanto após a aprovação da LDO e da Lei Orçamentária Anual - LOA. A dificuldade de adequar prazos para início e conclusão dos ciclos de planejamento buscando uma perspectiva ascendente não é exclusiva da saúde, aplicando-se também ao Plano Plurianual - PPA, que inicia sua vigência no segundo ano de

mandato do chefe do poder executivo, deste modo gerando um desencontro entre os planos municipais e os planos estaduais e nacionais devido aos calendários eleitorais diferentes.

Quanto à base para elaboração dos planos, a Lei Complementar n.º 141/2012 (BRASIL, 2012a) adiciona os indicadores demográficos e socioeconômicos aos epidemiológicos, ampliando a dimensão da análise situacional proposta pela Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990a). Uma novidade introduzida pela Lei Complementar n.º 141/2012 (BRASIL, 2012a) é o planejamento em nível intermunicipal e regional, fortalecendo seu caráter integrado e dialogando com o Decreto n.º 7.508/2011 (BRASIL, 2011), que registra em seu capítulo sobre planejamento da saúde:

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o *caput* será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional (BRASIL, 2011).

O caráter ascendente e participativo do planejamento é novamente reforçado, de modo coerente com a legislação vigente. O Decreto n.º 7.508/2011 (BRASIL, 2011) traz algumas inovações, especialmente, quanto ao direcionamento do planejamento como atividade regional, conceituando região de saúde como:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e

de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

As possibilidades de integração dos entes federativos no planejamento, que antes do Decreto eram verticais – União, Estado e Município – e fundamentadas pelo princípio organizacional da hierarquização, foram ampliadas horizontalmente – de município para município – e fundamentadas na organização da atenção à saúde em rede, segundo o Decreto: “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011). Os instrumentos para efetivar a atenção integral à saúde em redes operam em duas abordagens do processo saúde-doença – clínica e coletiva – de modo simultâneo, complementar e orgânico:

Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

.....

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011).

O Mapa da Saúde inclui no planejamento da saúde os serviços da iniciativa privada, inclusive os que não atuam de modo complementar ao SUS. Em uma primeira análise, observa-se uma busca pela ampliação da integração entre os serviços. Por outro lado, essa inclusão de atores que, potencialmente competem com o SUS na disputa por usuários, financiamento e prestígio pode significar também uma preocupação com as relações de poder estabelecidas entre os prestadores de serviços de saúde, as corporações profissionais, os fornecedores de insumos e medicamentos e o interesse público. Portanto pode ser uma ressonância do PES. Os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas operam na clínica como mediadores da integralidade da assistência à saúde. A instituição da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, que implicam uma avaliação das tecnologias em saúde que devem ser incorporadas ao SUS, apontam para a necessidade de racionalizar a oferta de serviços de saúde,

considerando critérios de efetividade, eficiência, e de frear o processo de judicialização da saúde. Observa-se um avanço na análise situacional e estratégica, o que sustenta a hipótese da influência do PES no Decreto.

A organização regional do sistema de saúde necessita de instâncias de pactuação também regionais. O Decreto define as comissões intergestores como: “instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS” (BRASIL, 2011). De acordo com sua vinculação, o art. 30 do Decreto indica a abrangência das comissões intergestores:

[...] I - a CIT [Comissão Intergestores Tripartite], no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
II - a CIB [Comissão Intergestores Bipartite], no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
e
III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (BRASIL, 2011).

A competência das comissões intergestores é ampla, englobando a pactuação sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão solidária e compartilhada do SUS, diretrizes sobre a regionalização, definição de fluxos e responsabilidades assistenciais e decisão quanto aos investimentos necessários para ampliação da rede de serviços de saúde. É desnecessário retomar a integração como motivo recorrente, mas é fundamental frisar que as pactuações são baseadas no consenso, essa é uma característica singular no processo decisório do SUS introduzida pelo Decreto e divergente, por exemplo, do funcionamento de outras instâncias colegiadas, como os conselhos de saúde, regulamentados pela Resolução n.º 453/2012 (BRASIL, 2012b) do CNS, que fundamentam suas decisões por meio de maioria na contagem de votos. O Decreto inclui no SUS elementos da democracia deliberativa, por isso avançando para além do modelo agregativo instituído.

O instrumento operado pelas comissões intergestores para organização da saúde em nível regional é o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde-COAP, definido pelo Decreto como:

[...] acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais

elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A gestão compartilhada e solidária é formalizada por meio do COAP, instrumento que busca integrar os planos de saúde dos entes federativos para estabelecer a rede de atenção à saúde. O art. 36 do Decreto elenca suas disposições essenciais:

- [...] I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
- IV - indicadores e metas de saúde;
- V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
- VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
- VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades;
- e
- IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução (BRASIL, 2011).

O Decreto é coerente ao instituir o COAP como novo instrumento de planejamento regional e as comissões intergestores como instâncias para sua pactuação, avançando na segurança jurídica do processo de gestão do SUS. Por outro lado, surgiu a necessidade de atualizar e consolidar as normas que especificam e detalham os mecanismos de planejamento em saúde, Plano de Saúde, PAS e RAG, que se encontravam dispersas em portarias do Ministério da Saúde e nas recomendações do Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS (BRASIL, 2009a) e entremeadas por referências aos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que perderam potência no decorrer da década de 2010. A Portaria n.º 2.135/2013 do Ministério da Saúde enfrenta essa dificuldade e detalha o processo de planejamento no SUS. Determina que os três instrumentos de planejamento se interligam de modo cíclico e que devem ser articulados ao PPA, LDO e LOA.

A Portaria considera o Plano de Saúde como instrumento central do planejamento no SUS e fixa sua duração em quatro anos. A responsabilidade pela produção do Plano é do gestor de cada esfera do SUS, que deve considerar as

diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e necessita da apreciação e aprovação pelo Conselho de Saúde. A transparência e a visibilidade do Plano devem ser efetivadas por meio da participação popular em audiências públicas durante sua elaboração e da disponibilidade do documento final ao acesso público em meio de divulgação eletrônica. A Portaria detalha o sumário do Plano, que deve abranger:

- I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:
 - a) estrutura do sistema de saúde;
 - b) redes de atenção à saúde;
 - c) condições socio sanitárias;
 - d) fluxos de acesso;
 - e) recursos financeiros;
 - f) gestão do trabalho e da educação na saúde;
 - g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;
- II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e
- III - o processo de monitoramento e avaliação. (BRASIL, 2013).

O escopo do Plano de Saúde na Portaria é ampliado em relação ao prescrito pela Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990a). A compreensão da situação de saúde agrega elementos novos como os fluxos de acesso, a gestão do trabalho e da educação na saúde e a incorporação de tecnologias em saúde a elementos consagrados como a organização dos serviços de saúde, determinantes epidemiológicos, sociais e demográficos do processo saúde-doença e disponibilidade de recursos financeiros. A presença de mecanismos de monitoramento e avaliação do Plano também são elementos novos, que dialogam com a PAS, que, segundo a Portaria, é o instrumento para operacionalização e desdobramento físico e financeiro das metas elencadas no Plano. A Programação deve conter:

- I - a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- II - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e
- III - a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. (BRASIL, 2013).

A execução da Programação é acompanhada por dois instrumentos, o RAG e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA. O Relatório Anual deve ser encaminhado ao Conselho de Saúde para apreciação e aprovação até o dia 30 de

março do ano subsequente ao exercício da Programação a que se refere e deve conter:

- I - as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- II - as metas da PAS previstas e executadas;
- III - a análise da execução orçamentária; e
- IV - as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde. (BRASIL, 2013).

A Portaria determina que o RDQA deve ser apresentado pelo gestor do SUS em audiência pública na sede do Legislativo do respectivo ente federativo, seus prazos são finais dos meses de maio, setembro e fevereiro. Nesse Relatório deve constar, no mínimo:

- I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. (BRASIL, 2013).

Os dois relatórios fecham o ciclo do planejamento instituindo a avaliação e o monitoramento periódico que, além de atenderem aos requisitos de publicidade e transparência da gestão pública, funcionam como ferramentas capazes de indicar modificações necessárias nas ações indicadas pelos planos de saúde em momento oportuno, pois a avaliação ocorre durante a execução do plano e não após sua conclusão.

A legislação do SUS sobre planejamento apresentou um avanço em sua abrangência e sistematização desde a publicação do Decreto n.º 7.508/2011 (BRASIL, 2011), sendo evidente o fortalecimento da regionalização na organização dos serviços de saúde. Confrontando os dispositivos legais com as correntes teóricas, predomina o enfoque estratégico, que pode ser evidenciado na preocupação com a realização de análises situacionais e estratégicas, inclusive considerando as relações entre público e privado nos Mapas de Saúde. O enfoque comunicativo está presente de modo mais enfático no processo decisório por meio do consenso nas comissões intergestores, embora seja possível encontrar traços desse enfoque sempre que os Conselhos de Saúde se envolvem no planejamento. Por outro lado, a legislação é feita de normas, consequentemente, a despeito de sua flexibilidade, é inevitável que o

enfoque normativo do planejamento esteja presente, principalmente em relação à aplicação de recursos financeiros e à sua fiscalização.

2.1.2 Epidemiologia Crítica

Além do Planejamento em Saúde, a Epidemiologia é outra disciplina reiteradamente referida como fundamental para o planejamento em saúde na legislação do SUS desde a Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990). As “características epidemiológicas” e os “indicadores de saúde” são apenas citados, mas não se discute sob qual perspectiva da Epidemiologia eles devem ser compreendidos.

A Epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos eventos relacionados ao processo saúde-doença, em nível coletivo. Seu objetivo é fornecer subsídios científicos para ações que melhorem o nível de saúde da população (ROUQUAYROL e GOLDBAUM, 2003). Na América Latina, durante a década de 1970, desenvolveu-se de uma das correntes da Epidemiologia, autodenominada Epidemiologia Crítica, que estabeleceu ruptura com o modelo hegemônico de Epidemiologia, caracterizado pela matriz teórica empírica e positivista, apegada aos fenômenos imediatamente observáveis e quantificáveis (BREILH, 1991a; 1991b).

A dialética marxista é o fundamento teórico da Epidemiologia Crítica. As fragilidades teóricas apontadas pelos autores latino-americanos, como Jaime Breilh, Edmundo Granda e Asa Cristina Laurell ao modelo tradicional são: enfoque reducionista e fragmentado dos fenômenos relacionados à saúde, ênfase exagerada e reificação das relações de causa-efeito e abordagem da exposição apenas como fenômeno individual e probabilístico. Considera-se a Epidemiologia tradicional como incapaz de compreender de modo concreto as relações entre biológico e social, pois seu esforço para integrar esses campos do conhecimento é exercido apenas por meio de sua justaposição em relações probabilísticas de causa-efeito (BREILH, 1991a; 2006; 2008).

Qualquer enfoque epidemiológico não pode ser compreendido como uma construção ideológica apartada de um momento histórico específico. A Epidemiologia Crítica caracteriza-se pela ruptura com o compromisso da Epidemiologia hegemônica com a reprodução social e busca a emancipação das classes sociais exploradas por

meio da transformação democrática da realidade. Seus pontos fundamentais são: a saúde é um objeto complexo e multidimensional que deve ser investigado em perspectiva dialética, os processos metodológicos exigem inovação constante e a atuação política para transformação de práticas e relações entre os atores sociais é imperativa (BREILH, 2006; 2008).

O projeto de uma Epidemiologia Crítica não mostra apenas rupturas com as contribuições do positivismo. A Epidemiologia tradicional avançou de maneira consistente nos métodos quantitativos de análise de dados, especialmente nos últimos vinte anos. Não se pode prescindir desse arcabouço de técnicas, contudo é necessário qualificar sua interpretação. O projeto crítico não se realiza com base no vazio, mas em um processo dialético de análise e crítica do paradigma científico anterior (BREILH, 2006; 2008).

Para Minayo (2008), a Epidemiologia Social é uma abordagem do processo saúde-doença que enfoca a relação entre saúde e condições de vida, constituindo uma disciplina cujas origens remontam aos estudos de John Snow e Friedrich Engels. A autora prioriza em sua crítica a vertente de base marxista estruturalista, cujos autores principais são Jaime Breilh e Asa Cristina Laurell. Seu declínio atual é atribuído aos seus fundamentos mais políticos que teóricos, ao desenvolvimento aproximações muito gerais ou abstratas sem oferta de boas operacionalizações e à crise do marxismo na sociedade ocidental. A autora aponta como principal fragilidade desse modelo a pouca relevância que oferece às questões da subjetividade e dos processos microssociológicos. Por não contemplar esses “complexificadores” do processo saúde-doença, a proposta seria incapaz de abarcar o real de maneira satisfatória. Uma crítica à posição de Cecília Minayo é considerar essa incapacidade não como uma vulnerabilidade, mas como um limite. Modelos correspondem a construções teóricas que procuram utilizar a simplificação da realidade como recurso para compreendê-la, portanto todos estão submetidos a limites.

Na Epidemiologia tradicional, a abordagem positivista não aprofundou a discussão e a crítica das categorias básicas que fundamentam essa Ciência como: população, ambiente, hospedeiro, agente, risco. Esses conceitos foram reduzidos ao empírico imediato, consolidando uma confusão entre o clínico e o epidemiológico, entre o individual e o coletivo. Por exemplo, a categoria população é definida como um agregado de indivíduos com alguma característica em comum; e ambiente, como

cenário em que hospedeiro e agente se encontram. Essa lógica utilitária e fragmentadora facilita a intervenção social em saúde, segundo os interesses das classes dominantes. A Epidemiologia Crítica advoga uma retomada do debate epistemológico e questiona o conteúdo tradicional das categorias fundamentais da Epidemiologia (BREILH, 1991b; SAMAJA, 2003).

Na perspectiva histórico-dialética, portanto, pode-se concluir esta experiência conceitual com a contribuição de Sampaio (1998). Epidemiologia é ciência social, empírica, prática, que estuda distribuição, modos de expressão e determinação de qualquer elemento do processo saúde-doença, em relação à população humana significativa, que desenvolve suas experiências em território vivo, para fins de prevenção de transtorno, promoção de saúde, planejamento de ações de saúde e produção de conhecimento. Neste projeto crítico de produção de conhecimento, realizam-se duas naturezas de hierarquização: uma entre valores (as diferentes possibilidades de saúde, eficiência biopsicológica e sobrevivência) e contravalores (as diferentes possibilidades de doença, incapacidade e morte); e outra entre o nível do fenômeno (a instância que se quer explicar) e o nível da determinação (a instância que pode oferecer as explicações).

Sobre a relação entre Epidemiologia e Planejamento, Teixeira (1999) aponta o protagonismo da Epidemiologia em seu direcionamento. A abordagem epidemiológica radical do processo saúde-doença, concebendo sua determinação social de modo crítico, pode favorecer a extrapolação do planejamento para além das fronteiras da tecnocracia e do mundo acadêmico. Por outro lado, um contraponto comunicativo, segundo as recomendações de Rivera (1995), a essa perspectiva torna o processo de planejamento mais robusto, pois agrega ao processo trabalhadores de saúde, movimentos sociais e outros setores da população sob uma perspectiva democrática.

2.1.3 Direito à saúde e à democracia

O direito à saúde é uma das maiores conquistas da sociedade brasileira nas últimas três décadas. O SUS consolida-se como o caminho para materializar esse direito. Contudo, é necessário estabelecer as diferenças entre direito à saúde e direito ao consumo de bens e serviços de saúde. O SUS foi concebido durante o processo

de redemocratização do Estado brasileiro tal qual um esforço civilizatório, subvertendo a lógica da saúde como mercadoria ou caridade e postulando-a como direito social e dever do Estado. Não se pode compreender esse processo sem considerar as contradições do desenvolvimento histórico brasileiro: país latino-americano, capitalista, periférico e dependente.

As categorias consumo e produção devem ser compreendidas em um contexto histórico concreto. Uma das características fundamentais da sociedade capitalista é a ubiquidade da mercadoria. Bens e serviços são reduzidos a um denominador comum, o valor, que é negociado no mercado, portanto tornando equivalentes, bens, serviços e valor. O processo básico que está por trás dessa equivalência é a transformação do trabalho necessário para a produção de mercadorias em uma mercadoria também. As diferentes expressões do trabalho, consequentemente, são intercambiáveis. O trabalho é imprescindível à reprodução da vida material e social, dessa forma é essencial na construção da identidade do homem. A metamorfose do trabalho em mercadoria, alienação específica do modo de produção capitalista, resulta em uma inversão de papéis, as pessoas são substituídas pelas coisas. O vazio de identidade e sociabilidade decorrente é preenchido pelo fetichismo, ou seja, a atribuição de habilidades, sentimentos e valores humanos às mercadorias.

No Brasil, os bens e serviços de saúde são mercadorias, embora negociadas em um mercado bastante regulado pelo Estado. O SUS constitui-se como o maior comprador e fornecedor de bens e serviços de saúde do país. O mercado da saúde apresenta duas singularidades importantes: a capacidade da indução da demanda pela oferta e a fragilidade inerente à condição dos consumidores, portadores de algum sofrimento físico ou psíquico (UGÁ; MARQUES, 2008).

A medicalização do processo saúde-doença trouxe amplas perspectivas para a oferta de novos produtos ao mercado da saúde, especialmente, por meio do fetichismo. As mercadorias dirigem-se, muitas vezes, às necessidades criadas pelos produtores de insumos e serviços de saúde e apelam para o sentimento de vazio e desamparo intrínsecos à alienação e agravados pelo sofrimento experimentado durante o adoecimento (ILLICH, 1975).

O SUS enfrenta a contradição de buscar a efetivação do direito à saúde por meio do direito ao consumo de bens e serviços de saúde. O direito à saúde está para

além da perspectiva do consumo de mercadorias. Ele deve ser entendido como direito à produção de modos saudáveis de vida. Em muitos momentos ele nega o consumo. Por exemplo, a preservação do meio ambiente ecologicamente equilibrado – também um direito social e dever do Estado registrados na Constituição Federal de 1988 – deve ser efetivada para garantir o direito à saúde, desse modo apontando para a redução do consumo agentes nocivos ao meio ambiente natural.

O movimento democrático e emancipatório que resultou na VIII Conferência Nacional de Saúde e na Constituição Federal de 1988, caracterizou-se por uma concepção ampliada da determinação do processo saúde-doença e por defender, coerentemente, propostas de intervenção também abrangentes para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. Discutindo, inclusive, projetos alternativos ao hegemônico para se organizar a produção e a distribuição de riqueza. A implantação do SUS, porém, não representou a ruptura com as estruturas tradicionais do capital que forneciam, e ainda fornecem, suporte ao modelo biomédico de atenção à saúde. A implantação da Reforma Sanitária Brasileira, segundo Paim (2008), caracteriza-se como uma reforma parcial setorial, aproximando-se do conceito gramsciano de revolução passiva. A dialética do mudar para conservar resultou na manutenção de um modelo assistencial baseado na lógica de mercado, com o Estado desempenhando o papel de grande comprador de bens e serviços de saúde, mas preservando os interesses das forças do capital, representadas pelos defensores do modelo assistencial biomédico privatista. A militância de trabalhadores, acadêmicos e usuários arrefeceu e foi aparelhada e burocratizada. Os pressupostos de transformação radical da sociedade, que apontavam para ampliação de seu caráter solidário, foram substituídos pela defesa de interesses individuais, corporativos ou partidários. Rastreia-se aqui, portanto, que a transformação do direito à saúde em direito ao consumo de bens e serviços de saúde é coerente com as relações – e acomodações – entre sociedade e Estado na redemocratização brasileira.

O acomodamento de novas e antigas estruturas descrito por Paim (2008) para o caso específico da Reforma Sanitária Brasileira constitui-se como uma das características específicas do desenvolvimento histórico nacional. Faoro (2001), em interpretação abrangente sobre a história brasileira, rastreia na gênese do Estado português o pioneirismo na aproximação dos interesses pré-capitalistas e capitalistas com os da aristocracia, consolidados pela Dinastia de Avis. Em seis séculos,

ocorreram diversas modificações na expressão da simbiose entre a burguesia e o estamento político dominante, contudo sem alterar sua base. A empresa capitalista seguiu diferentes ciclos de produção de bens para exportação, pau-brasil, açúcar, ouro, café, estendendo geograficamente os domínios do Estado e consolidando o território nacional, mas sem abalar os fundamentos do patrimonialismo. A industrialização tardia também não gerou impactos na base desse sistema.

Para Faoro (2001), o estamento político persiste como um poder amorfo e autoritário, capaz de adaptar-se às mutações do pré-capitalismo ao capitalismo mercantil, depois industrial e, finalmente, financeiro. Esse estamento segue defendendo seus próprios interesses, aparelhando o Estado e funcionando como mediador entre os proprietários e os trabalhadores, sempre pendendo para os primeiros, mas evitando perder o apoio dos últimos. A tensão entre as classes é inerente à sua existência, mas os conflitos que emergem são resolvidos, ou melhor, arbitrados pelo estamento político apenas em sua expressão. As transições, Colônia, Império, República Velha e Estado Novo, não representaram ruptura nem com um modo de produção nem com a elite dominante, mas processos de acomodamento de novos atores no seio do estamento político. Destaca-se a função do Estado como grande provedor de riqueza tanto para a classe dominante quanto para a trabalhadora, abrigando sob sua tutela e arbítrio grupos heterogêneos.

As implicações da distorção do direito à saúde em direito ao consumo de bens e serviços de saúde não se restringem ao plano conceitual e não são isentas de interesses. Seu resultado concreto é a crise permanente enfrentada pelos serviços públicos de saúde. Os vilões recorrentes são o financiamento insuficiente e a gestão ineficiente. Não se pode permanecer na superfície dos fenômenos, uma aproximação crítica permite divisar a contradição entre produção e consumo como o fundamento da crise na saúde. Enquanto a saúde for concebida apenas como consumo de bens e serviços, não será possível estabelecer um orçamento ou uma técnica de gestão que satisfaçam o apetite voraz pela mercadoria que move o capitalismo nos planos privados de saúde, no comércio de exames laboratoriais, na compra e venda de procedimentos clínicos e cirúrgicos, nas indústrias de equipamentos médicos e de produtos farmacêuticos.

Algumas pistas para a solução parcial dessa contradição são fornecidas pelas contribuições epistemológicas da Saúde Coletiva, discutidas anteriormente, que

qualificam de modo crítico a Epidemiologia e o Planejamento em Saúde. A concepção de integralidade em saúde subsidia o avanço para além do consumo de bens e serviços e possibilita a emergência de uma perspectiva democrática e emancipadora de saúde. Contudo, em certa medida, esse novo modelo constitui uma utopia e os usuários e trabalhadores do SUS não podem aguardar sua concretização. Pois, os acidentes de motocicleta, a persistência da hanseníase, as sequelas das doenças cardiovasculares, os surtos de dengue, o abuso de drogas, a morte de gestantes e a epidemia de HIV/AIDS estão ocorrendo agora. O agora também é o momento em que velhas práticas como clientelismo, fisiologismo, patrimonialismo e coronelismo perduram como modo de fazer política durante e após as eleições, contaminando e pervertendo as instâncias de controle social do SUS.

É imperativo que a luta em defesa de um projeto para a sociedade brasileira seja conduzida em paralelo com soluções de curto e médio prazo, estabelecendo as mediações entre o modo de produzir e distribuir a riqueza e as particularidades nacionais e regionais, sobretudo no campo político. A desmistificação da identificação entre consumo e direito é o ponto-chave para edificar um novo consenso sobre a saúde e o SUS capaz de harmonizar discursos dissonantes. As contradições estão presentes, até mesmo, no interior de cada instituição envolvida com a saúde. No Judiciário, por exemplo, a pressão dos Tribunais de Contas para a austeridade no controle de gastos públicos convive com poder do Ministério Público para impor o fornecimento de todo e qualquer bem ou serviço de saúde solicitado pelo cidadão, sem consideração a qualquer restrição orçamentária. Nos dois casos, a responsabilidade pelo descumprimento das determinações é do gestor, que se vê emaranhado nesse dilema insolúvel.

Em linhas gerais, o direito à saúde, em uma perspectiva ampliada, poderia ser pautado pelo balanço entre efetividade e progressividade. Efetivo, pois aquilo que a lei determina como direito deve ser obrigatoriamente oferecido a todos os cidadãos, sem discriminação. Portanto, se o tratamento da tuberculose é um direito, o Estado deve garantir que todos tenham acesso a ele, ricos ou pobres, moradores da cidade ou do campo, habitantes da região Sudeste ou Nordeste. Por outro lado, a lei deve assimilar uma progressividade, talvez de base anual. Desse modo, se nesse ano não é possível universalizar o acesso a uma nova tecnologia, como um *stent* farmacológico, deve existir a previsão para que, de acordo com avaliação científica e

debate com o controle social, seja planejada a adoção desse novo insumo em um prazo determinado.

A articulação entre efetividade e progressividade é, de certo modo, uma ressonância da articulação entre Epidemiologia e Planejamento, entre conhecimento e intervenção. Porém, não deve ser restrita à técnica ou à burocracia. Nesse sentido, a participação popular, por meio do controle social, é essencial para que a democracia e a emancipação sejam os valores que direcionem o processo de decisão.

A contradição entre direito à saúde e direito ao consumo de bens e serviços de saúde tornou o SUS insustentável, como resultado, constata-se uma crise crônica. Entretanto, essa contradição é expressão de outras mais profundas: 1- entre as concepções de saúde-doença do movimento da Reforma Sanitária e dos defensores do modelo biomédico hegemônico; 2- entre a transformação social pela ruptura e a mudança social por acomodação; e 3- entre a produção social da riqueza e sua apropriação privada.

A manutenção da crise no SUS está conduzindo o Estado e a sociedade a um sentimento de impotência e conformismo, acarretando banalização da própria crise. Retomando os conceitos do Planejamento, é urgente a adoção de medidas táticas e estratégicas associadas a uma abordagem dialética e crítica dessa crise. As contribuições teóricas mais recentes no campo do Planejamento, como a perspectiva comunicativa e a valorização da subjetividade de gestores, trabalhadores e usuários, podem ser articuladas ao pensamento estratégico para produção de novos arranjos, mais flexíveis e mais eficientes, que subsidiem práticas que materializem o direito à saúde. O desafio não é apenas apontar caminhos para atingir um objetivo antigo, a universalização do direito à saúde, mas atuar de modo efetivo para a construção dessa utopia.

2.2 Limites da demarcação teórica do tema

As recomendações que concluem essa discussão sobre Planejamento em Saúde e Epidemiologia são coerentes com as narrativas prescritas pelos autores do campo da Saúde Coletiva sobre essas disciplinas. Uma terceira narrativa, sobre as Ciências Sociais em Saúde, completa o arcabouço disciplinar desse campo do conhecimento – que é também aquele em que se enquadra esta Tese.

Embora tenha dado conta dos autores canônicos, localiza-se fora desse quadro teórico grande volume de produção acadêmica sobre planejamento em saúde – registrado em minúsculas por não se tratar da disciplina específica demarcada pelos autores do Campo da Saúde Coletiva. Esse não é um limite teórico apenas desta Tese, mas também do debate nacional sobre planejamento em saúde, que privilegia um conjunto de autores que desenvolveram a abordagem teórica e metodológica denominada de pensamento estratégico como contraponto ao planejamento normativo. A perspectiva estratégica, por sua vez, é desdobrada em outras correntes teóricas e metodológicas, mas que não deixam de ser tributárias do pensamento de Mario Testa e de Carlos Matus.

As definições de pensamento e planejamento estratégico em saúde utilizadas na literatura nacional não são convergentes com as estrangeiras. Na literatura norte-americana sobre o tema, o adjetivo estratégico é específico da administração organizacional e não se recomenda seu uso para especificar o planejamento de políticas de saúde. Essa é a posição defendida por Swayne, Duncan e Ginter (2008) em seu manual sobre *Strategic Management of Health Care Organizations*, em que apresentam sua versão de: 1 - pensamento estratégico, entendido como uma habilidade individual, uma espécie de moldura analítica, que permite aos líderes terem a capacidade de atuar sobre os desafios cotidianos de uma organização e, simultaneamente, ter uma perspectiva de sua situação global; 2 - planejamento estratégico, definido como um processo periódico de discussão e decisão sobre etapas necessárias para cumprimento dos compromissos expressos em sua missão e visão, utilizando o pensamento estratégico, esse processo busca direcionar o foco da instituição para um cenário futuro de acordo com a análise situacional e com a formulação estratégica; e 3 - administração do *momentum* estratégico, compreendida como a administração cotidiana das ações necessárias para o desenvolvimento das estratégias planejadas, incluindo sua implantação, monitoramento e ajustes, para que os objetivos organizacionais possam ser alcançados. Os autores apontam que a integração e a coerência entre pensamento, planejamento e administração estratégica com os objetivos, visão e missão organizacionais são essenciais para o funcionamento eficiente das organizações.

A influência do pensamento e planejamento estratégico norte-americano no planejamento em saúde no Brasil é mais evidente nos serviços privados do que

nos públicos, o que é coerente com sua formulação teórica original. Esta Tese passa ao largo da discussão sobre administração dos serviços privados de saúde. Nos serviços públicos de saúde, utilizam-se pontualmente alguns elementos derivados e adaptados do planejamento corporativo como a elaboração de missão, visão e valores, o *Balanced Scorecard*, a acreditação de serviços por avaliadores externos, o desenvolvimento de lideranças, o *coaching*. Ferramentas individuais são mais presentes do que uma abordagem sistemática e robusta para administrar os serviços públicos de acordo com a lógica da administração dos serviços privados, embora a retórica em defesa desta proposta seja recorrente.

Não há um consenso entre os autores da Saúde Coletiva sobre o transplante das metodologias de gestão e planejamento do mundo corporativo para os serviços públicos de saúde. Alguns rejeitam o uso dessas metodologias, um exemplo é a crítica de Merhy (2002) à Atenção Gerenciada, uma das poucas propostas sistemáticas de implementação de modificações no processo de gestão e trabalho em saúde importada das operadoras privadas de serviços de saúde norte-americanas. O contraponto a essa rejeição é a *démarche*, método que busca adaptar o enfoque empresarial ao setor público, apresentado por Rivera e Artmann (2003) e Ramos, Penello e Rivera (2003) e considerado pelos autores como uma possibilidade promissora de desenvolvimento de novos instrumentos de gestão.

Por outro lado, existe uma produção teórico-metodológica anglo-saxã sobre planejamento de políticas públicas que se caracteriza por seu aspecto crítico, embora seja pouco divulgada no campo da Saúde Coletiva brasileira. Sager (2013) define o planejamento comunicativo, uma das abordagens do planejamento crítico existentes no exterior, como uma proposta para explorar as potencialidades da democracia deliberativa no processo de planejamento – é evidente a contribuição do pensamento habermasiano – que não restringe participação a informar ou consultar os atores, mas compreende a necessidade de estabelecer consensos por meio do diálogo e do entendimento mútuo. Essa perspectiva defende de que é possível transformar a sociedade por meio de um esforço para o planejamento coletivo, a despeito de sua estrutura atual, que privilegia os interesses daqueles que detêm a maior parte da riqueza, e oferece recomendações para superar as relações de poder assimétricas, que se constituem como um entrave para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e menos desigual. Sager (2013) indica que o debate acadêmico

sobre o planejamento crítico e sua corrente comunicativa iniciou-se na década de 1980 nos países de Língua Inglesa.

Não se observa influência do planejamento crítico estrangeiro no campo da Saúde Coletiva brasileira. As discussões de Francisco Javier Uribe Rivera sobre o uso da Teoria do Agir Comunicativo no planejamento, que se iniciaram no final da década de 1980, e seus desdobramentos posteriores seguem de modo paralelo a literatura anglo-saxã. Embora o autor de base, Jürgen Habermas, seja o mesmo e muitas das conclusões e recomendações também, não há diálogo entre os pesquisadores nacionais e internacionais. Estabelecer esse diálogo, analisar as múltiplas interfaces e possibilidades de leitura, consiste em um esforço intelectual que teria como produto outra Tese, pois os dois *corpora* são extensos e complexos. Uma fragilidade capital dessa Tese é não realizar essa análise com a densidade teórica necessária, mas apresentar de modo quase impressionista algumas contribuições pontuais de autores estrangeiros filiados ao planejamento crítico. *Mea culpa*, mas também do debate nacional sobre o tema, que segue no conforto das certezas endógenas.

3 METODOLOGIA

“O que foi é o que será: o que acontece é o que há de acontecer. Não há nada de novo debaixo do sol.”
Eclesiastes 1:9

Os manuais de metodologia científica utilizados nas pesquisas qualitativas no campo da Saúde Coletiva, geralmente, iniciam a apresentação do tema com um resgate da etimologia de método. Por exemplo, Minayo (1998, p. 16): “Entendemos por *metodologia* o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Nesse sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas”. *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método* é o título de obra organizada pela autora posteriormente, Minayo e Deslandes (2002, p. 9) apontam em sua *Apresentação*: “Começamos, portanto, pela reflexão acerca do método. Tentamos ‘afinar os instrumentos’ para guiar a caminhada (ou construir o próprio caminho).”

A metáfora do caminho tem sido utilizada amplamente nas discussões sobre metodologia de pesquisa qualitativa, tornando-se quase um clichê. Outro clichê é o uso de um trecho de um poema de Antônio Machado – “Caminhante, não há caminho, faz-se caminho ao andar” – para ilustrar a flexibilidade característica da metodologia qualitativa em comparação com a rigidez da quantitativa. Essa dicotomia entre pesquisa qualitativa e quantitativa constitui o terceiro clichê das discussões sobre metodologia no campo da Saúde Coletiva.

A justaposição de clichês é o caminho para o pastiche metodológico, mas também para identificar os limites da metodologia qualitativa desenvolvida na pesquisa em Saúde Coletiva. Recuperar o sentido da palavra método entre os gregos antigos pode ser o primeiro passo para trilhar-se novos percursos. O glossário da *Introdução à História da Filosofia* de Marilena Chaui registra:

Méthodos: Método, busca, investigação, estudo feito segundo um plano. É composta de *metá-* e *odós* (via, caminho, pista, rota; em sentido figurado significa: maneira de fazer, meio para fazer, modo de fazer). *Méthodos* significa, portanto, uma investigação que segue um modo ou maneira planejada e determinada para conhecer alguma coisa; procedimento racional para o conhecimento seguindo um percurso fixado. *Methodéúo*: seguir de perto, seguir uma pista, caminhar de maneira planejada, usar artifícios e astúcias, é um derivado de *méthodos* (CHAUÍ, 2002, p. 505).

A definição grega de *méthodos* não traz novidades, exceto pelo seu derivado *methodeúo* que se aproxima da investigação que Édipo empreende para descobrir o assassino de Laio na tragédia de Sófocles. Embora advertido por Tirésias, o herói segue em sua busca solitária pela verdade e, tragicamente, descobre que está implicado nessa insuportável verdade. O objetivo dessa discussão não é contribuir para novos clichês metodológicos, mas demarcar que, nesta Tese, a dolorosa busca pela verdade não foi solitária, mas compartilhada. Essa característica afasta-se da abordagem qualitativa, geralmente utilizada em Saúde Coletiva, que admite vários caminhos – ou mesmo um caminho que se produz durante a caminhada –, mas apenas um caminhante.

Não há ambição de inovação ao optar-se por agregar diferentes visões sobre um fenômeno complexo para avançar em sua compreensão. Mateus, Marcos, Lucas e João narram sob perspectivas diferentes, para públicos diferentes e com objetivos diferentes a vida e os ensinamentos de um carpinteiro galileu. As narrativas convergem e divergem, apresentam contradições e diferenças, por isso trazem a marca das imperfeições da realidade para uma história que poderia ser considerada apenas um mito, se fixada em uma versão única e coerente, mas enfadonha e pobre.

As escolhas táticas e encontros descritos como metodologia são apenas algumas possibilidades de que o autor e os participantes se apropriaram para dialogar sobre as verdades e agir sobre as realidades, sem pretensão de conhecer a Verdade ou transformar a Realidade.

3.1 Escolhas

3.1.1 Transformação social e Epidemiologia Crítica: contribuições da pesquisa-ação participante

A discussão sobre o papel das relações entre pesquisa e prática, sob perspectiva emancipatória, avançou mais no campo da educação do que no campo da saúde. A concepção de formação em saúde no campo da Saúde Coletiva, a educação permanente, é guiada por valores progressistas, contudo não enfatiza a pesquisa, constatação sinalizada em seu quadrilátero – ensino, gestão, atenção e controle social – descrito por Ceccim e Feuerwerker (2004). Embora os autores

abordem a produção do conhecimento, ela não ocupa lugar central em sua proposta de formação. Sob perspectivas diferentes, autores do campo da educação, nacionais (FREIRE, 2014 e DEMO, 2000) e estrangeiros (FALS-BORDA; RAHMAN, 1991 e KEMMIS; MCTAGGART; NIXON, 2014), defendem que a pesquisa é uma atividade que não pode ser restrita ao ambiente universitário e criticam a separação entre prática e pesquisa, apontando a reprodução de uma contradição mais abrangente da sociedade contemporânea entre fazer e pensar, ou entre produzir a riqueza e apropriar-se dela.

Freire (2014) faz uma crítica seminal à concepção “bancária” da educação, em que os educandos recebem “depósitos” de informações do professor e são responsáveis por guardá-los e arquivá-los, e esclarece a contradição na relação entre educador e educando. A existência do educador, detentor de todo o conhecimento, depende da manutenção do educando na posição de detentor de toda a ignorância. Os educandos, por sua vez, reconhecem na sua situação de ignorância a justificativa da existência do educador. Portanto, é estabelecida uma visão distorcida da educação, em que não existe possibilidade para criatividade, transformação ou saber, mas apenas para acumulação, acomodação e ajustamento passivo à realidade parcial transferida aos educandos por meio dos depósitos. Esse é o fundamento da educação opressora, a necessidade de adaptar a mentalidade dos oprimidos à situação de opressão. A educação libertadora busca superar a contradição entre educandos e educadores, tornado ambos, simultaneamente, educadores e educandos, portanto permitindo que se avance na apreensão crítica, criativa e transformadora da realidade, rompendo com a domesticação dos educandos instituída pela educação bancária.

Demo (2000) contribui para a reflexão sobre a pesquisa como fundamento para o desenvolvimento da educação emancipadora. Em sua concepção, o professor é, essencialmente, um orientador do processo de questionamento reconstrutivo no aluno. Nesse sentido, o que mais o caracteriza é a pesquisa. O processo de formação é compreendido como a busca pelo conhecimento inovador, um caminho para a intervenção ética, e o seu motor é a pesquisa, que envolve teoria e prática, qualidade formal e política, inovação e ética. Desse modo, é possível avançar para uma prática crítica e competente. Para esse autor, a pesquisa deve ser uma atitude cotidiana do professor, embora ele não a cultive em si, principalmente na educação básica, mas como instrumento principal da educação pela pesquisa. Dessa forma, é necessário

modificar a definição do professor como perito em aula, pois a aula que apenas ensina a copiar é absoluta imperícia.

Para Fals-Borda e Rahman (1991), a pesquisa-ação participante não é apenas uma contribuição para a metodologia da pesquisa social que atribui à relação entre sujeito e objeto simetria, horizontalidade e padrões não exploratórios nos campos social, econômico e político. Mas, também, um ativismo social comprometido com a promoção da *práxis* dos sujeitos pesquisados. Essa perspectiva aproxima-se muito da proposta de conscientização freireana, como possibilidade de esclarecimento e desvelamento das contradições da realidade por meio de um processo de autoinvestigação coletiva. O conhecimento, portanto, não é algo que possa ser adquirido ou transferido, mas é construído de modo coletivo por meio de reflexão e ação sobre a realidade.

Kemmis, McTaggart e Nixon (2014) justificam a publicação das primeiras edições de seu *The Action Research Planner* como subsídio para os professores realizarem com maior clareza projetos de pesquisa participante em seus contextos de prática. Para esses autores, um dos principais argumentos para a aplicação da pesquisa participante é a possibilidade dos sujeitos envolvidos em uma realidade social poderem pesquisar, a partir de um ponto de vista interno, suas práticas. Esse envolvimento íntimo com a situação pesquisada permite que os participantes observem a realidade sob perspectivas inacessíveis para indivíduos externos ao processo. A posição dos participantes em relação à situação pesquisada, portanto, não se caracteriza pela neutralidade. A necessidade de se posicionar e de agir para a transformação diante das condições de uma realidade vivida favorece a crítica sobre as consequências indesejáveis das práticas dos sujeitos, considerando suas três naturezas, a irracionalidade, a insustentabilidade e a injustiça.

De maneira esquemática, no campo da pesquisa social, pode-se considerar a pesquisa cartesiana, caracterizada pela dicotomia sujeito e objeto, e o ensino tradicional, caracterizado pela dicotomia professor e aluno, como contradições complementares, cuja articulação é necessária para revestir de coerência o processo de produção e distribuição do conhecimento na sociedade contemporânea. O saldo de conhecimentos transferidos do professor para os alunos, em uma ampliação da metáfora bancária, é produto da expropriação do conhecimento dos sujeitos pelos pesquisadores em suas investigações. Em analogia à mercadoria dinheiro, a

mercadoria conhecimento circula de maneira estéril pela cadeia produtiva. A pesquisa-ação participante e a educação problematizadora superam as contradições entre pesquisador e pesquisado e ente professor e aluno, portanto proporcionam um avanço das relações entre ação e conhecimento.

A Epidemiologia Crítica desenvolveu uma reflexão densa sobre as fragilidades teóricas da epidemiologia tradicional e desvelou os compromissos ocultos sob sua neutralidade aparente. Apesar de ressonâncias da Epidemiologia Crítica poderem ser ouvidas no campo, ou movimento, da Saúde Coletiva brasileira, encontram-se poucas pesquisas na literatura nacional que operacionalizem essa perspectiva da Epidemiologia. Na literatura internacional, a situação é similar, as publicações são restritas a um pequeno conjunto de autores, com muito pouca difusão no hemisfério norte, segundo Breilh (2008).

Garcia-Filho e Sampaio (2013) realizaram pesquisa sobre a determinação social da violência interpessoal fatal em capital brasileira seguindo as recomendações de Granda e Breilh (1989), Breilh (1991a), Breilh (1991b) e Sampaio (1998). De modo esquemático, operacionalizaram a abordagem crítica na epidemiologia estabelecendo para um fenômeno três níveis hierárquicos de análise: processo individual (aspectos biológicos e psicológicos do sujeito em determinado momento histórico), processo mediador (formação social, entendida como sociedade particular; a francesa do final do século XVIII, por exemplo) e processo geral (modo de produção; capitalismo financeiro, por exemplo). Os fenômenos emergem na realidade com dois tipos de características: aparentes (imediatamente percebidas pelo pesquisador, por exemplo, desigualdade social, abuso de álcool e drogas) e essenciais (construídas por meio de processo crítico e reflexivo, por exemplo, modelo de desenvolvimento baseado na acumulação de capital por minoria, contradição entre capital e trabalho). No cruzamento da matriz dimensões de análise e características é possível definir variáveis quantitativas e qualitativas que funcionem como indicadores do processo de determinação da saúde ou da doença.

A dialética, portanto, é utilizado pela Epidemiologia Crítica para estabelecer as mediações entre os diferentes níveis de determinação e as relações entre a essência e a aparência de um fenômeno. Contudo, a perspectiva crítica não se resume ao esclarecimento, mas deve abranger também a transformação social, essa foi a principal limitação da investigação de Garcia-Filho e Sampaio (2013).

A pesquisa participante pode contribuir para o potencial emancipatório da Epidemiologia Crítica, pois enfatiza, segundo Kemmis, McTaggart e Nixon (2014) a prática transformando a prática. Ressalta-se que esses autores reconhecem a contribuição seminal de Paulo Freire e Orlando Fals-Borda para a reflexão sobre pesquisa participante e educação emancipadora. Embora o compromisso ético e político desses autores seja similar aos da Epidemiologia Crítica, é recente o diálogo entre suas abordagens teóricas e, principalmente, metodológicas.

No campo da saúde, Loewenson et al. (2014), em manual editado em parceria com a Organização Mundial da Saúde-OMS, aponta duas correntes principais para a metodologia participativa em pesquisa. A perspectiva pragmática ou utilitarista surgiu na Europa e nos Estados Unidos da América por volta da década de 1950. A perspectiva emancipatória, influenciada pela pedagogia do oprimido freireana, surgiu na América Latina na década de 1970. A concepção de pesquisa-ação participante desse manual, que tem como coautora Asa Cristina Laurell, importante referência da Epidemiologia Crítica, aproxima-se do pensamento freireano. Considera-se que existe uma tensão dialética entre teoria e ação, logo a pesquisa-ação participante não se constitui como um processo linear, e que um de seus objetivos-chave é transformar as relações de poder, redistribuindo-o. Por outro lado, sua discussão sobre a operacionalização da pesquisa-ação participante enfoca o uso de ferramentas, mas sem fazer uma crítica às possibilidades e restrições ao diálogo nos cenários de pesquisa.

Uma escolha importante ao desenvolver uma pesquisa participante ou uma pesquisa-ação é como designar esse tipo de pesquisa, pois essa decisão fundamenta-se no posicionamento ideológico do pesquisador diante da realidade. Brandão (2006) resgata as múltiplas palavras que traduzem perspectivas desse método na América Latina desde a década de 1960: levantamento vocabular, pesquisa temática, pesquisa ativa, autodiagnóstico, pesquisa na ação, pesquisa-ação, pesquisa participante, investigação-ação participativa, pesquisa popular, pesquisa militante. E conclui que essa polissemia comporta variações, convergentes e divergentes, em torno de um modelo emergente, a pesquisa participante, embora exista, atualmente, um distanciamento das referências ao trabalho, ou envolvimento, popular. Por outro lado, Thiollent (2011) considera que pesquisa-ação e pesquisa participante não são expressões sinônimas, pois a pesquisa-ação envolveria algum

tipo de ação planejada – social, educacional, técnica, entre outras – que nem sempre está presente na pesquisa participante. No entanto, ambas convergem ao se constituírem como alternativas aos métodos convencionais de pesquisa.

Nesta Tese, para evitar controvérsias quanto a rótulos, fixou-se o termo pesquisa-ação participante, tradução de “participatory action-research” e de “investigación acción participativa”, opções de uso consagrado na literatura dos países de língua inglesa e espanhola. Essa opção segue o recomendado por Fals-Borda e Rahman (1991, p. 10):

After spreading to Europe and English-speaking countries, PAR was the designation adopted there. “Investigación acción participativa (IAP) is used in Latin America; “pesquisa participante” in Brazil; “ricerca partecipativa”, “enquête participation”, recherche action”, “partizipative akitionsforschung” elsewhere. In our view there are no significant differences between these designations, especially between PAR and PR (“participatory research”), as can be observed by comparing chapters in the present book.

Kemmis, McTaggart e Nixon (2014) fazem uma reflexão sobre as diferentes abordagens da pesquisa-ação participante por meio da leitura de Jürgen Habermas e identificam três possibilidades. A pesquisa-ação técnica move-se pelo interesse de ampliar o controle sobre os desfechos. A pesquisa-prática direciona-se para a formação e educação dos participantes, com objetivo de tornar suas práticas mais esclarecidas. A pesquisa-ação crítica empenha-se em contribuir para a emancipação individual e coletiva, abordando a irracionalidade, insustentabilidade e injustiça de suas práticas. Seguindo essa perspectiva, a pesquisa-ação participante crítica aprofunda o caráter participativo da pesquisa-ação participante, envolvendo os participantes tanto nas decisões quanto nas análises da investigação. O foco de sua transformação são os discursos, que orientam e justificam as práticas, as ações desempenhadas pelos sujeitos para efetivação de suas práticas e as relações sociais entre indivíduos e grupos envolvidos e afetados pelas práticas. Em síntese, se o objeto de pesquisa são as práticas constituídas socialmente, sua transformação também é um processo social.

Uma definição preliminar de prática pode ser tomada de Kemmis, McTaggart e Nixon (2014) e complementada por Kemmis (2013). A prática é uma atividade humana cooperativa e socialmente estabelecida segundo um padrão de organização e de direcionamento. Em uma prática, concorrem um conjunto característico de ações, um conjunto de ideias expressas em discursos e um conjunto

de relações entre pessoas e objetos direcionados para a execução de uma atividade habitual. Existe uma distinção entre a atividade habitual, prática, e a atividade esclarecida e comprometida, *práxis*. Sendo uma das propostas da pesquisa-ação participante crítica transformar a prática em *práxis*. A prática pode ser compreendida de modo objetivo, externo, de modo subjetivo, interno, ou de modo dialético, confrontando os modos objetivo e subjetivo. Simultaneamente, a prática pode ser compreendida sob a perspectiva social, individual ou dialética, nesse caso, enfocando as relações entre social e individual.

3.1.2 Pesquisa-ação participante crítica e esferas públicas: implicações na constituição da subjetividade

Uma singularidade da pesquisa-ação participante crítica adotada nessa investigação, seguindo as recomendações de Kemmis, McTaggart e Nixon (2014), é a abertura para os participantes falarem sobre seu trabalho e sua vida sob a perspectiva das esferas públicas e da teoria do agir comunicativo de Jürgen Habermas. De maneira sintética, pode-se resumir o agir comunicativo como o que sucede quando os indivíduos interrompem suas ações e questionam “o que está acontecendo”. Essa pergunta é, geralmente, despertada por dúvidas sobre a validade ou legitimidade de uma situação. Há quatro características da validade de uma elocução: inteligibilidade, exatidão, sinceridade e adequação moral. A legitimidade, por sua vez, depende do consentimento dos atores para que uma situação se desenvolva. Ao favorecer as esferas públicas, a pesquisa-ação crítica abre a perspectiva para os sujeitos deixarem de agir estrategicamente para agirem comunicativamente. Por conseguinte, patrocinando o entendimento mútuo e o consenso livre como coordenadores das ações por meio da linguagem, em detrimento da coordenação mediada por influência não linguística entre os atores.

Lord (2007) delimita as diferenças entre a esfera pública habermasiana e os espaços públicos brasileiros. Retomando a elaboração de Evelina Dagnino e Vera Telles, os espaços públicos são identificados como locais físicos onde ocorrem os encontros para debate e negociação, institucionalizados ou não, entre sociedade civil e Estado. Esses espaços são, portanto, observáveis fisicamente, são exemplos os fóruns, conselhos, comissões. A esfera pública habermasiana não é um espaço físico,

mas um fluxo de comunicação que produz um consenso eficaz para influenciar o sistema político. Sua natureza, conseqüentemente, torna menos claro como instrumentalizá-la ou observá-la empiricamente. Jürgen Habermas não se detém sobre esses pontos e indica apenas a importância da interação comunicativa entre os atores.

A proposta de Lord (2007) é aproximar a relação dialógica elaborada por Paulo Freire e a interação comunicativa habermasiana, buscando complementar a lacuna instrumental do pensamento do autor alemão. A perspectiva freireana de emancipação e empoderamento dos atores por meio do diálogo crítico qualificaria as discussões das esferas públicas, produziria consensos melhor elaborados e ampliaria sua efetividade e legitimidade para influenciar o sistema político. Dessa maneira, seria possível realizar uma leitura de esfera pública a partir de categorias do pensamento freireano, ampliando as possibilidades de compreensão de seu funcionamento, especialmente em contextos sociais caracterizados por fortes desigualdades sociais e institucionalização da violência, com conseqüentes ressonâncias na constituição e desenvolvimento das esferas públicas.

Pereira (2007) discute as similaridades e as diferenças entre os modelos democráticos participativos e deliberativos a partir da distinção entre duas perspectivas teóricas da democracia, a agregativa, centrada no voto, e a deliberativa, centrada no diálogo. A democracia liberal é caracterizada pela exclusividade da perspectiva agregativa, predomina a concepção de que a participação política do cidadão deve ser restrita ao voto eleitoral periódico e de que as ideias e opiniões que fundamentam as escolhas políticas são individuais e dadas no momento da decisão. O contraponto participativo à democracia liberal postula uma complementaridade entre os mecanismos de participação direta com os representativos instituídos. Entretanto, esse modelo não se afasta da perspectiva agregativa, existe mais participação, mas não há mais discussão, as ideias e opiniões que fundamentam as escolhas continuam sendo consideradas como dadas.

Ainda segundo Pereira (2007), é possível estabelecer também um contraponto deliberativo à democracia liberal que tem seu centro no processo de formação de vontades que engendra as decisões coletivas, a argumentação racional é considerada o fundamento para os indivíduos elaborarem e justificarem suas escolhas, a livre deliberação. O diálogo público é apontado como o elemento

necessário para construção de consensos informados e efetivação de decisões coletivas, ou seja, a constituição de esferas públicas livres de coerção. Salienta-se que a formulação habermasiana de esfera pública não é a única possível. As principais críticas à democracia deliberativa enfocam: 1 - a excessiva valorização da argumentação racional, em detrimento a outros saberes, tornando o processo de discussão elitista e excludente; 2 - a necessidade de um consenso prévio sobre valores como igualdade política, ausência de comportamento estratégico e desejo de alcançar o entendimento; e 3 - a ausência de garantias de que a deliberação possa superar o conflito e atingir o consenso em situações concretas. Possibilidades complementares para a democracia deliberativa buscam uma ampliação da comunicação para além da argumentação racional e a compreensão de que as esferas públicas reais são diferentes das ideais propostas por Jürgen Habermas, sendo assim são permeadas por conflitos, dissensos, falsos consensos e violência, haja vista torna-se necessário reconhecer essa reverberação das desigualdades sociais no processo deliberativo e criar mecanismos para que as demandas de grupos e indivíduos marginalizados sejam reconhecidas como legítimas.

Essa investigação passa, de certa forma, ao largo da polêmica da pós-modernidade sobre a natureza da verdade, procurou-se mais uma proposta metodológica do que uma discussão teórica. Ou, em termos mais ambiciosos, procurou-se, por meio de uma solução metodológica esboçar uma reflexão teórica. A aposta dessa investigação foi suspender, ao menos momentaneamente, algumas inquietações teóricas e buscar elementos para sua discussão a partir da reflexão e intervenção social. Essa mesma perspectiva, de suspensão do aprofundamento da discussão teórica, não pode ser utilizada para abordar questões específicas que se impõe à teoria do agir comunicativo, como a eficácia da razão comunicativa e o lugar do trabalho na construção da subjetividade humana.

A leitura de Jürgen Habermas feita por Antunes (2009) considera fraco o potencial heurístico e emancipador de sua proposta teórica, pois desacopla o mundo da vida – espaço da razão comunicativa, reservado para intersubjetividade e interação – do sistema – espaço da razão instrumental, onde se estruturam as esferas do trabalho, da economia e do poder – e direciona sua utopia da esfera do trabalho para a esfera da ação comunicativa, uma vez que o pensamento habermasiano considera que a utopia baseada no trabalho perdeu seu ponto de referência na complexidade

da sociedade atual. Por sua vez, Antunes (2009) retoma Georg Lukács para reconduzir o trabalho à centralidade da utopia emancipatória da compreensão da subjetividade humana.

É também por meio de Georg Lukács que Löwy (2014) critica a proposta habermasiana. Além da impossibilidade de conceber a sociedade como dividida em duas esferas hermeticamente fechadas, ponto em que se aproxima das observações de Antunes (2009), Löwy (2014) desconfia das “ilusões tipicamente liberais sobre as virtudes milagrosas da ‘discussão pública e racional dos interesses’”, portanto da abertura para a eficácia da razão comunicativa. Por outro lado, o autor indica que a proposta de Jürgen Habermas seria legítima para balizar o processo de decisão coletivo em uma utopia futura, uma sociedade emancipada e sem classes, que basearia suas decisões na discussão pública racional.

A esfera pública pode ser considerada um construto teórico que fornece indícios de como aproximar elementos da democracia deliberativa ao modelo agregativo, mas não se deve exigir dela a solução para as aporias do poder na democracia. O esclarecimento das escolhas por meio da argumentação racional, a ausência de coerção no processo decisório e a preocupação com a construção de consensos são valores que balizam a transformação social em direção à justiça e à emancipação. As fragilidades dos espaços públicos, institucionais ou não, no Brasil são evidentes e a efetivação de esferas públicas para condução do processo político é utópica. As alternativas para ação poderiam ser pensadas à direita e à esquerda da proposta habermasiana.

O debate, dentro e fora da academia, sobre os conceitos de direita e esquerda se afasta apaixonadamente de qualquer consenso. Sem pretensão de contribuir para o avanço dessa discussão, é possível tomar uma definição operacional de Bobbio (2011), que compreende a distinção entre esquerda e direita como organizada em torno da polaridade igualdade *versus* desigualdade. *Grosso modo*, o pêndulo da política ao se aproximar da esquerda, atribuiria valor positivo à igualdade entre os indivíduos e grupos, desde a igualdade diante da lei até a igualdade de propriedade privada e renda. A direita, teria como valor positivo a desigualdade, considerando como justa uma distribuição desigual da propriedade e da renda ou diferença de situação jurídica entre cidadãos nativos e imigrantes.

Retomando as propostas alternativas ao fortalecimento das esferas públicas – ou, de modo mais abrangente, da democracia deliberativa – no Brasil, a formulação da direita é a manutenção do modelo agregativo. A participação popular periódica por meio do voto prossegue como maneira de legitimar esse sistema político e a imposição da ordem do Estado à sociedade. O papel do cidadão na democracia é resumido ao de eleitor, devendo escolher entre partidos e candidatos diferentes, mas com propostas e projetos bastante semelhantes. A política é uma atividade restrita a uma elite de políticos profissionais e autorreferentes, que se mobilizam em defesa de interesses corporativos e privados, embora preocupando-se em realizar ações eventuais que fomentem uma opinião pública favorável. A abertura à participação popular é um mecanismo adicional de legitimação da ordem, pois amplia o caráter agregativo da democracia, mas não qualifica as decisões tomadas pelos indivíduos. Prevalece a disputa para escolha de mudanças superficiais sobre o consenso para transformações radicais. As lutas populares que postulem mudanças sociais que coloquem essa ordem em risco são suprimidas com violência.

Em contrapartida, a proposta à esquerda da democracia deliberativa no Brasil é a revolução socialista, assim, aponta para uma ruptura radical com o capitalismo e a instituição de uma nova maneira de organizar a produção e a distribuição da riqueza. As experiências concretas do socialismo demonstram uma persistência contraditória do conflito entre Estado e sociedade, agora mediado, pela proposição de um sistema democrático de partido único. Embora a socialização dos meios de produção tenha potencial para redução das desigualdades, a apropriação dos excedentes pela classe dirigente, agora representada pelos membros da elite do partido, não é suprimida. Por isso, a desigualdade de renda e, principalmente, de poder persistem e são cristalizadas em um Estado autoritário e violento.

A diferença entre democracia deliberativa e suas alternativas, à esquerda ou à direita, concentra-se na natureza das relações entre Estado e sociedade. A polarização dessa relação tende para o consenso no modelo deliberativo e o risco de soluções coercivas parece ser menor do que o enfrentado por sociedades capitalistas ou socialistas, ao menos, em teoria. A contribuição do pensamento habermasiano sobre novas maneiras de agir politicamente apresentam como fortaleza ética a incapacidade de utilizar a coerção – e, conseqüentemente, a violência – como mediadoras das relações políticas. Destarte, a despeito de seu caráter utópico, ela

funciona como um alerta e uma alternativa para as distopias autoritárias de esquerda e direita.

O trabalho humano é imprescindível à reprodução da vida material e social. É uma atividade essencialmente humana, construtora de identidade e sociabilidade, individual e coletiva, e não deve ser transformada em motivo de sofrimento, devido ao deslocamento de prioridades. O trabalho humano apresenta posição central na construção da subjetividade, mas centralidade é diferente de exclusividade. A atividade política, a comunicação, o lazer, o cuidado do outro e de si são também produtores de subjetividade.

Para Friedman e Naville (1973), o trabalho humano apresenta três características essenciais: a produção de utilidade, a produção de valor e a transformação da natureza. A última fica invisível no cotidiano da atividade e a primeira tem sido, sempre, hipertrofiada, pois o trabalhador poucas vezes é motivado por tendências próprias na busca de realização subjetiva. De fato, o trabalho não é ação, com raríssimas exceções, mas coação. A coação está presente em outras organizações, como família e religião, mas, no trabalho, ela se faz acompanhar de cooptação, por meio de remuneração, principalmente na forma de salário. Condições econômicas adversas são um importante fator que compele o trabalhador a engajar-se em ocupações que vão de encontro a seus interesses pessoais. Quando mal escolhido e inadaptado, vendido ou alugado, com produtos cada vez menos visíveis, o trabalho é sentido como algo estranho ao indivíduo, a quem não se permite a manifestação das aptidões e capacidades que constituem seu potencial humano. Quanto menos a remuneração seja suficiente para convencer o trabalhador de que está sendo bem retribuído por seu serviço, ele perceber-se-á, então, vivamente, como explorado.

Buscando uma alternativa entre os impasses gerados pelo “Agir segundo Regras” e o “Agir Estratégico” na gestão e no trabalho em saúde, Campos (2003) propõe o “Agir Paidéia”, que resgata o conceito grego clássico de formação integral do homem e tenta avançar em relação ao “Agir Comunicativo”. O “Agir Paidéia”, contribui para compreensão de como ocorre a construção da subjetividade por meio da autoanálise, da análise do contexto e da intervenção sobre si e mesmo e sobre o contexto. Aproxima-se, portanto, segundo o autor do “velho conceito grego de *práxis*”, que utiliza Marilena Chaui para defini-la como “atuar segundo finalidades, construindo

o sentido e o significado para a ação, agir sobre o mundo de modo reflexivo, alterando o agente junto com a reconstrução do contexto” (CAMPOS, 2003, p.41).

O “Agir Paidéia” permite uma compreensão ampliada sobre as potencialidades do trabalho em saúde como construtor de subjetividade por meio da *práxis* e foi operacionalizado em vários serviços de saúde brasileiros com sucesso, possibilitando a instituição de arranjos organizacionais mais efetivos e democráticos. Porém, Campos (2003) utiliza um conceito de *práxis* anacrônico, que organiza a construção da subjetividade em torno do trabalho. Segundo Chauí (2002) e Petrovic (1988), na filosofia grega antiga, Aristóteles classificava as atividades básicas do homem em três categorias – *theoría*, *práxis* e *poíesis* – que correspondiam a três tipos básicos de conhecimentos – teóricos, práticos e produtivos – e a três tipos de finalidades ou objetivos – a verdade, a própria ação e a produção de algo. A *práxis* era entendida uma ação livre, pois tinha em si mesma a sua finalidade, diferente da *poíesis*, cuja finalidade era a produção de algo exterior a si mesma; portanto Aristóteles considerava a *práxis* superior a *poíesis*. E, dentro da *práxis*, a política era considerada superior à ética, pois é a ela que se recorria para decidir sobre os assuntos da *pólis*, ou seja, a política tinha como objeto as ações humanas que visam o bem humano. A definição de *práxis* que fundamenta o “Agir Paidéia” localiza-se entre a *práxis* e a *poíesis* e se aproxima do pensamento marxista, que considera a *práxis* como o fundamento de uma nova filosofia, capaz de transcender a compreensão do mundo para empreender sua transformação revolucionária.

O risco de cometer anacronismos persiste ao buscar-se formulações da constituição da subjetividade que passam ao largo do trabalho em Foucault (2010). O autor investiga o “Cuidado de si” como alternativa ao “Conhece-te a ti mesmo” para compreender a construção da subjetividade na Antiguidade Ocidental, mas também se preocupa com a contemporaneidade de sua discussão, especialmente quanto às sujeições identitárias. Sua argumentação inicia-se com a apresentação da lição de Sócrates a Alcibíades, como um modelo de como o cuidado de si é condição necessária para o bom governo dos homens, para o exercício da política. Alcibíades é um grego belo, rico e bem relacionado na *pólis*. Contudo, já não é tão jovem, está em uma idade crítica em que se impõe a decisão sobre qual destino deve tomar sua vida. Sua opção é assumir a responsabilidade de governar sua vida e a dos outros. Esse desejo do rapaz desperta a atenção de Sócrates e suscita o diálogo. Sócrates

define dois inimigos que Alcibíades terá de enfrentar. O Império Persa supera qualquer Estado grego em riqueza e seu governante recebe uma educação de grande qualidade desde a infância. Esparta é também uma referência em educação, seu rei e nobreza são formados para buscar a glória, a vitória e a honra. Quanto a Alcibíades, sua riqueza não pode ser comparada ao do rei da Pérsia e sua educação foi confiada a um tutor incapaz. Dessa forma, o jovem está em posição inferior a seus rivais, tanto em riqueza quanto em educação. Ele poderia ser capaz de superar essa deficiência caso dominasse uma *tékhne*, um saber, que permitisse colocar-se em igualdade a seus rivais. Sócrates por meio da maiêutica demonstra que Alcibíades não domina essa *tékhne*. Contudo, ainda há esperança para o rapaz. Por ser suficientemente jovem, pode remediar essa ignorância, pode dedicar-se ao cuidado de si. O desenvolvimento dessa *tékhne* de conduzir os interesses da cidade é como parte da *paídeia*, portanto aproximando-se de formação integral do homem e afastando-se do simples aprendizado.

A perspectiva de construção da subjetividade para além do trabalho avança, mas o encontro com a *paídeia* repete-se. O estudo clássico sobre ela foi realizado por Jaeger (2013), que a define como o principal vetor de desenvolvimento da história e cultura dessa civilização, pois a educação para formação de um tipo ideal de homem era considerada o objetivo final da comunidade e individualidade humana. O conhecimento próprio, o cuidado de si e a inteligência clara eram o ápice do desenvolvimento do homem grego. Esse fato resultou em uma mudança de posição do homem diante da sociedade. Nas civilizações pré-helênicas, reis divinos exerciam seu poder solitário sobre uma massa amorfa de servos e escravos, essa situação é cristalizada, por exemplo, na construção maciça das pirâmides egípcias, também em medida sobre-humanas, como o poder dos reis. Os gregos trazem um elemento novo, a criação de individualidade e de subjetividade, manifesta em todas as suas criações culturais. Esse fenômeno revela uma proximidade entre o homem moderno e o homem grego, portanto tornando a expressão de sua cultura muito mais inteligível que a das civilizações pré-helênicas. *Paídeia*, portanto, não é um conjunto de ideias abstratas sobre educação elaboradas pelos gregos.

Retomando a República, observa-se que a posição sobre essa *tékhne* de governar a cidade e sua relação com o cuidado de si tornam-se mais radicais no Platão maduro. O governo da cidade ideal deve ser entregue a uma categoria especial

de homem, o rei filósofo. Essa personagem não conduz a *pólis* de acordo com uma *tékhne*, com uma habilidade para fazer algo, mas por meio de sua *epistéme*, ou seja, o conhecimento da Verdade. Platão aponta a necessidade de reformar a *paídeia*. A sociedade grega originária é considerada um Estado saudável, é necessário manter apenas um mínimo de profissões diferentes para garantir a subsistência de todos. Com seu desenvolvimento, torna-se uma sociedade enferma de elefantíase, devido à necessidade de novas profissões para prover as coisas supérfluas da vida. Esse Estado enfermo é empurrado para a guerra, pois esse é o único caminho para o aumento da riqueza, que se origina da conquista de território para exploração agrícola. A guerra é o caminho para a dissolução da cultura e da sociedade, por isso deve ser evitada sempre que possível. Seu comando não deve ser entregue aos nobres, que buscam defender seus interesses pessoais, e não os do Estado. A solução é a formação de uma categoria especializada de guerreiros, os guardiões da cidade, e de reis filósofos, os governantes da cidade (JAEGER, 2013).

A formação do guerreiro deveria fundamentar-se na ginástica e na música e a do governante na filosofia. O conhecimento do bem, da verdade e da justiça são apresentados como condições necessárias para o governo de outros homens. A educação não pode ser baseada na *dóxa*, na opinião emitida a partir do conhecimento dos objetos pelos sentidos. A *dóxa* é falaciosa, é um simulacro da verdade, nenhum conhecimento do real pode emanar dela. A filosofia permite aproximar-se da *epistéme*, o conhecimento verdadeiro, ideal, que se encontra além das idiossincrasias dos sentidos. O caminho para desenvolver esse conhecimento é uma atitude dialética frente aos objetos, com momentos de contemplação e reflexão (JAEGER, 2013).

As disputas democráticas nos discursos inflamados da *agorá* eram disputas de *dóxa*. A democracia entre os gregos apresentava forte viés elitista, contudo a sustentação de consensos é inerente a essa forma de governo. A condição para o consenso é a capacidade dos indivíduos ou grupos em conflito realizarem mediações entre as posições em jogo. Essa flexibilidade e relativismo são impensáveis em um Estado regido pela Verdade dos filósofos, por natureza ideal e imutável.

Em uma reflexão sobre o papel da *epistéme* e da *tékhne* na contemporaneidade, pode-se delinear dois tipos de Estado. O primeiro, governado pela *epistéme*, traz a marca do autoritarismo da verdade absoluta e indiscutível. O segundo, o da *tékhne*, é caracterizado pela supremacia da habilidade de fazer sobre

o que deve ser feito, portanto é autoritário também, pois deixa o poder de fazer e decidir concentrado em quem sabe fazer. Novamente emergem duas distopias.

A melhor proposta de Estado, ou a menos ruim, é uma mistura entre *tékhne* e *epistéme*, mas sem desprezar a *dóxa*. A *epistéme* pode oferecer uma baliza segura quanto aos valores que devem nortear a sociedade como o bem, a verdade e a justiça, contudo, esses valores devem ser aplicados em situações concretas e históricas, portanto é fundamental que a *dóxa* realize o contraponto entre o ideal e o empírico. A *tékhne* pode ser pervertida em fazer por fazer, um processo alienado da real necessidade dos governados. Novamente, é imperativo que a *dóxa* realize a mediação entre o que se faz e a necessidade de fazer.

3.1.3 Constituição da subjetividade e poder no planejamento em saúde: perspectivas e limites da transformação social

O debate sobre o poder no Planejamento em Saúde concentra-se em como utilizá-lo para transpor uma situação ideal para o mundo real – abordagem normativa – ou em como modificar sua distribuição entre os atores envolvidos para transformar a realidade – abordagem estratégica. O planejamento normativo não se preocupa com a análise do poder, pois o considera uma condição prévia, e inerente, ao planejador, que o utilizará para moldar a realidade e alcançar seus objetivos. Por outro lado, a abordagem estratégica dedica extensa reflexão ao poder, pois as ações para modificar sua distribuição são essenciais para a efetivação de seus objetivos. A concepção de poder nessa corrente do planejamento aproxima muitos elementos teóricos do marxismo com alguns do pensamento weberiano.

A análise do pensamento estratégico de Mario Testa pode esclarecer as justificativas da aproximação das matrizes marxista e weberiana, consideradas, geralmente, divergentes. Testa (2007) caracteriza o pensamento estratégico como um pensamento sobre o poder e segue a premissa marxista de que o conflito entre as classes sociais é chave para a compreensão do mundo social. O Estado é concebido como uma instituição exterior à sociedade, subordinado às classes dominantes e orientado para garantia das desigualdades econômicas. Para manter a ordem, o Estado utiliza mecanismos de coerção e consenso. A emancipação da classe oprimida e a transformação da realidade são imperativas. A compreensão do mundo e da

necessidade de transformá-lo, ou melhor, de compreendê-lo enquanto efetiva essa transformação é, portanto, fortemente influenciada pelo pensamento marxista. Porém, Testa (2007) também analisa o poder no nível das organizações utilizando elementos do pensamento weberiano, classificando-o de acordo com os elementos que maneja em: 1 - técnico, relacionado ao conhecimento e informações necessárias para ação; 2 - administrativo, compreendido como a capacidade de organização dos recursos e processos; e 3 - político, caracterizado com a competência para fazer as mediações entre interesses dos atores. Löwy (2014) aponta que a distância que separa os pontos de vista políticos, metodológicos e filosóficos de Karl Marx e Max Weber é enorme, mas que é possível encontrar convergências, analogias e, principalmente, complementações. Mario Testa empreende um desses esforços de complementação, buscando em Max Weber elementos para discutir o funcionamento e as relações de poder em organizações, compreensão essencial para discussão do planejamento em saúde.

Michel Foucault, embora não tenha se dedicado ao estudo do Planejamento, é outro autor essencial para a compreensão do conceito de poder no campo da Saúde Coletiva e, conseqüentemente, no planejamento em saúde. Durante a década de 1980, sua influência sobre os pesquisadores que iniciaram o debate sobre a constituição do campo da Saúde Coletiva é tão relevante quanto a do pensamento marxista. Em *O Dilema Preventista*, Arouca (2003) coloca em xeque a Saúde Pública e desenvolve uma análise desse campo do conhecimento e da ação por meio de interfaces entre o pensamento marxista e foucaultiano. Em *Natural, Racional e Social*, Luz (1988) discute os fundamentos da racionalidade médica na história científica moderna também por meio de contribuições de Michel Foucault. A concepção de poder do autor francês – que considera as imbricações entre saber, verdade e poder na constituição de micropoderes e suas pedagogias disciplinares para controlar e domesticar os indivíduos – persiste até a atualidade como um dos principais, se não o principal, eixo de interpretação das relações de poder no campo da Saúde Coletiva.

É também por meio de Mario Testa ou Michel Foucault que os pesquisadores do Campo da Saúde Coletiva fazem as mediações necessárias para incorporar ao debate sobre o poder o pensamento de outros autores. Por exemplo, a análise institucional, que introduz a esquizoanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari

no campo da Saúde Coletiva, não descarta as contribuições de Michel Foucault. Para Barembly (2012), o termo poder aplica-se a um leque de recursos violentos utilizados para impor a vontade de um segmento social sobre outros ou sobre a sociedade como um todo. Ele cita Michel Foucault para frisar que o poder não é uma substância que se possui, mas uma relação exercida e que o poder não é apenas restritivo, mas propositivo. Destaca-se que a análise institucional é um dos fundamentos das propostas de Onocko-Campos (2003), Campos (2003) e Merhy (2002) para práticas alternativas de gestão e planejamento em saúde.

O recurso a uma síntese entre Karl Marx e Max Weber não é exclusividade de Mario Testa. Jürgen Habermas utiliza também uma síntese do pensamento de seus compatriotas, mas em outro contexto. Seu estudo sobre a ação social, principalmente, a *Teoria do Agir Comunicativo* é o trabalho de base para uma discussão alternativa do poder e do planejamento no campo da Saúde Coletiva desenvolvida por Rivera (1995). Sua crítica concentra-se no enfoque objetivador e quantitativo do poder no PES. A complexidade e a imprecisão da mensuração do poder distribuído entre os atores combinam-se com a incapacidade da perspectiva quantitativa para perceber as *nuances* de sua intencionalidade e resulta em um enfoque que se torna incapaz de compreender a construção da legitimidade de um projeto, componente básico do poder, segundo o pensamento habermasiano, e essencial para que o projeto não sofra com os desgastes decorrentes de sua imposição aos atores.

Michel Foucault é quase uma unanimidade nos enfoques teóricos e práticos do poder no campo da Saúde Coletiva, bem como a síntese de Karl Marx e Max Weber desenvolvida por Mario Testa. As relações de poder parecem parte da natureza do homem que enfrenta o desafio de conviver com outros homens. Os micropoderes, o panóptico, a classe dominante e a burocracia estão espalhadas por todo campo da Saúde Coletiva, vigiando, normatizando, explorando e punindo.

Por outro lado, análises diferentes do poder nas relações sociais e, consequentemente, na Saúde Coletiva e no planejamento em saúde são possíveis. Clastres (2013) estuda as sociedades primitivas, as sociedades sem leis, sem reis, sem história, sem mercado. Ele aponta que essa caracterização por meio de ausências seria um resquício de etnocentrismo, que acredita na evolução das sociedades sem Estado para sociedades com Estado, compreendendo que o destino de todas as sociedades é serem subjugadas pelo Estado. As sociedades primitivas

seriam sociedades anacrônicas devido à sua incapacidade de produzir excedentes, portanto mantendo-se em situação de subsistência e estagnadas. Ocorre que, se técnica for entendida como um conjunto de processos que o homem utiliza para dominar o meio natural de modo adaptado e relativo às suas necessidades, é possível considerar as sociedades primitivas como tão capazes de satisfazer suas necessidades quanto a sociedade contemporânea. Pois a compreensão de técnica como o domínio cartesiano absoluto da natureza para satisfação do desejo de acumulação de riquezas é própria do projeto de sociedade contemporânea e não deve ser utilizado como medida para outras sociedades. O choque dos colonizadores ao constatar que os indígenas da América do Sul não se interessavam por trabalhar além do necessário para a subsistência só não foi maior que o deles viverem em sociedades em que o chefe não era um rei, ou melhor, não tinha poder. Estranhamento que persiste até a panóptica atualidade.

Segundo Clastres (2013, p. 218), a tribo possui “um chefe que não é chefe de Estado”, pois “o chefe não dispõe de nenhuma autoridade, de nenhum poder de coerção, de nenhum meio de dar uma ordem”. A chefia não se baseia no poder, sua essência é a mediação de conflitos, não como juiz, pois o chefe selvagem não possui autoridade, mas por meio da palavra e do prestígio, que é diferente de poder. Os caracteres que distinguem o chefe são sua eloquência e prestígio, sua palavra é persuasiva, mas “não tem força de lei”. A superioridade do chefe em relação aos demais se fundamenta em competências “técnicas”, que Pierre Clastres registra também entre aspas, como a oratória, a caça e a coordenação da guerra. Mas essa superioridade “técnica” não se transforma em superioridade política, pois a tribo segue os desígnios do chefe apenas quando vão ao encontro dos desejos da tribo. São incomuns, de acordo com o autor, os relatos de chefes que tentaram transgredir esse controle de sua conduta exercido pela tribo. Seu resultado é o abandono pelo grupo. Em um desses relatos, o chefe desejava fazer guerra e a tribo preferia a paz, o desfecho foi trágico, o chefe foi para a guerra sozinho e morreu também sozinho.

Clastres (2013) segue uma genealogia do Estado que difere da marxista. O Estado não surge para conduzir e legitimar a apropriação dos excedentes por uma classe dominante, pois se essa classe já se apropriou dos excedentes, não precisaria de um Estado. Para ele, é a transição das sociedades sem Estado para sociedades com Estado que institui a dominação de classe. O autor não avança com firmeza na

discussão sobre como as sociedades fariam essa transição e se resigna sugerir que o crescimento demográfico pressionaria o aumento de sua complexidade, mas enfatiza que não deseja que isso seja confundido com a substituição de um determinismo econômico por um demográfico. É possível distinguir aqui alguns ecos da reprovção de Platão à elefantíase da *pólis*, com suas novas classes, novas ambições e novas guerras.

As relações entre o chefe selvagem e a tribo ampliam as perspectivas da compreensão do poder no planejamento em saúde. A redistribuição igualitária ou equitativa – e aqui já se iniciam os conflitos – do poder e sua utilização para transformação social seria substituída pela abolição do poder e seus desdobramentos na constituição de formas alternativas de relações sociais para efetivação de transformações. A troca de utopias que seria justificada pelo desejo – tentação, *hybris*, pulsão, tara, vício – que os atores sentem por ampliar seu poder quando começam a exercê-lo. É ingenuidade acreditar na abolição do poder nas relações sociais, mas também é ingenuidade acreditar que as revoluções não se arriscam a trocar apenas os atores que exercem o poder, sem alterar sua essência.

Em síntese, Clastres (2013, p. 228) postula que: “Chefia e linguagem estão, na sociedade primitiva, intrinsecamente ligadas; a palavra é o único poder concedido ao chefe; mais do que isso, a palavra para ele é um dever.” Mas a palavra como poder retoma relações entre linguagem e poder – pode-se usar como exemplos desde o jardim botânico da classificação das doenças e dos doentes pelos médicos do século XVIII analisado por Foucault (2008) até o jardim do Éden, onde Adão tomou posse dos animais atribuindo nomes a cada um deles. Clastres (2013, p. 255) esclarece que essa contradição é aparente, pois o discurso do chefe é um “discurso vazio”, um “discurso edificante”, restringe-se a exortações e apelos amparados por uma bela retórica e não exige obediência, nem mesmo exige que seja ouvido pelos demais. O discurso do chefe busca resgatar a memória das tradições e o entendimento mútuo entre os membros da tribo.

As normas existentes na tribo – interdição ao incesto, obediência aos pais, tabus alimentares – não foram impostas por um grupo distinto da sociedade, mas são normas da própria sociedade, para Clastres (2013, p. 242):

Essa não é uma questão de poder. Aliás, poder de quem, sobre quem? É o poder da sociedade tomada como um todo unitário, já que ela não é dividida,

é o poder da sociedade como um todo sobre os indivíduos que a compõe. E essas normas, como são aprendidas, adquiridas, interiorizadas? Pela vida, pela educação dos filhos etc. Não estamos no campo do poder. Assim o 'poder' de um pai sobre seus filhos, na sociedade primitiva, ou de um marido sobre sua mulher ou suas mulheres, se ele tiver várias, nada tem a ver com aquela relação de poder que digo ser a essência do Estado, da máquina estatal. O poder de um pai sobre seus filhos nada tem a ver com o poder de um chefe sobre as pessoas que lhe obedecem, não é a mesma coisa. Não devemos confundir os domínios.

A chefia nas sociedades primitivas é uma prática coerente com as inquietações desenvolvidas anteriormente sobre a *dóxa* ser uma mediadora entre *epistème* e *tékhne*. Guaranis e Guayakis parecem tão distantes da contemporaneidade quanto atenienses ou espartanos. As questões levantadas pela maneira como essas sociedades se organizam são, evidentemente, relevantes em si mesmas e possuem *status* autônomo quanto às suas implicações na conformação contemporânea da sociedade. De outro modo, essas mesmas questões podem ser aproximadas de algumas perguntas antigas que persistem sem respostas satisfatórias.

O cânone marxista relata que a divisão de classes precederia a criação do Estado, que seria um instrumento da classe dominante para explorar os dominados. Clastres (2013) discorda dessa proposição e desenvolve sua argumentação sobre como o Estado engendra as classes – o inverso da concepção cronológica marxista – utilizando como exemplos sociedades primitivas e suas lutas contra o Estado. O autor não nega que o Estado tenha em sua lógica a exploração dos pobres pelos ricos, mas não aceita a cronologia marxista. Embora tenha se concentrado no estudo das sociedades primitivas, se arrisca também a tomar exemplos de sociedades ocidentais e contemporâneas para fortalecer sua argumentação:

[...] o que fez a revolução de 1917? Ela suprimiu as relações de classe, suprimindo simplesmente uma classe, os exploradores, os burgueses, os grandes proprietários, a aristocracia e o aparelho de Estado que funcionava com tudo o que era a monarquia, e restou apenas uma sociedade da qual se poderia dizer que não era mais dividida, pois um dos termos da divisão fora eliminado; restou uma sociedade não dividida e acima dela uma máquina estatal (com o apoio do Partido) que detinha o poder em benefício do povo trabalhador, dos operários e dos camponeses. Muito bem. O que é a URSS atual? Com exceção dos militantes do partido comunista, que dirão que a 'URSS é o socialismo, o Estado dos trabalhadores etc.', para quem não segue a teologia e o catecismo, para quem não é cego, o que é a URSS? É uma sociedade de classes, não vejo por que hesitar em usar esse vocabulário. É uma sociedade de classes e uma sociedade de classes que se constitui puramente a partir do aparelho de Estado. Parece-me que se vê claramente aí a genealogia das classes, dos ricos e dos pobres, dos exploradores e dos

explorados, isto é, a divisão econômica da sociedade a partir da existência do aparelho de Estado (CLASTRES, 2013, p. 236).

A divisão política, portando precederia a divisão econômica. A questão sobre a origem do Estado ou a origem da obediência não é respondida de modo definitivo por Clastres (2013). O autor julga essa questão como antiga, mas não ultrapassada, e retoma o *Discurso da Servidão Voluntária* de La Boétie (1999) para ilustrar como ela já foi colocada de modo claro no século XVI e mantém seu mistério até a atualidade. A aporia da obediência é retratada com saborosa eloquência:

Mas, ó Deus, o que pode ser isso? Como diremos que isso se chama? Que infortúnio é esse? Que vício, ou antes, que vício infeliz ver um número infinito de pessoas não obedecer mas servir, não serem governadas mas tiranizadas, não tendo nem bens, nem parentes, mulheres nem crianças, nem sua própria vida que lhes pertença; aturando os roubos, os deboches, as crueldades, não de um exército, de um campo bárbaro contra o qual seria preciso despender seu sangue e sua vida futura, mas de um só; não de um Hércules nem de um Sansão, mas de um só homenzinho, no mais das vezes o mais covarde e feminino da nação [...] Será covardia? Ora, naturalmente em todos os vícios há algum limite além do qual não podem passar, dois podem temer um e talvez dez; mas mil, um milhão, mil cidades, se não se defendem de um, não é covardia, que não chega a isso, assim como a valentia não chega a que um só escale uma fortaleza, ataque um exército, conquiste um reino. Então, que monstro de vício é esse que ainda não merece o título de covardia, que não encontra um nome feio o bastante, que a natureza nega-se ter feito, e a língua se recusa nomear? (LA BOËTIE; 1999, p. 13).

A análise do poder não ignora: 1- o conflito entre classes dominantes e classes dominadas; 2- o conflito entre Estado e sociedade; 3- a instrumentalização do Estado para manter e legitimar as desigualdades de classe; 4- o uso estatal de mecanismos de consenso e coerção, com apelos à brutalidade, para manutenção da ordem; 5- o papel desempenhado pelos quadros administrativos nas diferentes formas de dominação; 6- a dimensão relacional do poder; 7- a capacidade do poder de não ser apenas restritivo, mas normalizador; 8- o avanço de mecanismos sutis de poder e sua capilarização na sociedade; 9- a necessidade ética e política de modificar as relações de poder em perspectiva emancipatória; e 10- a contribuição para a construção da subjetividade gerada pela disputa pelo poder. Recitada a profissão de fé, persiste um demônio a exorcizar: como não reproduzir nas novas conformações de poder as mesmas lógicas do exercício do poder?

As provocações desta Tese concordam com as de La Boétie (1999), que rastreia a armadilha da servidão voluntária na vontade de ser servido, em aceitar o arbítrio para ser arbitrário:

Assim o tirano subjuga os súditos uns através dos outros e é guardado por aqueles de quem deveria se guardar, se valessem alguma coisa; mas, como se diz, para rachar a lenha é preciso cunhas da própria lenha. Eis aí seus arqueiros, seus guardas, seus alabardeiros; não que eles mesmos às vezes não sofram por causa dele; mas esses perdidos e abandonados por deus e pelos homens ficam contentes de suportar o mal para fazê-lo, não àquele que lhes malfez, mas àqueles que suportam como eles e que nada podem fazer (LA BOÉTIE; 1999, p. 32-33).

Os europeus do século XVI ficaram perplexos ao se depararem com os povos sem fé, sem lei e sem rei do Novo Mundo e empreenderam seu extermínio. Os europeus do século XX ficaram perplexos ao se depararem consigo mesmos quando empreenderam o extermínio em nome da fé, da lei e do rei de seu Velho Mundo. Duas Guerras Mundiais, a ameaça nuclear, os campos de concentração e os *gulags* garantiram, e garantem, a relevância de se investigar a aporia de La Boétie (1999).

3.1.4 O escopo do objeto

Para Torrance (2011), a pesquisa qualitativa sobre políticas e gestão pública enfrenta o desafio teórico e metodológico de conciliar a necessidade científica de compreender fenômenos complexos com a urgência política de oferecer soluções concisas e operacionalizáveis. Uma proposta de construção do conhecimento que engaje política, pesquisa e prática é fundamental para o desenvolvimento e a análise de novas intervenções na esfera pública.

É essencial, assim, definir de modo preciso o escopo de compreensão e intervenção dessa investigação. Um dos principais riscos é o desperdício de recursos e de tempo empregados em um projeto que fracassa devido à excessiva ambição. Uma singularidade das perspectivas críticas, tanto na Epidemiologia quanto na pesquisa-ação participante, é a orientação para a abordagem das determinações do objeto de pesquisa em sua totalidade. Isso é um atributo coerente com o pensamento marxista, que, para Lukács (1974), é caracterizado pela dialética da totalidade, e não por abordagens economicistas. A questão levantada não é quanto à natureza da categoria totalidade, mas quanto à sua extensão.

Um exemplo da dilatação exagerada da categoria totalidade encontra-se na conclusão de *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*, editada em 1884. Engels (2014) sintetiza no capítulo “Barbárie e Civilização” os últimos dez mil anos da história humana articulando aspectos culturais, políticos, econômicos e sociais para a compreensão crítica do desenvolvimento dessas instituições. A cisão entre as classes exploradoras e exploradas, por meio da escravidão, servidão e assalariamento, e seus desdobramentos expressos na família, propriedade e estado são o tema de sua investigação. O autor fundamenta sua argumentação com informações sobre povos indígenas das Américas e Oceania, sobre os antigos gregos, romanos, germanos e celtas e sobre a civilização europeia da Idade Média até a Revolução Industrial. Considerando o *corpus* de conhecimento atual sobre cada período abordado e de cada ciência utilizada, seria muito temeroso para um autor contemporâneo, independentemente de sua capacidade intelectual, aventurar-se a uma síntese tão ambiciosa. O desafio da totalidade se impõe à abordagem marxista, embora o exemplo utilizado tenha o exagero do didatismo, ele leva tensão aos limites metodológicos dessa categoria.

Essa investigação aplicou a espiral da pesquisa-ação participante para a elaboração de três dispositivos de planejamento: PMS 2014-2017, PAS de 2014 e de 2015 e RAG 2014. Embora não seja seu foco, a pesquisa também aborda de maneira periférica o processo de privatização do HRI. Portanto, envolve essas duas formas contraditórias para enfrentamento de uma situação concreta de crise assistencial e financeira em um sistema municipal de saúde. A descrição desse processo e de seus desdobramentos nas políticas e no trabalho em saúde são apresentados sob forma narrativa como resultado dessa pesquisa.

3.2 Táticas

O planejamento em saúde foi a prática enfocada nesta investigação, sua abordagem parte do consumo de suas metodologias por atores que enfrentaram uma crise assistencial e financeira em um sistema municipal de saúde. Seguindo a lógica dialética, a definição preliminar, genérica, de prática foi confrontada com as singularidades de cada prática, para esclarecer suas tensões e contradições em um contexto histórico concreto. Seguindo a lógica participativa, os participantes

envolveram-se em todas as fases da pesquisa, desde as decisões iniciais de seu planejamento até a participação na publicação dos resultados, incluindo a contribuição na análise dos resultados. Em síntese, o objeto de pesquisa é uma prática constituída socialmente, portanto sua interpretação e transformação também são consideradas um processo social. O desdobramento desses pressupostos para operacionalização da pesquisa – especialmente quanto aos procedimentos de intervenção – pode ser feito por meio de uma crítica às relações entre tática, estratégia e poder no planejamento em saúde.

3.2.1 Tática e estratégia

Para Testa (2007), a estratégia é uma maneira dos atores organizarem sua ação quando existe a necessidade de disputa para resolução de um conflito. A estratégia é intrínseca ao desenvolvimento de algumas disciplinas como a guerra, o jogo e a política. Por outro lado, é incorporada a disciplinas como a administração e o planejamento quando os atores compreendem que diante das situações de conflito que emergem em sua prática é relevante agir estrategicamente. O autor aponta que se pode ter a opção de não agir estrategicamente em uma situação de conflito, mas sob ameaça contundente de fracasso nessas circunstâncias. Sua primeira definição de estratégia é: “A estratégia não é uma maneira de alcançar uma meta, mas uma maneira de colocar-se em situação de aproximar-se do alcance da meta: ganhar espaço, ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis a nosso desempenho.” (TESTA, 2007, p. 11). Essa primeira aproximação com o tema é sintetizada por uma comparação militar, a estratégia seria uma manobra para se ganhar liberdade de ação.

Testa (2007) segue discutindo o que considera as duas estratégias principais para conquistar o poder político de um país: a guerra de trincheiras e o assalto ao poder. A primeira caracteriza-se por um avanço lento de posições adversas para posições mais privilegiadas, fortalecendo as posições conquistadas e aguardando a conjuntura favorável para seguir avançando. A segunda consiste em uma ação rápida, definitiva e abrangente para a conquista do poder. A transformação ou a manutenção de uma situação social são os dois objetivos para luta pelo poder identificados pelo autor, que utiliza a Revolução de 1917 como estudo de caso sobre

como as duas estratégias foram combinadas para a conquista do poder com objetivo de transformação social.

Para Matus (1996), estratégia é um termo que admite quatro interpretações úteis e significativas: 1- qualidade daquilo que é importante para alcançar um objetivo em um futuro distante e transcendente, portanto definindo o que deve ser feito para alcançá-lo no longo prazo, seriam as grandes estratégias; 2- modo de superar obstáculos em um jogo esportivo, concentrando-se, portanto, nas operações necessárias para vitória em um cenário com regras explícitas e tempo determinado; 3- cálculo interativo formalizado estudado por um ramo da Matemática, a teoria dos jogos, refere-se a problemas bem estruturados e com possibilidade de descrição exaustiva; e 4- modo de interação no jogo social, buscando na relação com outros atores modos de vencer suas resistências ou conseguir suas colaborações. A estratégia importante para o planejamento é a última descrita. Ela contrasta com a grande estratégia, pois também enfoca objetivos de prazo mais curto. Difere da estratégia esportiva, pois lida com jogos contínuos e com regras opacas ou desiguais. Distingue-se da estratégia matemática, pois seus problemas não são bem estruturados e não aceitam descrições exaustivas. A estratégia do jogo social é considerada essencial não apenas ao PES, mas também à vida humana em sociedade. O cotidiano do homem é apresentado como um jogo constante, no qual a análise estratégica é sua aliada desde a infância nas decisões para alcançar seus objetivos por meio de cooperação ou competição.

Matus (1996, p. 32) recorre à experiência militar para discutir estratégia e tática:

Há cerca de trinta e cinco anos, quando estudei Clausewitz pela primeira vez, fiquei impressionado pela singeleza e profundidade da distinção que faz entre estratégia e tática. Parece-me que ninguém conseguiu exprimir essa ideia com maior precisão, profundidade e economia de palavras:
 “...a tática ensina a usar as forças armadas nas batalhas, e a estratégia é a utilização das batalhas para alcançar o objetivo da guerra” (CLAUSEWITZ, 1972, pp. 121-2).

É a partir da definição do general prussiano, que Matus (1996, p. 32) sintetiza seus significados para o PES, postulando que “Tática: é o uso dos recursos escassos na produção da mudança situacional imediata. Estratégia: é o uso da mudança situacional imediata para alcançar a situação-objetivo do plano.” Portanto, a estratégia é constituída por um conjunto de movimentos táticos.

As abordagens de estratégia em Mario Testa e Carlos Matus são convergentes. Trata-se de um cálculo racional para organizar meios para atingir um fim, não por via direta, mas articulando mudanças situacionais que sejam favoráveis a ambos os atores, no caso da cooperação, ou favorável a um ator e desfavorável ao outro, no caso da competição. Nessas mudanças situacionais convergem os conceitos de tática de Carlos Matus e de ganhar espaço de manobra de Mario Testa. Os dois autores recorrem a metáforas militares, que sinalizam uma ênfase no confronto em detrimento à cooperação para solução dos conflitos que a estratégia se propõe a solucionar.

Os pesquisadores que recorrem à análise institucional no campo da Saúde Coletiva, embora tenham como ponto de partida uma matriz teórica substancialmente diferente da utilizada por Carlos Matus e Mario Testa, apresentam definições convergentes para tática e estratégia:

ESTRATÉGIA: trata-se da decisão quanto à forma da intervenção. É uma sistematização das metas a serem alcançadas (cuja máxima expressão seria a autoanálise e a autogestão), e o planejamento da progressão das manobras, a previsão de curso, as alternativas viáveis, os avanços esperados, os possíveis retrocessos etc (BAREMBLITT, 2012, p. 171).

.....

TÁTICAS: são pequenos segmentos que compõem a estratégia. É o momento de seleção de recursos a serem empregados na etapa imediata, remetendo-se sempre ao panorama maior delineado pela estratégia (BAREMBLITT, 2012, p. 196).

Dissonância conceitual sobre o conceito de estratégia pode ser encontrada na perspectiva comunicativa do planejamento. Em sua leitura de Carlos Matus, a partir do referencial teórico habermasiano, Rivera (1995) aponta que existe uma submissão da ação estratégico-comunicativa à ação estratégica no PES, em vista disso sem demarcação clara de suas diferenças com a ação estratégico-conflitiva ou cooperativa e com tendência à reificação do outro. Diferente da perspectiva habermasiana, que distingue de modo explícito o agir estratégico – orientado para o êxito – e o agir comunicativo – orientado para o entendimento – e que é utilizada como base para a uma gestão organizacional por compromissos, entendidos como “o acoplamento da intencionalidade dos agentes ensejado pela comunicação, enquanto uso prático da linguagem.” (RIVERA, 1995, p. 209). Embora Rivera (1995) desenvolva um

contraponto crítico à racionalidade puramente estratégica do planejamento, admite que seu objetivo não é negá-la, mas ampliar seus horizontes.

Todas essas descrições de estratégia foram produzidas por pesquisadores e técnicos do planejamento e disseminaram-se pelos sistemas e serviços de saúde. Embora algumas dessas metodologias ou abordagens de planejamento tenham sido produzidas de modo coletivo ou participativo, em algum momento tiveram de ser sintetizadas e empacotadas para serem distribuídas para o uso de trabalhadores, gestores e usuários dos sistemas e serviços de saúde. Os pacotes podem apresentar como proposta maior ou menor flexibilidade e complexidade, adaptando-se mais ou menos às singularidades dos cenários em que são aplicados sendo, muitas vezes, avaliados de acordo com sua capacidade de fornecer respostas coerentes a situações concretas.

De outra forma, pouca atenção tem sido dada à outra face da produção das técnicas de planejamento, o seu consumo. Certeau (2014, p. 89) estuda, em contexto mais abrangente que o do planejamento, a arte de utilizar aquilo que é produzido e imposto pelo outro. A produção “racionalizada”, “centralizada”, “expansionista”, “espetacular” e “barulhenta” é contraposta ao consumo astucioso, que opera silenciosamente seu “esfarelamento em conformidade com as ocasiões”. No consumo correm subversões e inversões discretas, quase invisíveis, que operam em sentido oposto ao que é prescrito pela produção.

Em sua discussão sobre produção e consumo, Certeau (2014) analisa os conceitos de tática e estratégia de modo diferente dos autores do planejamento ou da administração. Para Matus (1996, p. 35), “a estratégia é a arte do líder”. Para Certeau (2014, p. 95), “a tática é a arte do fraco”. A comparação dos fragmentos de texto, quase aforismos, sintetiza uma distinção sobre a essência ética e política de estratégia e tática como práticas. A compreensão de suas diferenças teóricas e programáticas exige uma citação mais longa de Certeau:

Chamo de estratégia o cálculo (ou a manipulação) das relações de forças que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder (uma empresa, um exército, uma cidade, uma instituição científica) pode ser isolado. A estratégia postula um lugar suscetível de ser circunscrito como algo próprio e ser a base de onde se podem gerir as relações com uma exterioridade de alvos ou ameaças (os clientes ou os concorrentes, os inimigos, o campo em torno da cidade, os objetivos e objetos da pesquisa etc). Como na administração de empresas, toda racionalização “estratégica” procura em primeiro lugar distinguir de um “ambiente” um “próprio”, isto é, o lugar do poder e do querer próprios. Gesto cartesiano, quem sabe:

circunscrever um próprio num mundo enfeitado pelos poderes invisíveis do Outro. Gesto da modernidade científica, política ou militar (CERTEAU, 2014, p. 94).

.....

[...] chamo de tática a ação calculada que é determinada pela ausência de um próprio. Então nenhuma delimitação de fora lhe fornece a condição de autonomia. A tática não tem por lugar senão o outro. E por isso deve jogar com o terreno que lhe é imposto tal como o organiza a lei de uma força estranha. Não tem meios para se manter em si mesma, à distância, numa posição recuada, de previsão e de convocação própria: a tática é movimento “dentro do campo de visão do inimigo”, como dizia von Bullow, e no espaço por ele controlado. Ela não tem, portanto, a possibilidade de dar a si mesma um projeto global nem de totalizar o adversário num espaço distinto, visível e objetivável. Ela opera golpe por golpe, lance por lance. Aproveita as “ocasiões” e delas depende, sem base para estocar benefícios, aumentar a propriedade e prever saídas. O que ela ganha não se conserva. Este não lugar lhe permite sem dúvida mobilidade, mas numa docilidade aos azares do tempo, para captar no voo as possibilidades oferecidas por um instante. Tem que utilizar, vigilante, as falhas que as conjunturas particulares vão abrindo na vigilância do poder proprietário. Aí vai caçar. Cria ali surpresas. Consegue estar onde ninguém espera. É astúcia (CERTEAU, 2014, p. 94,95).

As técnicas de planejamento com suas matrizes, vetores e linhas de ação persistem como “gestos cartesianos” para resolução de conflitos por meio do confronto ou da cooperação. A racionalidade estratégica ou comunicativa é entregue em pacotes para ser aplicada de modo participativo ou não, de modo crítico ou não. Mesmo quando se definem como ofertas ou convites flexíveis, desconsideram que se transformam em práticas apenas quando são consumidas, portanto pervertidas ou subvertidas. Também desconsideram que não são consumidas conservando sua individualidade e formalismo, mas são lançadas em misturas imprevisíveis de qualidade questionável, que podem se revelar como boas surpresas. A opção dessa Tese é analisar o consumo das técnicas de planejamento. A metáfora militar dos criadores das metodologias de planejamento é substituída pela metáfora do pirateamento dessas metodologias operado pelos seus consumidores.

Retomando a leitura anacrônica de um Estado ideal – ou menos ruim – por meio das categorias *epistème*, *tékhnē* e *dóxa*, e confrontando-a com a concepção de tática segundo Michel de Certeau, é possível resgatar e agregar a essas inquietações mais uma categoria grega antiga, a *métis*, estudada por Détienne e Vernant (2008). A *métis* é uma maneira de pensar, um tipo de conhecimento diferente da *epistème* dos filósofos, pois não se dirige à contemplação de essências universais e imutáveis, mas às dificuldades práticas, com sua fluidez e singularidades.

Para Détienne e Vernant (2008), a *métis* é um saber prático, relacionado às habilidades manual e verbal, destreza, prudência, engenho, astúcia, fingimento, sagacidade, sutileza de espírito, senso de oportunidade e trapaça. Ela opera em realidades mutáveis, desconcertantes e ambíguas, portanto quando não é possível balizar uma ação pelo raciocínio exato. Geralmente, é pela *métis* também que se inverte as regras do jogo em uma disputa, é a astúcia que coloca o fraco em posição vantajosa em relação ao forte. Exemplos de *métis* são o saber do piloto engenhoso, que utiliza ventos e correntes marinhas adversas para conduzir uma embarcação a seu destino, o saber do auriga astucioso, que a despeito dos animais inferiores que guia é capaz de usar a trapaça para vencer uma corrida, o saber do político prudente que consegue farejar com antecedência o curso dos acontecimentos incertos.

A *métis* aproxima-se da *tékhne*, por exemplo na arte de fazer uma armadilha concreta pelo caçador ou verbal pelos sofistas. Mas seus aspectos essenciais para o debate sobre o Estado menos ruim são suas capacidades de dar conta de realidades fluidas e hostis e de inverter as relações de forças instituídas. Portanto, a *métis* pode ser compreendida como um conceito consanguíneo de tática, aliada dos fracos nas lutas contra os fortes, concebendo uma subversão astuciosa das relações de poder.

Certeau (2014) reconhece a contribuição da *métis* para a discussão sobre a tática e a estratégia, todos esses conceitos podem ser transpostos para a compreensão do planejamento em saúde como prática. A proposta desta Tese é substituir as estratégias panópticas por táticas astuciosas, menos *epistème* e mais *métis*, questionando a relação entre meios e fins para conquista do poder e o próprio poder, independente de quem o exerça e como o exerça. Considera-se imperativo compreender que vício infeliz arrasta os homens à servidão voluntária e como exorcizá-lo.

3.2.2 Procedimentos de pesquisa e validade

De modo esquemático, a intervenção e a reflexão nesta pesquisa foram organizadas em torno da instituição, muitas vezes precária, de esferas públicas para o desenvolvimento dos dispositivos de planejamento municipal em saúde. Para análise das informações recolhidas, recorreu-se a elementos da análise do discurso,

triangulando resultados obtidos por diferentes instrumentos e considerando a dimensão histórica local e a precarização do processo de trabalho como eixos de análises fundamentais.

A pesquisa-ação participante é descrita tradicionalmente como uma espiral composta de ciclos de passos: planejar a mudança, executar o plano, observar os resultados e reformular o plano. Kemmis, McTaggart e Nixon (2014) entendem essa espiral sob a lógica dialética do encadeamento de processos. Mas, reconhecem que essas visões mecânicas não são satisfatórias, pois, no desenvolvimento dos projetos de pesquisa, observa-se que existe uma maior abertura e fluidez entre as diferentes etapas. A rigidez da aplicação dessas etapas pelos participantes não é o critério que determina o sucesso da pesquisa, mas sua capacidade de desenvolver suas práticas e compreendê-las em seu contexto.

Embora os debates sobre a verdade e a objetividade do conhecimento tenham avançado a ponto de ser possível optar por sua suspensão, ao menos, momentânea, não é possível afastar os questionamentos sobre a validade de uma pesquisa qualitativa, pois suas implicações são, mesmo segundo autores que defendem posições divergentes sobre esse tema, como Mays e Pope (2009) e Lincoln, Lynham e Guba (2011), bastante imediatas. É necessário, portanto, julgar se os resultados de uma pesquisa são confiáveis ou autênticos o suficiente para que sejam utilizados para direcionar ou esclarecer decisões sobre práticas ou políticas com implicações na vida de outros indivíduos e comunidades. Existem duas posições no debate sobre os critérios de validade da pesquisa qualitativa. Uma afirma que as pesquisas qualitativas devem ser avaliadas por critérios diferentes das quantitativas, pois os paradigmas científicos que as sustentam são distintos, assim não se poderia aplicar critérios de validade derivados de um paradigma diferente. A outra defende que existe uma continuidade paradigmática entre os dois tipos de pesquisa, sendo possível avaliar as pesquisas qualitativas pelos mesmos critérios das pesquisas quantitativas.

Para Mays e Pope (2009), embora a pesquisa qualitativa apresente um tipo de conhecimento diferente da pesquisa quantitativa, é possível elaborar critérios de validade derivados da pesquisa quantitativa para avaliá-la. De outra forma, aplicação de medidas de generalização – aplicação dos resultados a outros cenários de pesquisa – e confiabilidade – possibilidade de produzir resultados semelhantes pela

repetição dos procedimentos de pesquisa – não seriam coerentes com a pesquisa qualitativa. Alguns critérios de validade sugeridos seriam: 1 - triangulação de resultados de dois ou mais instrumentos de coleta de dados; 2 - validação do respondente para comparação do relato do pesquisador com o dos indivíduos investigados; 3 - exposição clara dos métodos e procedimentos de coleta e análise de dados, enfatizando a evolução das estruturas e categorias analíticas; 4 - reflexividade sobre o papel desempenhado pelo pesquisador e suas relações com o objeto, registrando características subjetivas que possam interferir em suas análises como sexo, idade, raça, profissão, afiliação política; 5 - atenção aos casos negativos e desviantes durante o processo de análise e exploração dessas diferenças no relatório de pesquisa; e 6 - conduta justa, ou seja, buscar não ser parcial e explicitar que existem diferentes perspectivas e não apresentar o ponto de vista de um grupo como o único verdadeiro.

Em contrapartida, Lincoln, Lynham e Guba (2011) defendem que não é possível estabelecer critérios de validade semelhantes para pesquisas que utilizam paradigmas diferentes. Uma pesquisa qualitativa alinhada ao paradigma positivista poderia ser julgada por critérios de validade derivados do positivismo, mas isso não seria possível para uma pesquisa crítica ou interpretativa. Os autores postulam que existe uma coerência interna dos modos de fazer pesquisa em cada um dos paradigmas que articula ontologia, epistemologia, metodologia, objetivos, valores, formação do pesquisador, hegemonia e outras singularidades. Derivar, ou impor, critérios do positivismo para outras correntes de pesquisa seria uma incoerência. Por exemplo, a pesquisa qualitativa crítica aborda como objeto as relações de poder e tem como objetivo elucidar e favorecer a emancipação dos oprimidos, por isso, seu critério de validade deve relacionar-se a como e a quanto ela contribui para a transformação de uma sociedade ou comunidade em direção à maior justiça e à menor desigualdade.

No caso da pesquisa-ação participante crítica, Kemmis, McTaggart e Nixon (2014) não estabelecem critérios específicos de validade em seu livro-texto. Pode-se depreender que os critérios gerais de validade da elocução, que os autores retomam de Jürgen Habermas, possam ser utilizados para avaliar sua qualidade. Outra possibilidade, é aproximar os critérios que Lincoln, Lynham e Guba (2011) sugerem para os paradigmas de pesquisa caracterizados como crítico e participante:

1 - redução de privilégios injustos para desenvolvimento de uma sociedade mais justa; 2 - fomento e ampliação da capacidade de transformação social emancipatória de um grupo ou comunidade, respeitando a subjetividade dos indivíduos; 3 - congruência intersubjetiva entre os atores construída por meio do diálogo e do consenso; 4 - sinceridade, credibilidade e autenticidade como catalizadores das ações; e 5 - pluralidade na expressão das vozes dos atores.

Os critérios de validade derivados do modelo positivista são incoerentes com os objetivos da pesquisa-ação participante crítica, mas são facilmente operacionalizáveis, inclusive com *checklists* padronizados disponíveis como *Consolidated criteria for reporting qualitative research-COREQ*, elaborado por Tong, Sainsbury e Craig (2007), e o *Standards for Reporting Qualitative Research-SRQR*, desenvolvido por O'Brien et al. (2014). Sob outra perspectiva, os critérios de validade coerentes com a pesquisa-ação participante crítica são de difícil operacionalização. Por exemplo, avaliar a contribuição de uma pesquisa para fomentar a transformação social em um contexto concreto, exige que se realize uma pesquisa – ou, pelo menos, que se aplique ferramentas – de avaliação específica e complexa. Uma proposta seria utilizar uma metodologia de avaliação participativa, que também possuiria seus impasses quanto a seu processo de validação.

Uma solução tática – pois consome os padrões positivistas de qualidade adaptando-os e subvertendo-os – foi adotada nessa investigação para superar a espiral da validação. Devido a sua fácil instrumentalização, todos critérios de validade propostos por Mays e Pope (2009), derivados do paradigma positivista, foram adotados, exceto a “conduta justa”, definida pelos autores como a neutralidade do pesquisador e da pesquisa, pois é flagrantemente incoerente com o compromisso emancipatório do paradigma crítico e de sua concepção de justiça. De outro modo, foi realizado confronto crítico entre os critérios de validade e os procedimentos de pesquisa, resultando em novos significados e parâmetros para esses critérios, que, de certa forma, aproximaram-se dos critérios específicos dos paradigmas crítico e participativo, mas agregando clareza operacional.

3.2.2.1 Triangulação de resultados de dois ou mais instrumentos de pesquisa

O uso de instrumentos para recolher informações na pesquisa-ação participante crítica deve ser direcionado para alimentar a reflexão individual e coletiva sobre as práticas que são objeto da investigação, especialmente nas esferas públicas. Essa atividade deve ser compartilhada entre os participantes, tornando-se uma responsabilidade coletiva (KEMMIS; MCTAGGART; NIXON, 2014). Portanto, não se trata de apenas de coletar – agregar – dados solitariamente, mas de buscar coletivamente evidências que favoreçam o esclarecimento sobre as práticas estudadas. É possível encontrar ressonâncias da dicotomia entre escolhas democráticas agregativas e deliberativas nessa abordagem para operacionalizar a investigação.

Utilizou-se como instrumentos para recolher evidências nesta pesquisa:

- 1 - diário de campo, elaborado pelo autor, registrando suas observações, impressões e sentimentos;
- 2 - portfólio elaborado pelo autor e pelos pesquisadores-participantes contendo cópias de documentos oficiais da SMS e da Prefeitura Municipal de Iguatu - PMI, material jornalístico em texto e vídeo divulgado em meio impresso e eletrônico, apontamentos e notas do autor e dos pesquisadores-participantes sobre reuniões e eventos;
- 3 - conversas informais e espontâneas entre o autor e os pesquisadores-participantes e entre o autor e os participantes;
- 4 - relatos de conversas informais entre os pesquisadores-participantes e os participantes;
- 5 - entrevistas em formato semiestruturado aplicadas pelo autor e por pesquisador-participante aos participantes, que foram gravadas e transcritas;
- 6 - entrevistas estruturadas aplicadas por pesquisador-participante aos participantes, que foram gravadas e transcritas; e
- 7- grupo focal com participantes conduzido por pesquisadores-participantes.

De acordo com Peräkylä e Ruusuvuori (2011), esses instrumentos podem ser divididos em duas categorias, de acordo com a maneira como recolhem o material empírico: 1- entrevistas, cuja ocorrência é provocada pelo pesquisador; 2- outros instrumentos, cuja ocorrência é espontânea ou natural. A relação entre os materiais recolhidos não seria dicotômica, mas parte de um *continuum*, que fixa em um de seus polos o protagonismo do pesquisador e no outro as contingências do campo empírico.

Por se tratar de pesquisa que privilegia a tática e valoriza os encontros, é coerente que os instrumentos menos formais e mais flexíveis também sejam

privilegiados nessa investigação, contudo não é possível – nem prudente – descartar as entrevistas, pois existe uma extensa tradição de seu uso nas pesquisas qualitativas em Saúde Coletiva e são capazes de tornar mais robusta a discussão dos resultados obtidos por instrumentos menos sistemáticos. Sendo assim, as entrevistas são utilizadas nesta Tese e reconhecidas como um instrumento relevante, mas não são o principal instrumento para recolher material empírico.

3.2.2.2 Validação do respondente e atenção aos casos negativos e desviantes

As esferas públicas têm o consenso mediado pelo diálogo como um de seus objetivos. Alcançar o consenso exige abertura para escutar o outro e também para refletir sobre suas próprias opiniões e valores. A pluralidade de opiniões, as divergências e os conflitos não devem ser negados ou ocultados, mas precisam ser compreendidos. Nesta investigação, valorizou-se a análise do divergente e do diferente para tornar o entendimento mais claro e a ação mais efetiva. O resultado obtido por cada um dos instrumentos foi confrontado com os demais para a elaboração de uma narrativa coerente sobre o objeto de estudo, a argumentação racional e o consenso dos participantes foram utilizados para fundamentar as escolhas que ocorrem durante sua elaboração. Muitas narrativas diferentes, e coerentes, poderiam ter sido preparadas, a Tese apresenta apenas uma delas. A validação do respondente significa, portanto que embora a redação da narrativa seja monográfica, sua elaboração foi polifônica.

O debate sobre os resultados e sua interpretação entre os pesquisadores-participantes em reuniões periódicas informais também funcionou como um processo de avaliação da qualidade da pesquisa durante sua realização. Nesse sentido, aproxima-se das recomendações de Schwandt (1997) sobre o papel do diálogo nos processos avaliativos para uma modificação na relação entre sujeito e o objeto do conhecimento. O mundo social deixa de ser compreendido como um objeto que está esperando ser descoberto pelo pesquisador, pois passa a ser concebido como o mundo no qual o pesquisador vive. A concepção do objeto de pesquisa modifica-se de teórica para prática. O discurso do pesquisador e dos sujeitos pesquisados é horizontal e o conhecimento adquire a característica dialógica. O diálogo é uma condição ontológica e metodológica para a convivência e a mediação

de ambiguidades, ambivalências, diferenças, divergências e dilemas nos diferentes discursos sobre a verdade. As virtudes comunicativas da tolerância, paciência, capacidade de admitir o erro, abertura para as diferenças e escuta recebem papel de destaque na condução do processo, que rompe com a hierarquia tradicional e aponta para um envolvimento e desenvolvimento de postura crítica de todos os sujeitos implicados, inclusive o pesquisador. O papel do avaliador e dos avaliados adquire potencial emancipatório, pois aponta para modificar a ação avaliada de acordo com o confronto entre as diferentes perspectivas dos atores. Logo, a lógica geral da avaliação, baseada na elaboração de juízos de valor sobre uma situação social, é superada por uma abordagem avaliativa crítica.

3.2.2.3 Exposição clara dos métodos e procedimentos de pesquisa

Para Minayo (2008), a abordagem quantitativa busca desenvolver indicadores e tendências, passíveis de observação e mensuração, para investigar o real. A abordagem qualitativa estuda a história, representações, percepções e opiniões sobre o real. Ambas apresentam limites analíticos e o desafio de articular as duas perspectivas envolve as dificuldades de equacionar objetividade e subjetividade. Essa decisão epistemológica deve ser embasada pelo tipo de objeto estudado: nos fenômenos sociais há espaço tanto para o estudo de frequências e tendências quanto das relações históricas e representações dos sujeitos.

As abordagens quantitativas e qualitativas são utilizadas pela Saúde Pública para estudar seu objeto. Nenhuma das duas é capaz, totalmente, de permitir a compreensão da realidade, em vista disso a complementaridade pode ser uma estratégia para superar suas limitações (MINAYO e SANCHES, 1993). Nesta pesquisa predomina a abordagem qualitativa, mas existe espaço para a complementaridade com a quantitativa, especialmente no uso de indicadores das condições sanitárias e assistenciais. A natureza dos dispositivos de planejamento é qualitativa e quantitativa, agregando inclusive indicadores financeiros, sendo difícil conceber um elemento mais quantitativo que o dinheiro, a medida de todas as coisas no capitalismo.

Para análise qualitativa foram utilizados os procedimentos de análise do discurso segundo as recomendações de Orlandi (2013). A análise do discurso

considera-o uma mediação por meio da linguagem entre o homem e a realidade social e natural para produção de significado. O discurso não é apenas uma mensagem que um interlocutor transmite a outro em uma relação linear e estanque, mas todo o processo de produção de sentido dessa mensagem, do qual participam sujeitos afetados pela língua e pela história. Seu objetivo não é compreender o significado de um discurso, mas entender como o significado é produzido pelos sujeitos e para os sujeitos, por meio da relação entre língua e ideologia.

A contribuição da análise do discurso para essa investigação concentra-se em sua capacidade de reflexão sobre a ideologia, concebida segundo Orlandi (2013) como efeito da relação entre sujeito, história e língua na produção de sentido, responsável por ocultar do indivíduo que ele não é a fonte exclusiva de seu discurso, dando-lhe a impressão de criatividade e transformando-o em sujeito. Essa potencialidade crítica vai ao encontro da necessidade de os participantes refletirem sobre suas práticas, inclusive sobre o discurso elaborado sobre e a partir delas.

3.2.2.4 Reflexividade sobre o papel desempenhado pelo pesquisador e suas relações com o objeto

A discussão da implicação do pesquisador com objetos de pesquisa qualitativa em Saúde Coletiva estabeleceu um consenso sobre pesquisador e sujeitos pesquisados compartilharem a mesma natureza, isto posto é necessário considerar como relevantes para a análise dos resultados quais os motivos pessoais que impulsionaram o desenvolvimento da investigação. Também existe um consenso quanto ao caráter histórico do objeto das pesquisas qualitativas em Saúde Coletiva. Destarte, não se pode considerar um objeto destacado da sucessão dos momentos históricos que culminaram em sua situação atual. Essa dimensão histórica também é compartilhada por pesquisador e sujeitos pesquisados (MINAYO, 2008).

Na Saúde Coletiva, a relação subjetiva entre pesquisador e objeto, seus motivos pessoais, tem sido expressa, geralmente, como compromisso ético e político – abordagens marxistas – ou como compreensão da unidade entre o mundo observado e o mundo da vida do investigador – abordagens compreensivas. À vista disso existe uma preocupação em identificar que a investigação não se dirige por uma suposta neutralidade científica nem a concebe como possível.

Nesse campo de pesquisa, a perspectiva mais radical da ruptura da dicotomia entre pesquisador e sujeitos pesquisados é encontrada nos autores que se fundamentam em Gilles Deleuze e Félix Guattari para desenvolver análise institucional. Abrahão et al. (2014) discutem o papel do pesquisador “in-mundo”, agregando uma dimensão afetiva a seu relacionamento com os sujeitos pesquisados. E reitera a relevância dos compromissos éticos e políticos e da compreensão de o pesquisador se constituir como sujeito em um mundo que é compartilhado com os sujeitos pesquisados.

Essa abordagem dos institucionalistas se aproxima da autoetnografia, pouco divulgada no campo da Saúde Coletiva, embora seja uma tendência da pesquisa qualitativa com forte crescimento no exterior, principalmente, nos países de Língua Inglesa. O *Handbook of Autoethnography*, com primeira edição em 2013, recebeu uma resenha favorável de Motta e Barros (2015) que o consideraram: “intrigante, fascinante e revolucionário, no sentido científico, político e sociológico”. Mas, não se observa o uso dessa abordagem por autores nacionais do campo da Saúde Coletiva, por isso uma análise de suas possíveis contribuições teóricas, éticas e políticas é relevante.

Para Jones, Adams e Ellis (2013), a utilização de experiências pessoais como base para reflexão sobre experiências culturais é o denominador comum das diferentes possibilidades para se fazer autoetnografia. Essa primeira definição exige uma demarcação sobre as diferenças entre a autoetnografia e outras experiências de autorreflexão, como a autobiografia. Os autores apontam que a primeira se preocupa com a elaboração de uma crítica aos fenômenos culturais mais abrangentes que se relacionam com a experiência pessoal significativa do autor, as epifanias seriam gatilhos para novas maneiras de compreender os fenômenos culturais. A autobiografia, geralmente, não é direcionada para compreensão de fenômenos que são exteriores ao sujeito.

Ao buscar uma discussão ampliada sobre fenômenos culturais, a etnografia posiciona-se como uma das formas de produção de conhecimento acadêmico, por conseguinte, inserindo-se em sua tradição. Ela busca contribuir para o avanço da pesquisa acadêmica e não descarta o conhecimento produzido, previamente, sobre os temas que aborda, embora, não o use, necessariamente, de maneira convencional.

Por exemplo, explicitando as relações pessoais dos pesquisadores com os textos fixados pela tradição em seu campo de pesquisa (JONES; ADAMS; ELIS, 2013).

A autoetnografia evoca aspectos vulneráveis dos pesquisadores. Suas histórias retomam experiências pessoais, muitas vezes, traumáticas ou angustiantes relacionadas a abandono, abuso, preconceito, opressão. Essas situações e a reflexão sobre elas são expostas ao público de forma crítica e para crítica, portanto, o pesquisador também se expõe a críticas. Essa característica da autoetnografia e as descritas anteriormente encaixam-se na sua intenção de sensibilizar sua audiência por meio da empatia. Os trabalhos autoetnográficos – não apenas textos, mas, também, dança, artes plásticas, música, teatro – são elaborados para despertar a reflexão e o compromisso de seu público (JONES; ADAMS; ELIS, 2013).

Para Denzin (2014), a autoetnografia desenvolve-se a partir de três fontes: 1 - a discussão sobre a imaginação sociológica de C. Wright Mills, que permite relacionar eventos biográficos e históricos com fenômenos sociais mais abrangentes; 2 - a biografia de Gustave Flaubert redigida por Jean-Paul Sartre em seu esforço de responder ao que se pode saber de um homem; e 3 - o questionamento de Jacques Derrida sobre os limites da compreensão dos textos e da realidade. Para Jones, Adams e Ellis (2013), a autoetnografia recebe contribuições de quatro tendências históricas inter-relacionadas: 1 - o reconhecimento dos limites do conhecimento científico e a crescente valorização dos métodos qualitativos de pesquisa; 2 - a maior preocupação com a ética e as políticas de pesquisa, especialmente, diante de cenários de abuso como o das pesquisas sobre sífilis com negros em Tuskegee; 3 - o reconhecimento de que a maior dedicação aos aspectos estéticos e narrativos amplia os horizontes de compreensão de uma pesquisa, especialmente, quando aborda o corpo ou os sentimentos; e 4 - relevância da inclusão no debate acadêmico das questões relacionadas à identidade social e às políticas que favorecem seu desenvolvimento.

Os autores convergem quanto ao posicionamento ético e político da autoetnografia, direcionado para a emancipação individual e coletiva – mesmo que essa emancipação, no curto prazo, resume-se a dar voz a pessoas ou grupos oprimidos. Também se observa que nas posições dos autores um consenso quanto à abordagem metodológica, que se baseia, a grosso modo, em partir de reflexões sobre experiências pessoais para desenvolver reflexões sobre fenômenos sociais e culturais

mais abrangentes. Embora o trabalho autoetnográfico possa ser realizado de maneiras muito diferentes – desde uma monografia acadêmica até um espetáculo de teatro e dança – sua essência concentra-se nessas duas características.

As pesquisas no campo da Saúde Coletiva que têm utilizado elementos da análise institucional, especialmente as que se inspiram nos trabalhos de Gilles Deleuze e Félix Guattari, apresentam interfaces importantes com a autoetnografia, compartilhando, inclusive, compromissos éticos e políticos. O crescimento das publicações internacionais de estudos autoetnográficos e sua consolidação como abordagem de pesquisa qualitativa evidencia a necessidade de iniciar um debate com as investigações nacionais que apresentam afinidades com essa abordagem de pesquisa.

Esta Tese não se propõe a ser um estudo autoetnográfico nem de análise institucional. Mas busca utilizar a reflexão do autor sobre eventos pessoais relacionados à prática do planejamento – e também ao trabalho e à vida em Iguatu – para compreender fenômenos sociais e culturais mais amplos. Por outro lado, algumas das convenções principais da autoetnografia, como o uso da primeira pessoa do singular e a maior liberdade criativa da redação não foram seguidas. Afinal, essa é uma abordagem ainda pouco difundida no campo da Saúde Coletiva e o autor considerou que a Tese não seria o melhor veículo para experimentá-la.

3.3 Encontros

3.3.1 Participantes e aspectos éticos

O pesquisador não conduziu as intervenções e as reflexões de maneira solitária, pois seria incoerente com a proposta da pesquisa-ação participante crítica, mas liderou o grupo responsável por esse processo, chamado nessa pesquisa de grupo da Escola de Saúde Pública de Iguatu - ESPI. Os integrantes dessa equipe modificaram-se ao longo do processo, mas sua quantidade manteve-se entre cinco e seis, simultaneamente. A principal causa de desligamento dos membros foi a aprovação em concursos públicos ou em programas de pós-graduação. Essa equipe formada por cinco servidores municipais e dois integrantes do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho da UECE – um deles teve uma rápida experiência como servidor da PMI –

teve caráter interdisciplinar, incorporando no total três enfermeiros, uma assistente social e três médicos. Destaca-se que o autor também é considerado parte do grupo, portanto sua composição total é de oito profissionais. Nesta Tese, os integrantes desse grupo são denominados participantes-pesquisadores, exceto o autor. Foi consenso entre o grupo que suas opiniões ou juízos não seriam identificados individualmente para preservar o sigilo, mas que seus nomes estariam registrados como integrantes desse grupo. Essa informação não consiste em quebra de sigilo, pois os participantes-pesquisadores são coautores de capítulos de livros e artigos derivados dessa investigação.

Entende-se como participantes desta pesquisa os trabalhadores da SMS de Iguatu, seus gestores de nível tático e estratégico e os representantes do controle social engajados no CMS e nos Conselhos Locais de Saúde - CLS. Esses sujeitos tomaram parte no processo de elaboração dos dispositivos de planejamento por meio de reuniões em que buscou-se estabelecer a comunicação livre de coerção, aproximando-se do ideal das esferas públicas. A Tabela 1 apresenta a quantidade e o perfil dos participantes.

Tabela 1 – Quantidade e perfil dos participantes do processo de planejamento municipal em saúde

Vinculação e perfil	Quantidade	(%)
Gestores de nível estratégico da SMS	3	2,1
Gestores de nível tático da SMS	19	13,0
Trabalhadores de nível médio da SMS	27	18,5
Trabalhadores de nível superior da SMS	7	4,8
Integrantes do Conselho Municipal de Saúde	16	11,0
Usuários integrantes dos Conselhos Locais de Saúde	72	49,3
Gestores de unidades de saúde públicas e filantrópicas que prestam serviços para SMS	2	1,4
TOTAL	146	100,0

Fonte: Elaboração própria a partir das atas das reuniões e notas de campo.

A Tabela 1 registra a quantidade de gestores, trabalhadores e usuários que participaram das oficinas e reuniões para elaboração do PMS 2014-2017. A PAS de 2014 e de 2015 e o RAG 2014 envolveram menos participantes, colaboraram os gestores de nível estratégico (N = n = 3), os gestores de nível tático (N = n = 19), os

integrantes do CMS ($N = n = 16$) e os servidores do setor financeiro da SMS ($N = n = 2$), perfazendo um total de 40 participantes

As reuniões e oficinas para construção do PMS 2014-2017 ocorreram entre janeiro e fevereiro de 2014, portanto são anteriores à aprovação do projeto de pesquisa dessa Tese no Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da UECE, por meio do Parecer Nº. 634.119, de 07 de maio de 2014. A narração desses eventos é baseada em suas atas, no relato posterior dos fatos pelos pesquisadores-participantes – os integrantes do grupo da ESPI – e em notas e diário pessoal do pesquisador. Portanto trata-se de uma narrativa retrospectiva baseada em documentos e na memória dos pesquisadores-participantes. Não ocorreu nenhuma gravação, filmagem, transcrição de falas ou menção sobre falas que possa gerar identificação pessoal de qualquer uma das pessoas que participaram dessas oficinas e reuniões para o planejamento. Reitera-se que as transcrições de falas de gestores, trabalhadores e representantes de usuários foram obtidas por entrevistas realizadas posteriormente à aprovação no CEP, por conseguinte quando o PMS 2014-2017 já havia sido aprovado pelo CMS. A necessidade de acelerar o início do processo de planejamento justifica-se pela oportunidade oferecida pela Administração Municipal ao grupo da ESPI para realizá-lo de modo participativo, narrada em detalhes no decorrer desta Tese.

Embora as reuniões e oficinas para construção da PAS de 2014 e de 2015 e do RAG 2014 tenham ocorrido depois da aprovação desta pesquisa pelo CEP, foram mantidos os mesmos procedimentos utilizados para narração da elaboração do PMS 2014-2017. Ou seja, não se utilizou nenhum tipo de registro eletrônico de falas, mas apenas a memória, as anotações e discussões dos pesquisadores participantes. Também não se realizou menção sobre falas que poderiam identificar pessoalmente de qualquer uma das pessoas que participaram dessas oficinas e reuniões.

A abordagem para recolher evidências privilegiou os instrumentos com menor sistematização – que privilegiam a tática e o encontro – como diário de campo, conversas informais e espontâneas, relatos de conversas espontâneas e portfólio de documentos. Mas também foram aplicados instrumentos mais sistematizados – ferramentas estratégicas – como entrevistas estruturadas, entrevistas semiestruturadas e grupo focal. A aplicação desses instrumentos é sempre acompanhada de alguns questionamentos quantitativos e éticos.

Nesta investigação, considera-se que trabalham na SMS de Iguatu 935 servidores. Essa quantidade refere-se ao segundo semestre de 2014 e apresentou flutuação ao longo dos dois anos de campo, mas se manteve relativamente estável após maio de 2014, quando ocorreu a nomeação dos servidores aprovados no concurso público realizado em 2013. A quantidade de servidores contratados temporariamente também permaneceu estável após essa data devido a um Termo de Ajuste de Conduta - TAC firmado entre a Administração Municipal e o Ministério Público Estadual - MPE, os pormenores desse TAC e das contratações temporárias são discutidos no capítulo sobre precarização do processo de trabalho.

Em novembro de 2015, a responsabilidade pela gestão do HRI foi devolvida para a SMS de Iguatu sendo efetivada por meio da Fundação de Saúde Pública de Iguatu - FUSPI. Não foi possível incorporar os mais de 300 servidores contratados temporariamente pela FUSPI a esta pesquisa, pois o encerramento da pesquisa de campo estava previsto para dezembro de 2015. Não seria prudente aplicar entrevistas antes que os servidores recém-contratados consolidassem sua rotina de trabalho. Adicionalmente, nem o autor nem o grupo da ESPI teriam condições de realizar essas entrevistas, pois estavam conduzindo o processo de transferência da gestão dos Camilianos para o município.

Os funcionários contratados pelos Camilianos durante o período em que administraram o hospital não foram entrevistados. Essa limitação da pesquisa reverbera a cisão que existiu entre as duas alternativas para superar a crise enfrentada pelo sistema de saúde municipal, principalmente, a partir de janeiro de 2015, quando o antagonismo entre a PMI e a SBSC tornou-se explícito devido aos recorrentes atrasos no pagamento do convênio pelo município.

Aplicar entrevistas não foi o centro da metodologia desta pesquisa, que se organizou em torno da participação coletiva para ação e reflexão no planejamento em saúde por meio das frágeis esferas públicas. As entrevistas foram apenas um dos elementos para recolher informações. A SMS de Iguatu não apresentou protagonismo no planejamento ou gestão do HRI no período sob responsabilidade dos Camilianos – a recíproca também é verdadeira, representantes dos Camilianos não participaram consistentemente de atividades relacionadas ao planejamento em saúde municipal. Não seria coerente, portanto, com a proposta de metodologia desta pesquisa, aplicar entrevistas isoladas, pois a investigação deixaria de ser uma pesquisa-ação

participante. Mantendo a coerência dessa posição, também não foram aplicadas entrevistas aos, aproximadamente, 30 servidores estatutários da FUSPI que trabalham no HRI.

Embora não tenham sido aplicadas entrevistas aos servidores do HRI, as relações dessa instituição com a SMS de Iguatu, com os municípios da região e o processo de transferência da gestão para os Camilianos e devolução para o município são abordados por meio de outros instrumentos para recolher informações e são discutidos ao longo desta Tese.

Retomando a descrição do quadro de servidores da SMS de Iguatu, dos 935 servidores da SMS de Iguatu, foram excluídos desta pesquisa 107 auxiliares de serviços gerais e 115 vigias e porteiros, por não serem servidores engajados na atividade fim da SMS, não terem tomado parte no processo de planejamento e apresentarem rotatividade entre as secretarias municipais de acordo com interesses da Administração Municipal e próprios. Em sua maioria esses servidores são estatutários, apenas quinze auxiliares de serviços gerais, cujo vínculo é registrado como auxiliar de limpeza urbana, têm vínculo temporário. Os 713 servidores restantes podem ser divididos em três estratos de acordo com o vínculo: estatutário (N = 472), temporário (N = 213) e comissionado (N = 28). Entre os estatutários, 145 estão lotados em funções que exigem nível superior e 327 em funções que não exigem nível superior. Entre os temporários, 43 estão lotados em funções que exigem nível superior e 170 em funções que exigem nível médio.

Uma entrevista estruturada, que se encontra no Apêndice A, foi aplicada a servidores que desempenham a função de gestor em nível tático (N = 19), dos quais seis foram entrevistados. Os servidores desse grupo podem ter vínculo apenas por comissão (N = 28) ou vínculo estatutário ou temporário com comissão adicional (N = 9), compreendendo um total de 37 servidores. Destaca-se que nem todos os servidores que ocupam cargos comissionados são gestores, em torno de um terço desses cargos apresenta a soma de vencimentos e representação igual ao salário mínimo e são destinados a funções de apoio à gestão.

Considera-se como gestores de nível estratégico da SMS o Secretário Municipal de Saúde – único agente político, responsável por ordenar a despesa do Fundo Municipal de Saúde – o Secretário Adjunto de Saúde – com função de assessorar o Secretário e assumir a responsabilidade gerencial em sua ausência, mas

sem poder para ordenar despesa – e o Secretário de Políticas Públicas de Saúde – cargo sem função bem definida, com *status* cerimonial semelhante ao de Secretário, mas com remuneração inferior e sem poder para ordenar despesa por não ter um orçamento específico. Por ser agente político, o Secretário de Saúde não é contabilizado como servidor, o Secretário Adjunto e o de Políticas Públicas são contados com os demais cargos comissionados. No decorrer da pesquisa, o autor ocupou os cargos de Secretário Adjunto (maio de 2014 a março de 2015) e de Secretário de Políticas de Saúde (maio de 2015 a agosto de 2015). Lana Carina, integrante do grupo da ESPI, assumiu o cargo de Secretária Adjunta (de janeiro de 2014 a março de 2014) e de Secretária de Saúde (de abril de 2014 a dezembro de 2014). Esta Tese traz a narrativa desses encontros com o poder. Registra-se aqui a coincidência entre ser pesquisador e ocupar os referidos cargos para desobrigar-se de entrevistar seus ocupantes.

Nenhum dos gestores convidados para responder às entrevistas recusou-se a participar da pesquisa nem solicitou que ela não fosse gravada. Essa adesão pode ser decorrência do critério de seleção dos entrevistados, baseado em sua disponibilidade e nas sugestões do grupo da ESPI sobre quais seriam os servidores mais dispostos a participar da pesquisa. A convivência prévia com os entrevistados permitiu que a seleção englobasse os favoráveis e os indiferentes à situação política municipal e à sua capacidade de administrar a cidade, não há gestores táticos contrários à Administração Municipal. Para garantia do sigilo, alguns dos resultados não foram discutidos com registro de função, profissão ou lotação específica, mas apenas indicando o estrato em que o entrevistado se enquadra, por exemplo, “gestor tático”.

Entrevistas semiestruturadas foram aplicadas a quatro integrantes do CMS (N = 16), um representante de cada seguimento, a um servidor com profundo conhecimento da história da saúde pública na região nos últimos 40 anos, a um ex-secretário de saúde e a quatro lideranças do movimento grevista que ocorreu em 2015. Essas entrevistas tiveram como objetivo explorar em profundidade a compreensão dos atores sobre o planejamento e a gestão municipal da saúde.

Um grupo focal foi realizado pelos profissionais-pesquisadores ligados à saúde mental com seis servidores da atenção primária à saúde, sendo dois de nível médio e quatro de nível superior. Seu objetivo foi compreender como foram instituídas

as mediações técnico-assistenciais, políticas e ideológicas entre equipe de referência e de apoio matricial na atenção à saúde mental. Essa tática de pesquisa foi escolhida, pois o grupo da ESPI considerou importante investigar de modo mais pormenorizado as tensões entre grupalidade e individualidade dos trabalhadores da saúde mental e da atenção primária.

O convite para as entrevistas e o grupo focal esclareceu seu caráter opcional e voluntário, inclusive quanto à gravação, e foi seguido pela leitura conjunta dos Termos de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE específicos, que se encontram nos Apêndices B e C. Caso concordasse em participar e tendo quaisquer dúvidas sobre a pesquisa ou o TCLE esclarecidas pelo entrevistador, ocorreria a assinatura do termo e o início da entrevista ou grupo focal.

Todas as seis entrevistas estruturadas foram aplicadas pelo único integrante do grupo da ESPI externo à gestão municipal, uma enfermeira, mestre em Saúde Coletiva e colega do autor no Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho da UECE.

Justifica-se essa escolha pelo fato do pesquisador ter se tornado gestor estratégico da SMS de Iguatu, desse modo seria muito difícil conseguir um *rapport* adequado nas entrevistas com os gestores táticos. No entanto, a entrevistadora deixou sempre explícito que se tratava de uma pesquisa cujo responsável era o autor – aluno do Doutorado em Saúde Coletiva da UECE, mas também Secretário Adjunto e depois Secretário de Políticas Públicas. De modo geral, a adesão às entrevistas foi boa, o esforço do autor para ser um chefe ao estilo Guarani resultou, ao menos, nos entrevistados terem se sentido livres para expor suas opiniões, inclusive “dando recados” por meio das entrevistas.

As entrevistas semiestruturadas (total = 10) foram aplicadas pelo autor (total = 2) e por uma pesquisadora-participante (total = 8). Aqui a escolha dos entrevistadores baseou-se na proximidade subjetiva com os entrevistados. A pesquisadora-participante, assistente social, mestre em Saúde da Criança pela UECE, com história pessoal de militância em movimentos sociais, entrevistou os grevistas e os membros do CMS. O autor entrevistou os demais informantes-chave. Nessas entrevistas também foi explicitada a identidade do pesquisador e o caráter voluntário da participação na pesquisa.

O período de intervenção estendeu-se de outubro de 2013 a dezembro de 2015, portanto antecedeu o ingresso do pesquisador no Programa de Doutorado da

UECE, que teve acesso ao campo de pesquisa por ser servidor da PMI e ter como uma das atribuições de seu cargo – médico sanitário – assessorar o processo municipal de planejamento em saúde. A elaboração do relatório final foi iniciada em janeiro de 2016 e foi concluída em julho do mesmo ano.

As despesas para realização desse trabalho foram de pequena monta. O pesquisador assumiu completamente o financiamento desta pesquisa.

3.3.2 Eixos de análise

Os eixos de análise foram encontrados durante o processo de investigação-ação. Esse não foi um encontro solitário do autor, mas do grupo da ESPI. O contexto histórico local, com seus modos singulares de fazer política e assistência à saúde, a precarização do processo de trabalho e a tentativa de implementar uma chefia ao estilo Guarani foram os principais temas que pautaram as discussões dos participantes sobre o planejamento nas precárias esferas públicas que o grupo da ESPI tentou mediar. Portanto, não seria coerente substituir esses eixos analíticos por uma decisão monocrática do autor.

3.3.3 Modo de exposição

A discussão dos resultados é exposta em dois capítulos. O primeiro capítulo resgata a história das políticas de saúde no município e suas interfaces com as disputas político-partidárias na região. O segundo narra e discute a experiência de ação e reflexão para elaboração dos dispositivos municipais de planejamento, a tentativa de implementar um estilo de gestão em saúde mais democrático e a greve de servidores municipais de 2015 com suas interfaces com a precarização do processo de trabalho em saúde na SMS de Iguatu, incluindo a privatização do HRI. As considerações finais apresentam considerações gerais, conclusões e recomendações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Contextualização histórica das políticas públicas de saúde em Iguatu

“Abraão foi depressa à tenda de Sara: “Depressa, disse ele, amassa três medidas de farinha e coze pães.” Correu em seguida ao rebanho, escolheu um novilho tenro e bom, e deu-o a um criado que o preparou logo. Tomou manteiga e leite e serviu os peregrinos juntamente com o novilho preparado, conservando-se de pé junto deles, sob a árvore, enquanto comiam. E disseram-lhe: “Onde está Sara, tua mulher?” – “Ela está na tenda”, respondeu ele. E ele disse-lhe: “Voltarei à tua casa dentro de um ano, a esta época; e Sara, tua mulher, terá um filho”.”

Gênesis 18:6-10

É possível articular as perspectivas de Mendes-Gonçalves (1994), Merhy (1992) e Paim (2003; 2009) para discutir a racionalidade das práticas de atenção à saúde no Brasil. Buscando a complementação entre os autores, é possível definir seus determinantes em três níveis: 1 - tecnológicos, conjunto de saberes e instrumentos necessários para a mediação entre trabalhador e objeto de trabalho para produção de ações de saúde, incluindo a construção desse objeto por meio do discurso; 2 - assistenciais, repertório de elementos utilizados para organizar a produção dessas ações como serviços; e 3 - políticos, constituição das disputas pelo poder político de dirigir a produção dos serviços de saúde. Por outro lado, os autores divergem quanto à concepção de uma hierarquia de relevância entre esses determinantes.

Mendes-Gonçalves (1994) prioriza os aspectos tecnológicos, apontando os limites epistemológicos da articulação entre Epidemiologia e Clínica. Na história da Medicina Social, o modo com que a Clínica se desenvolve, enfocando o corpo biológico destacado de suas implicações sociais, portanto negando a sociabilidade de seu objeto de intervenção, permite sua afirmação na sociedade capitalista europeia da transição entre os séculos XVIII e XIX e abre possibilidades para a intervenção médica na sociedade. A Epidemiologia desenvolve-se como uma tecnologia capaz de subsidiar as intervenções em saúde em nível coletivo, mas incapaz de abordar de maneira efetiva os aspectos sociais de seu objeto. No contexto do capitalismo, essa fragilidade é considerada uma fortaleza, pois atende aos interesses de oferecer intervenções satisfatórias e não explicitar as relações de determinação social do

processo saúde-doença. A crítica elaborada por Ricardo B. Mendes-Gonçalves foi um dos esteios para a instituição da Saúde Coletiva como campo de saber e práticas de saúde, embora o autor não tenha participado dos desdobramentos desse processo devido à sua morte precoce.

Merhy (1992) introduziu a dimensão política na discussão dos modelos tecno-assistenciais iniciada por Mendes-Gonçalves (1994), mas conservou a densa crítica estabelecida pelo autor sobre os saberes tecnológicos baseada em Canguilhem (2006), Foucault (1984) e Machado et al. (1978). A compreensão de que a Clínica e a Epidemiologia operam como tecnologias que subsidiam as práticas de saúde individual é complementada pela análise das disputas e decisões governamentais. Portanto o autor amplia o foco do debate e aponta que o estudo dos modelos tecno-assistenciais exige um processo mais amplo de compreensão sobre o direcionamento das ações de saúde. Para o período de 1920 e 1948, no Estado de São Paulo, são identificadas três correntes tecnológicas e os respectivos modelos tecno-assistenciais: 1- corrente bacteriológica, modelo campanhista/policial e campanhista/vertical permanente; 2 - corrente médico-sanitarista, modelo rede local permanente e modelo rede local vertical; e 3 - corrente mista, modelo vertical permanente especializado.

Paim (2003; 2009) enfatiza a relevância das dimensões gerencial e organizacional na determinação da conformação dos modelos de atenção à saúde, compreendendo-os como formas de organizar as relações entre atores, mediadas por tecnologias, utilizadas no processo de trabalho em saúde, para atender necessidades e demandas de saúde em situações historicamente definidas. O autor desenvolve sua análise dos modelos brasileiros estabelecendo a dicotomia entre modelos hegemônicos e propostas alternativas, a partir da discussão de Antônio Gramsci, e na dicotomia entre demandas e necessidades de saúde. O modelo médico hegemônico é direcionado para atender às demandas de saúde da população sob perspectiva individual, privatista, curativa e fragmentada, seus desdobramentos são o modelo médico assistencial privatista e o modelo da atenção gerenciada. O modelo sanitarista é considerado hegemônico para intervenção sobre as necessidades de saúde pública, funcionando sob lógica campanhista, vertical e complementar e subordinada ao modelo médico hegemônico, seus desdobramentos são as campanhas sanitárias e os programas especiais tradicionais, a vigilância sanitária e epidemiológica, o

Programa Agentes Comunitários de Saúde - PACS e o Programa Saúde da Família - PSF. As propostas alternativas direcionam-se para a integralidade, efetividade, qualidade e humanização dos serviços de saúde. A partir da demanda, são possíveis a proposta da oferta organizada e do acolhimento. A partir da necessidade, ações programáticas em saúde, vigilância em saúde, Estratégia de Saúde da Família -ESF e promoção da saúde.

Uma abordagem alternativa para discutir a racionalidade das práticas de atenção à saúde é enfocar seu desenvolvimento histórico. Embora Mendes-Gonçalves (1994), Merhy (1992) e Paim (2003; 2009) atentem para a historicidade do processo saúde-doença e dos modelos de atenção à saúde, esse não é o fio condutor de suas análises. A historiografia da Medicina e da Saúde Pública tem uma tradição pouco crítica, Mendes-Gonçalves (1994) aponta a lucidez dos trabalhos de Henry Siegerist e George Rosen como uma das poucas exceções ao que Merhy (1992) definiria como tendência de transformar estudos historiográficos em “histórias em quadrinhos”, ou seja, relatos lineares de fatos e personagens. Por outro lado, vários estudos brasileiros têm apresentado uma maior densidade crítica desde o final da década de 1970, como os desenvolvidos por Luz (1991; 2014) e Machado et. al (1978). Entre os estudos sobre a história das políticas de saúde no Brasil destaca-se a importância dos empreendidos por Escorel e Teixeira (2008) e Escorel (2008), que pelo poder de síntese tornaram-se quase canônicos. Nesse campo ocorreu também a multiplicação de estudos críticos sobre recortes regionais e temporais específicos.

No caso específico do Ceará, dois estudos sintetizam o desenvolvimento da racionalidade das práticas de atenção à saúde desde o Período Colonial até o século XX. Barbosa (1994) é o primeiro a enfrentar esse desafio sob perspectiva historiográfica e de modo crítico, articulando seu objeto de pesquisa, a história da Saúde Pública do Ceará, com a conjuntura histórica mais abrangente, não se resumindo a realizar uma cronologia de datas, fatos e personagens, afastando-se, portanto de Nobre (1979) e Leal (1979). Montesuma et al. (2006) também elaboraram uma abordagem historiográfica crítica da Saúde Pública no Ceará, sua principal contribuição é a discussão de sua periodização por meio do conceito gramsciano de bloco histórico. Observa-se uma convergência entre os períodos significativos estabelecidos pelos dois trabalhos: 1 - Período Colonial, de 1603 a 1822; 2 - Período Imperial, de 1822 a 1889; 3 - República Velha, de 1889 a 1930; e 4 - Período Vargas,

de 1930 a 1945. A investigação de Montesuma et al. (2006) abrange também em seu escopo temporal: 1 - Período Ceará Populista, de 1945 a 1964; 2 - Período Ceará dos Coronéis, de 1964 a 1987; e 3 - Período Ceará dos Empresários, de 1987 a 2002. Essa periodização também converge com a estabelecida para o Brasil por Escorel e Teixeira (2008) e Escorel (2008), o que reforça a confiabilidade em seu potencial heurístico.

Os trabalhos que sistematizam a racionalidade das práticas de atenção à saúde no Ceará apresentam, em vista disso, como lacuna a ausência de discussão específica sobre a articulação entre seus determinantes tecnológicos, assistenciais e políticos, pois foram conduzidos estritamente sob perspectiva histórica. Questiona-se, então, se é necessário conduzir uma investigação específica ou se os modelos estabelecidos por Paim (2003; 2009) para o Brasil poderiam ser aplicados ao caso cearense.

A reflexão sobre a inserção de Iguatu, município escolhido como caso para ser analisado por esta Tese, no processo de desenvolvimento do capitalismo global, sinaliza elementos para justificar uma resposta afirmativa à pergunta proposta. Constata-se uma condição de tripla periferia: 1 - localiza-se no Brasil periférico em relação aos países desenvolvidos localizados no hemisfério norte; 2 - localiza-se no Ceará, periférico aos estados da região Sudeste do Brasil; e 3 - localiza-se no interior do Estado, periférico à capital, Fortaleza. Depreende-se que é temeroso transpor, de maneira direta, sistematizações que não considerem a singularidade dessa condição periférica tríplice em relação, inclusive, aos centros produtores dessas mesmas sistematizações.

Considerando as singularidades da formação histórica do Ceará, é possível estabelecer algumas hipóteses operacionais sobre o modo como as inovações tecnológicas, organizacionais e políticas no campo da saúde são incorporadas: 1 - retardatário, por exemplo, a construção da primeira Santa Casa do Ceará foi iniciada em 1847, a de Santos-SP foi fundada em 1543 (BARBOSA, 1994); 2 - distorcido, por exemplo, o sucesso da vacinação para varíola, dependeu de iniciativa e ativismo do grupo liderado por Rodolfo Teófilo, que foi combatido pelo Estado, representado por Nogueira Acioly, enquanto no Rio de Janeiro, a Revolta da Vacina sinalizava a importância atribuída pelo Estado ao combate a essa doença transmissível, com reação negativa da população (BARBOSA, 1994); e 3 - precário,

por exemplo, a Reforma Pelon, que reorganizou, em 1933, os serviços de saúde pública segundo as recomendações do Estado Novo, instalou um Centro de Saúde em Fortaleza e Postos de Higiene fixos e itinerantes em Aracati, Quixadá, Juazeiro e Sobral (BARBOSA,1994), na reforma similar realizada em São Paulo, apenas em 1938, foi destinada verba para construção de onze centros de saúde na Capital (MERHY, 1992).

O potencial heurístico dessas hipóteses pode ser avaliado, ainda que de modo parcial, retomando-se a lógica do estudo de caso de Iguatu. A elaboração dessa análise da racionalidade das práticas de atenção à saúde articula o conhecimento produzido sobre as relações entre seus determinantes tecnológicos, assistenciais e organizacionais com uma perspectiva histórica que se apropria da categoria gramsciana bloco histórico. Essa escolha é similar à do estudo historiográfico de Montesuma et al. (2006) e dialoga com os estudos de Paim (2003; 2009) que utilizam a categoria hegemonia, também gramsciana.

Portelli (2002) rastreia o desenvolvimento da categoria bloco histórico na obra de Antônio Gramsci. A distinção entre sociedade política e sociedade civil é a base para a análise da construção da hegemonia no Estado. O bloco histórico estuda o vínculo orgânico entre estrutura e superestrutura. Essa proposta de análise enfoca a construção da hegemonia por meio da relação entre a direção cultural e moral de uma sociedade e a direção política, portanto complementando a posição marxista tradicional de atribuir às mudanças estruturais à capacidade, quase esquemática, de determinação da superestrutura. O foco é ampliado para a expressão concreta do vínculo orgânico entre estrutura e superestrutura no grupo social dos intelectuais e sua atuação na construção da hegemonia.

Uma condição necessária para a discussão das políticas de saúde articuladas a seu contexto histórico é a disponibilidade de estudos historiográficos sobre esse contexto. No caso de Iguatu, Nogueira (1985) elaborou um estudo crítico sobre a história do município, desde a colonização até o início da década de 1960. Esse foi outro bom encontro na elaboração desta Tese, pois não é comum que a história de municípios do interior cearense seja objeto de estudos densos como o realizado pelo intelectual igatuense Alcântara Nogueira, referência nacional na discussão sobre o pensamento de Spinoza. A existência dessa fonte secundária foi indispensável para a elaboração da sistematização da história das políticas de saúde

no município, pois o uso de fontes primárias estaria além do escopo desta Tese e da capacidade técnica de seu autor.

4.1.1 Do final do século XVII, início da colonização portuguesa, à 1854, assinatura do contrato para construção do cemitério

A colonização portuguesa da região em que o Estado do Ceará é localizado atualmente ocorreu, em comparação com o restante da região Nordeste brasileira, de modo vagaroso e tardio. A partir de 1603, o interesse em defender o território da ocupação estrangeira, principalmente francesa, fomentou a edificação de fortificações na zona costeira. As correntes marítimas adversas, o clima semiárido agravado por secas periódicas, os indígenas combativos e, principalmente, a ausência de produtos coloniais lucrativos foram fatores que inibiram o avanço rápido do processo de ocupação.

Após a segunda metade do século XVII, a ocupação territorial cearense seguiu a trilha dos rebanhos de gado, atividade de suporte para a lavoura canavieira da zona da mata nordestina. Os cursos dos rios Jaguaribe e Acaraú destacam-se como áreas importantes de produção pecuária. A ocupação do território em que se localiza o atual município de Iguatu, localizado na bacia do alto Jaguaribe, seguiu esse padrão, podendo ser circunscrita ao final do século XVII por meio das datas das sesmarias que regularizam a posse das fazendas para criação bovina (NOGUEIRA, 1985).

A doação de sesmarias pelo governo da metrópole lançava as bases do latifúndio como unidade produtiva rural. Essas terras, contudo, não eram desabitadas. As principais alternativas portuguesas para eliminar as populações indígenas da região foram o extermínio sistemático por meio das “guerras justas”, o confinamento em aldeamentos missionários e a expulsão para áreas remotas. Salienta-se que um dos critérios para a distribuição de sesmarias era o empenho no combate aos indígenas. O esforço da Igreja para legitimar, no campo ideológico, as atrocidades cometidas foi contínuo (PINHEIRO, 2000). Os indígenas que habitavam o território de Iguatu eram, predominantemente, Quixelôs e foram combatidos violentamente pelos colonizadores. Os remanescentes do extermínio foram aldeados na Missão da

Telha, por volta de 1720, pacificação e catequese foram os eufemismos utilizados pela Igreja para justificar essa dominação violenta (NOGUEIRA, 1985).

A povoação que se desenvolveu nas proximidades da Missão da Telha permaneceu, durante o século XVIII, sob responsabilidade administrativa de Icó, onde residiam os donos das fazendas e sítios, que administravam à distância suas propriedades no território atual de Iguatu. A mão de obra escrava não era numerosa, sendo o trabalho na lavoura e na criação de gado, predominantemente, realizado por “moradores” ou trabalhadores diaristas. No entanto, a exploração da força de trabalho era intensa e suas condições de vida garantiam apenas a subsistência. No início do século XIX, ainda sem autonomia administrativa, o povoamento da Telha avança de modo relativamente rápido. A presença de lagoas e terras disponíveis para ocupação foram fatores de atração de população. Sinaliza a independência local a separação da Freguesia da Telha, sob invocação de Senhora Sant’Ana, da Freguesia de São Mateus, em 1831. Por volta de 1830, a povoação conta com juiz de paz e vigário; em 1845, com subdelegado de polícia, escrivães e oficiais de justiça. De modo paralelo ao desenvolvimento econômico, os proprietários buscam oportunidades de explorar a administração pública como atividade de suporte aos seus interesses pessoais, pois, o desmembramento em relação ao município Icó desenha-se como um empreendimento mais direcionado ao interesse privado que ao público, considerando as disputas locais pelo poder entre os grupos políticos liderados pelos latifundiários (NOGUEIRA, 1985).

Em síntese, a atuação do Estado nesse período resumiu-se a apoiar o extermínio do indígena, a registrar a posse das terras pelos colonizadores, a recolher impostos e a tentar mediar legalmente as disputas entre os proprietários, geralmente relacionadas a direitos de propriedade. A atuação privada em relação à saúde resumiu-se a cuidados individuais por meio de práticas tradicionais. Os médicos no Ceará eram escassos e não há registro de sua presença, nesse período, na região estudada.

4.1.2 De 1854, assinatura do contrato para construção do cemitério, até 1924, início da construção do Hospital Santo Antônio dos Pobres de Iguatu

A Vila da Telha foi desmembrada do Icó, em 1851, mas sua inauguração ocorreu apenas em 1853. A primeira obra importante foi iniciada em 1854, com a assinatura de contrato para a construção do cemitério. O construtor deveria edificá-lo em dezoito meses, sob pena de multa. A obra atrasou pelo menos mais um ano para ser entregue e a multa não foi cobrada (NOGUEIRA, 1985). Essa foi a primeira intervenção do Estado direcionada à saúde coletiva e é convergente com as primeiras medidas adotadas no final do século XVIII na Europa, especialmente se considerada a França e sua preocupação com a Medicina das Cidades, mas essa convergência é apenas na forma.

Retomando Foucault (1984), observa-se que a Medicina Social francesa enfoca a urbanização e as suas consequências, especialmente, o que foi caracterizado pelo autor como o medo urbano, medo dos amontoados de corpos vivos nas oficinas e fábricas, de corpos moribundos nos hospitais e de corpos mortos nos cemitérios. A resposta para essa situação foi o desenvolvimento de um saber e de um poder capaz de analisar, controlar e organizar o espaço urbano. Portanto, direcionando seu foco para a distribuição e circulação de pessoas e coisas, inclusive entrando em confronto com a propriedade privada. O controle do Estado estendeu-se, por exemplo, ao subsolo – minas, caves e porões –, aos cemitérios, aos ossuários e aos matadouros. Machado et al. (1978) situa o processo de socialização da Medicina no Brasil no decorrer do século XIX, portanto retardatário em relação à Europa. É nesse período que o objeto da Medicina brasileira é deslocado da cura para a prevenção, o espectro de ação médica é alargado para tudo que possa ser fonte de doença, o meio físico, a conduta moral, os hábitos de higiene. A Medicina luta pela medicalização da sociedade e auxilia o Estado a exercer seu poder.

Examinando outras ações direcionadas à saúde coletiva realizadas em Iguatu, pelo Estado, verifica-se que em 1866 é assinado contrato para construção do mercado público e açougue. O prédio deveria ser construído por particular, que teria direito de explorá-lo por vinte e dois anos, cobrando taxas dos comerciantes instalados nele. Após esse período, o privilégio seria transferido para a Câmara Municipal, sua proprietária. Inaugurado e utilizado a partir de 1870, em 1881 já era condenado por

não atender mais às condições necessárias para seu funcionamento. Em 1881, foi assinado novo contrato para a construção do novo mercado público e açougue. O privilégio dos construtores foi fixado em quarenta anos. O contrato, claramente, visava privilegiar os construtores – correligionários do Cel. Belisário Cícero Alexandrino, poderoso chefe político local nesse período –, pois centralizava a venda dos produtos da feira no mercado e cobrava taxas dos vendedores. A inauguração do prédio ocorreu em 1888 e pode ser considerada a principal realização municipal do século XIX (NOGUEIRA, 1985). Não se pode atribuir, portanto, a essa iniciativa, o rótulo de medicalização da cidade, transpondo diretamente o pensamento de Foucault (1984). Não se nega que exista um poder em ação, mas esse não é o poder que buscava controlar, por meio de um saber estruturado que justificava intervenções normativas, os corpos dos operários e indigentes parisienses, mas o poder que buscava extorquir, por meio de privilégios paroquiais e taxas, os sertanejos cearenses.

A primeira epidemia descrita em Iguatu ocorreu em abril de 1862. Nesse ano, a cólera atacou muitas localidades da Província do Ceará, matando cerca de 13.000 pessoas. Na Telha, faleceram até o começo de julho, pelo menos, 54 pessoas. Considerando todo o termo, o número dos acometidos pela doença ultrapassou os dois mil e os mortos chegaram a 459. Não há relatos de intervenções da administração pública, exceto pela fuga do vigário e do coadjutor, que deixaram os moribundos sem assistência espiritual, sendo necessário solicitar a presença do vigário de Icó para essa tarefa. Há relatos de que epidemia de varíola 1878 visitou a Telha. O Governo da Província tomou medidas de controle, mas não há descrição sobre quais foram essas medidas. Como resultado, poucos foram os óbitos atribuídos a essa doença. Nesse mesmo ano, o Cel. Belisário obteve da Junta de Higiene do Rio de Janeiro licença para instalar uma botica. O “quartel-general” de suas atividades políticas localizava-se na calçada do estabelecimento. Seu adversário político, Celso Lima Verde, inaugurou sua botica em 1879, sua calçada era o ponto de reunião do “estado-maior” da oposição (NOGUEIRA, 1985).

Na transição do século XIX para o XX, a despeito da Vila da Telha ter sido elevada à categoria de cidade em 1874, de ter seu nome modificado para Iguatu em 1883 e do Brasil ter se tornado uma República em 1889, constata-se que as medidas relacionadas à saúde coletiva continuavam incipientes e erráticas, atendendo muito

mais a conveniências subalternas que a mecanismos de controle medicalizadores. No balanço feito por Nogueira (1985), Iguatu:

continuava, posso dizer, abandonado: não havia serviço de limpeza pública, o mercado e o açougue sem fiscalização alguma, entregues à esperteza dos fiscais, que só procuravam tirar vantagens pessoais, o que se vendia nas ruas ou praças, para consumo do povo em geral, não obedecia a nenhum preceito rudimentar de higiene, a começar pelo fornecimento do leite; a instrução pública (primária, naturalmente) era uma nota vergonhosa; e, enfim, para não ir adiante, a luz estava reduzida aos dois lampiões do patamar da Igreja, que o vigário Raimundo Hermes Monteiro oferecera em 1893 (NOGUEIRA, 1985, p. 142).

No início do século XX, são assinados contratos de construção e exploração de mercados e açougues em duas localidades do município, Lajes, em 1908, e Suçuarana, em 1911. Mesmo ano da inauguração do matadouro público em Iguatu. Segue-se o mesmo padrão, os interesses privados de cobrança de taxas são os direcionadores dessas medidas sanitárias (NOGUEIRA, 1985).

Um contraponto, com tintas anacrônicas, poderia ser elaborado alegando-se que a ausência de apoio político da administração estadual ou a carência de recursos financeiros seriam os responsáveis pelo atraso e omissão no movimento de socialização da Medicina. Nogueira (1985) aponta que o Cel. Belisário contava com apoio e amizade de Nogueira Acióli, Presidente Estadual, seu poder político era amplo, sendo capaz, inclusive, de determinar a modificação do trajeto da estrada de ferro de Fortaleza-Cariri para que os trilhos passassem por Iguatu, ou seja, tornando necessária a edificação de uma ponte metálica de grande extensão sobre o Jaguaribe e, conseqüentemente, elevando os custos da construção da ferrovia. Quanto à carência de recursos financeiros, o orçamento de 1894, que pode ser utilizado como exemplo, mostra equilíbrio entre receitas e despesas, ambas têm o valor de sete contos, novecentos e setenta e seis mil réis. Destes, são destinados trinta mil réis ao “Saniamento da Cidade”. A dimensão dessa quantia pode ser avaliada comparando-a ao salário do porteiro da Câmara, cento e vinte mil réis.

Outro contraponto seria a ausência do saber que subsidiasse o poder necessário para a intervenção medicalizadora. Segundo Nogueira (1985), o primeiro médico prefeito de Iguatu, Manuel Batista de Oliveira, foi nomeado em 1917 e permaneceu no cargo até 1919. Esse foi o primeiro prefeito do município que não era político e não possuía nenhuma experiência no cargo, embora tenha se destacado

por sua atuação clínica e nos cuidados dispensados às vítimas da epidemia de varíola que acompanhou a seca de 1915. Iguatu era a última estação da estrada de ferro, portanto se tornava um ponto central para a reunião e embarque dos flagelados da estiagem em direção à Fortaleza. Embora o Prefeito contasse com apoio político do Presidente do Estado e tivesse concluído seus estudos na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1904, sendo assim não seria de modo algum leigo sobre as discussões a respeito da Higiene, não tomou medidas para o avanço das condições sanitárias do município, nesse campo, suas ações resumiram-se a manter a coleta de lixo por carroça, que foi instituída em 1912, e calçar algumas ruas. O mercado público e o matadouro permaneciam em péssimas condições de higiene.

Em síntese, as ações direcionadas à saúde coletiva nesse período não se constituem como um saber e poder articulados para o controle da sociedade. Alguns marcos da intervenção da Medicina Social, cemitério, mercado público, matadouro, são incorporados ao repertório de ações da Administração Municipal, mas com finalidade diferente daquela descrita por Foucault (1984) em Paris ou Machado et al. (1978) no Rio de Janeiro. Aqui, o objetivo mais relevante é a utilização desses instrumentos para atender interesses privados mediados pelo clientelismo político. No campo da clínica, as boticas do Cel. Belisário e de Celso Lima Verde, e as rodas de discussão entre os correligionários em suas calçadas, sinalizam possibilidade de utilização desses estabelecimentos de saúde com finalidades políticas e eleitorais, embora Nogueira (1985) não explicita esse fato. Provavelmente, pelo fato de os igatuenses habilitados legalmente como eleitores serem poucos e a escolha dos candidatos levar em conta relações de dependência com algum dos grupos políticos instituídos, sendo o papel de distribuição de benefícios relacionados à saúde, nesse período histórico, mais uma potencialidade do que uma realidade. Quanto aos dois médicos do município, ambos foram reconhecidos como clínicos competentes e ambos foram prefeitos, mas a atuação de Manuel Carlos Gouveia traz características que o situam no próximo período significativo dessa discussão.

4.1.3 De 1924, início da construção do Hospital Santo Antônio dos Pobres de Iguatu, até 1988, implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde

Esse período histórico coincide com a consolidação da atividade algodoeira em Iguatu. A partir da década de 1920, ocorre crescimento consistente da produção, instalação de indústrias para seu beneficiamento, atração de atividades associadas como comércio e serviços financeiros e crescimento da população municipal. O papel de destaque da atividade algodoeira de Iguatu na economia cearense segue até o final da década de 1970, quando se inicia a crise e a decadência da produção algodoeira no Ceará, com efeitos mais evidentes em Iguatu na metade da década de 1980, quando o cultivo em larga escala é suprimido (LIMA, 2011).

A posição de destaque de Iguatu na produção do algodão em nível estadual atraiu, ainda no início do século XX, os primeiros estabelecimentos industriais da região, direcionados para o beneficiamento do algodão e para a extração de óleo de suas sementes. Consequentemente, o comércio e os serviços bancários também se desenvolveram desde as primeiras décadas do século XX. Em 1923, existiam cerca de quarenta lojas, um cineteatro com 400 lugares, cinco escolas privadas, nove fábricas e uma usina no município. Nesse mesmo ano, foi instalada a rede de distribuição de energia elétrica produzida por meio de gerador a óleo diesel e a iluminação pública substituiu o acetileno por eletricidade. A população municipal ultrapassava os 30 mil habitantes, sendo seis mil na zona urbana (NOGUEIRA, 1985).

Manuel Carlos de Gouvêa iniciou, em 1923, uma campanha pela construção do Hospital Santo Antônio dos Pobres de Iguatu - HSAPI, o primeiro do município. Carlos de Gouvêa nasceu em Aracaju, passou a infância e a adolescência em Fortaleza e formou-se em Medicina em Salvador. Deslocou-se para Iguatu por considerar que, por sua localização geográfica, essa seria “a cidade de futuro do Ceará”. Chegou ao município em 1920 sem recursos financeiros expressivos e iniciou sua atividade clínica na Farmácia Central. Não era natural da região, mas seria sempre considerado um forasteiro por seus adversários políticos. A construção do HSAPI, iniciada em 1924, foi custeada por donativos de entidades privadas e públicas, principalmente o Governo do Estado e a Inspetoria Federal de Obras Contra as Secas, e o início de seu funcionamento ocorreu na década de 1930 (NOGUEIRA, 1985).

As eleições de 1926 caracterizam-se pela disputa entre Carlos de Gouvêa e Otaviano Jaime de Alencar Benevides, industrial local, considerado um homem rico e dotado de amplo círculo de relações políticas. Por outro lado, Carlos de Gouvêa era aliado do Prefeito José Ferreira Pinto Mendonça e de Pedro Gomes de Araújo, conhecido como Pedroca, fazendeiro, homem considerado rico, mas também valente nas armas. O processo eleitoral foi conturbado por fraudes e violência, mas Carlos de Gouvêa conseguiu vencer a disputa no Tribunal de Justiça e Otaviano Benevides foi considerado inelegível (NOGUEIRA, 1985).

A preocupação com a administração da cidade torna-se central na gestão de Carlos de Gouvêa, diferente de seus antecessores, que tinham como prioridade o uso da máquina pública para obterem benefícios privados. Observa-se uma mudança de postura quanto à sua condução, que deixa de ser apenas movida por interesses políticos. De outra forma, o prefeito era reconhecido como autoritário e centralizador, portanto sua postura política assemelhava-se à de seus antecessores, especialmente em relação aos vereadores, que se mantinham submissos a suas ordens. A cidade passa por um processo de ordenamento e embelezamento em sua primeira gestão. O controle da higiene e da circulação dos produtos comercializados são definidos legalmente como os objetivos do Mercado Público e do Matadouro, que se tornam alvo de fiscalização municipal e deixam de ser apenas instrumentos de cobrança de taxas apropriadas por particulares. Becos, travessas, lagoas, barreiros ou pequenos açudes que considerados inconvenientes ao trânsito ou prejudiciais à saúde pública são drenados ou aterrados. A coleta pública de lixo por caminhão é efetivada. Cemitérios são construídos nos Distritos de Suçuarana e de José de Alencar (NOGUEIRA, 1985). Portanto, às vésperas da Revolução de 1930 e concomitantemente à expansão da atividade algodoeira, inicia-se o processo de socialização da Medicina em Iguatu, com sua preocupação de controlar corpos e coisas.

Carlos de Gouvêa é destituído em 1930 e Antônio Gonçalves de Carvalho, cirurgião-dentista, ligado ao grupo de Otaviano Benevides assume a Prefeitura. Nesse momento, os adversários do ex-prefeito já consideravam que o HSAPI era uma “arma política” importante, pois gerava um sentimento popular positivo em relação a Carlos de Gouvêa, embora grande parte da população mais pobre não atingisse os requisitos necessários para ser eleitor. Em 1931, a Administração Municipal pleiteou

um posto profilático, mas não foi atendida pelo governo estadual. Carlos de Gouvêa retorna ao governo municipal em 1935 e permanece até 1945, nesse período direciona sua administração para a implantação do ensino público municipal, inaugura dez prédios com essa finalidade, inclusive na zona rural. Também constrói um matadouro novo e poços públicos (NOGUEIRA, 1985).

De 1945 a 1960, a disputa política municipal concentra-se entre a União Democrática Nacional - UDN e o Partido Social Democrático - PSD. Foram prefeitos pela UDN, Péricles Gomes de Araújo (1945-1947), José Mendonça Neto (1948-1951 e 1955-1958) e Agenor Gomes de Araújo (1951-1955), os dois últimos, médicos. O único prefeito eleito pelo PSD foi Carlos de Gouvêa em 1958, que venceu Agenor de Araújo. No campo da saúde, destaca-se a inauguração da Casa de Saúde e Maternidade Santa Terezinha, em 1956, essa instituição foi construída com o apoio dos deputados Paulo Sarasate e Adahil Barreto e seus principais médicos, Agenor de Araújo e Mendonça Neto, foram prefeitos de Iguatu no período (NOGUEIRA, 1985). Essa instituição é, atualmente, denominada Hospital e Maternidade Agenor Araújo - HMAA.

Lima (2011) aponta que a estruturação territorial de Iguatu, desde o século XVII até o início do século XX, não engendrou uma acumulação de capital excedente necessária para iniciar um processo de industrialização ou de implantação de infraestrutura urbana. De outro modo, foi essencial para estruturar: “um espaço cujos agentes, relações e estruturas (políticas, econômicas e culturais), favoreceriam o despontar de uma acumulação a partir da cultura algodoeira, sendo esta uma continuidade-ruptura na vida do município” (LIMA, 2011, p. 118). Essa continuidade emerge de modo paradigmático na persistência do poder político e econômico das mesmas famílias do período anterior, existindo laços familiares entre os chefes políticos e os grandes produtores, industriais beneficiadores e corretores de algodão. Por exemplo, ainda seguindo a análise de Lima (2011), José Ferreira Pinto de Mendonça foi pioneiro no processo de descaroçar algodão ainda em 1913. A ruptura se daria na criação da mais-valia, acumulação de capital e criação do proletariado, modificando as relações tradicionais de produção, mas sem substituí-las totalmente.

Ainda segundo Lima (2011), a produção de algodão em Iguatu não se restringia a grandes latifúndios, sendo desenvolvida principalmente por meio do sistema de parcerias e em consórcio com culturas de subsistência, que forneciam o

substrato para reprodução da força de trabalho e permitiam que o preço do algodão e, conseqüentemente, do trabalho dos agricultores fosse mínimo. Essa estrutura de produção acoplava-se de modo coerente e eficiente com o capital financeiro internacional para a exploração dos trabalhadores e a sustentação das elites locais.

O regime autoritário, resultante do Golpe de 1964, no campo da atenção à saúde, consolidou a separação entre as ações curativas e preventivas. A unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, em 1966, e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, em 1977, buscaram garantir a assistência médica aos trabalhadores formais por meio de contratação privada de serviços de saúde (ESCOREL, 2008). Dessa maneira, ocorrendo um estímulo à prática médica orientada pelo lucro e ao desenvolvimento de quatro grandes lógicas do capital: indústria farmacêutica, indústria de equipamentos, planos de saúde e serviços de saúde, como as emergências e os hospitais (CORDEIRO, 1980).

No caso específico do Iguatu, os desdobramentos da lógica do capital em saúde foram tímidos. Nesse período não foram construídos hospitais particulares, a assistência foi prestada pelas duas instituições filantrópicas criadas no período, HSAPI e HMAA, cada uma delas vinculada a um grupo político local e ambas vendendo serviço para o INAMPS. Os consultórios médicos e os pequenos laboratórios ampliaram-se, também, vendendo serviço para o INAMPS. A quantidade de farmácias no município cresceu, mas esses empreendimentos continuaram sendo pequenas empresas administradas por farmacêuticos.

Na década de 1970, o Governo do Estado inaugura no município um equipamento de saúde que seguia o modelo dos centros de saúde norte-americanos, unificando em sua estrutura assistência ambulatorial restrita aos programas de saúde, laboratório regional de análises clínicas e setor responsável pela coordenação das ações sanitárias regionais. A lógica programática ampliou o acesso da população, mas apenas de acordo com patologias – hanseníase, tuberculose – ou condições – gestação, infância – específicas. Esse órgão, a Delegacia Regional de Saúde modificou seu nome para Diretoria e depois Coordenadoria Regional de Saúde - CRES, mas manteve suas atribuições. De modo paralelo, o ambulatório do INAMPS implantado no município realizava a assistência curativa, com acesso restrito aos trabalhadores formais e longas filas de espera. Os atendimentos de urgência e

emergência eram realizados pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência - SAMDU, caso existisse necessidade de internamento, os pacientes eram encaminhados a um dos dois hospitais do município.

Na década de 1980, a crise do algodão produz recessão econômica no município. Embora, ainda no final da década de 1970, a cultura de variedades de algodão herbáceo se mostrasse como opção lucrativa. Lima (2011) analisa que o discurso oficial atribui a crise à praga do “bicudo”, à perda de qualidade do produto pela junção de espécies diferentes e às sucessivas secas que assolaram o Ceará. Mas é necessário considerar outros fatores, como o crescimento da participação de fios têxteis sintéticos no mercado mundial, as oscilações do preço do algodão e, no contexto cearense, o processo de transição de um período agroexportador para um período mais direcionado à industrialização. A implantação de empresas para industrializar fios têxteis no Ceará, a partir da década de 1970, apresenta uma relação com a diminuição do cultivo do algodão:

É justamente no período em que a indústria têxtil ganha ascensão que a produção no Ceará tem diminuição drástica, quase desaparecendo seu cultivo no Estado. Este fato nos leva a acreditar que comprar algodão beneficiado em outros Estados e industrializar no Ceará se tornava uma estratégia mais lucrativa para o setor têxtil (LIMA, 2011, p. 202).

A crise do algodão modifica o perfil econômico do município, que encontra no setor terciário um substituto para atividade algodoeira como sua principal atividade econômica. Os agricultores buscam alternativas como a produção de leite e o cultivo de arroz e de frutas, como banana e goiaba. Alguns projetos de irrigação são desenvolvidos, mas a agropecuária no município é substituída pelo comércio e pelos serviços, dentre eles destaca-se a oferta de serviços de saúde privados. No entanto, o cenário de crise agrava a dependência da população em relação ao poder público, tanto para prestação de serviços públicos quanto como possibilidade de emprego, fortalecendo o secular clientelismo e fisiologismo.

No caso específico da saúde, os servidores da SMS relatam que era comum, na década de 1980, a contratação de funcionários apenas para fornecer a essas pessoas a “carteirinha do INAMPS”. Desses servidores não era exigido que trabalhassem, nem era pago salário. Essa distribuição de empregos era uma maneira de garantir o acesso a serviços de saúde e obter apoio político. A proximidade entre distribuição de favores e benefícios relacionados à saúde e à disputa por apoio político

avança nesse momento de crise econômica. Na segunda metade da década de 1980, a Fundação Monsenhor Coelho, entidade filantrópica ligada à família Alencar, oferece serviços de saúde gratuitos substituindo o SAMDU, o que resultou em crescimento do prestígio político do Deputado Erasmo Alencar.

Na primeira metade do século XX, a socialização da Medicina acompanha o crescimento da atividade algodoeira. Existe uma relação entre a consolidação e modificação de objetivo das ações coletivas de saúde e o desenvolvimento de novas relações de produção, que permitiram a acumulação de capital, parcialmente, investido na urbanização e saneamento da cidade. Na segunda metade do século XX, a oferta de ações individuais de saúde cresce de modo consistente. A intervenção estatal por meio de ações preventivas e curativas segue a lógica dicotômica característica do período. A despeito das críticas, a mera presença de serviços públicos de assistência à saúde, ainda que fragmentados e com acesso restrito, representa um grande avanço em relação ao período anterior. A saúde não era compreendida apenas como mercadoria ou caridade, mas também como favor ou benefício, que exigia a gratidão e o apoio do eleitor. O aparelhamento partidário das instituições de saúde era corriqueiro, incluindo em seu corpo clínico médicos correligionários dos chefes políticos locais, com potencial para se tornarem, também, lideranças políticas. A organização dos serviços de saúde em Iguatu nesse período assemelha-se à descrição de Foucault (1984) sobre a medicina dos pobres, da força de trabalho e dos operários quanto à sua forma:

[...] três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais com a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava a quem tinha meios para pagá-la (FOUCAULT, 1984, p. 97.)

Mas apresenta objetivos complementares aos descritos pelo autor francês: “uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas (FOUCAULT, 1984, p. 97)”. Pois agrega a circulação de favores e a retribuição de apoio político como elementos de controle impostos às classes mais pobres. Os mecanismos de controle não se restringem, portanto, a garantir aptidão para o trabalho e restrição de anseios emancipatórios, mas obediência a um sistema que liga

as classes pobres às classes ricas por meio de relações de gratidão e submissão com forte apelo moral.

Por outro lado, o Governo do Estado desenvolveu a experiência de implantação de novos arranjos do processo de trabalho em saúde, como as visitadoras sanitárias e os orientadores de saúde e saneamento, que buscaram ampliar o escopo de ações do centro de saúde e ensaiaram uma maior inserção na comunidade. De certo modo, anunciando novas perspectivas para a gestão e o cuidado em saúde.

4.1.4 De 1988, implantação do Programa Agentes Comunitários de Saúde até a atualidade

O setor de serviços e o comércio de Iguatu desenvolve-se e o crescimento econômico e populacional é retomado. Sua população atinge 101.386 habitantes em 2015, a maioria (77,4%) concentrando-se na zona urbana. Em 2010, o PIB a preços correntes ultrapassou 760 milhões de reais. O setor de serviços contribuiu com 69,95% desse valor, seguido pela indústria (14,30%) e agropecuária (3,92%). O PIB *per capita* foi de 7.906,82 reais. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 2010 foi 0,677. Em relação aos dados de 1991 (0,394) e 2000 (0,546), o indicador elevou-se do estrato muito baixo para o médio (IBGE, 2016).

O fim do ciclo do algodão coincide com o processo de redemocratização e com o esforço civilizatório de garantia dos direitos sociais da população brasileira. A implantação do SUS em Iguatu tem como marco inicial o PACS, uma iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde durante a gestão do Dr. Carlile Lavor, que fora responsável pela Delegacia Regional de Saúde de Iguatu quando ocorreram as experiências com as visitadoras sanitárias e os orientadores de saúde e saneamento.

Segundo Tendler (1998), a mortalidade infantil no Ceará em 1987, ano anterior ao início do PACS, era de 102/1.000, o dobro do registrado para o país. Os demais indicadores de saúde do Estado também eram bastante insatisfatórios, sendo equivalentes aos piores da América Latina. A assistência à saúde nos pequenos municípios do interior do Ceará se resumia a uma ambulância e a um pequeno estoque de remédios, ambos controlados pelo prefeito, que os distribuía em troca de lealdade política. O Programa surgiu como parte de um programa de geração

emergencial de empregos durante período de seca. O Programa contratava mulheres de baixa renda para desempenhar ações preventivas em saúde, sob supervisão de enfermeiros, nas comunidades em que residiam, com ênfase no aleitamento materno, imunização, acompanhamento do crescimento das crianças e terapia de reidratação oral. A contratação de milhares de pessoas de baixa renda em um contexto historicamente caracterizado pelo clientelismo poderia se transformar em um reforço dessa prática política. Contudo, a organização do Programa, mesclando descentralização da assistência com centralização da seleção e contratação dos agentes de saúde pelo Governo do Estado, permitiu superar esse viés. Outro aliado fundamental foi a fiscalização do trabalho dos agentes realizada pelos indivíduos que não haviam sido selecionados. Cinco anos após o início da operação do Programa, a mortalidade infantil diminuiu para 65/1.000.

A partir de 1988, inicia-se a seleção e o treinamento das mulheres que se tornariam agentes de saúde em Iguatu. O sucesso do PACS na redução da mortalidade infantil é similar ao do restante do Estado. Na primeira metade da década de 1990, ocorre uma aceleração da descentralização da assistência à saúde – coerente com os princípios do SUS e similar ao restante do país – com a implantação pioneira do PSF. A adesão do grupo político hegemônico local ao grupo hegemônico estadual vencedor das eleições de 1986 levou Iguatu a embarcar no “Governo das Mudanças”, uma das consequências foi a construção do primeiro hospital público do município, o HRI, inaugurado em 1994.

Nem a crise do algodão nem a redemocratização nem o “Governo das Mudanças” afastaram as antigas famílias locais do poder político. Por exemplo, dois filhos de Manoel Matias Costa, conhecido como o rei do algodão, foram prefeitos, um deles reelegendo-se. Outro prefeito que se reelegeu durante o período é bisneto de Pedro Gomes de Araújo. Ocorre, portanto, um rodízio no poder, mas ele não deixa de pertencer às mesmas famílias, algumas delas na terceira ou quarta geração de chefes políticos. Destaca-se que novas lideranças políticas são incorporadas à elite local por meio de casamentos, a aliança com os “forasteiros” é firmada na dimensão política e afetiva.

A concepção de saúde como direito não substituiu as concepções de saúde como mercadoria, caridade ou favor político, mas convive, de modo contraditório, com suas antecessoras. No caso do PACS, o Governo do Estado evitou o clientelismo

vulgar, mas usou o sucesso do Programa como publicidade sobre sua capacidade de administração e de seus aliados. No caso do PSF, o Governo do Estado e do município, que mantinham aliança política, consideravam os profissionais de saúde também como agentes políticos, adequando, por exemplo, o perfil dos profissionais escolhidos para atuar em cada comunidade com as opções políticas de seus habitantes e dos próprios profissionais, ainda que de modo velado. O monitoramento feito pelos coordenadores do PSF sobre a satisfação das comunidades não se restringia aos aspectos sanitários e relacionais, acrescentando a satisfação dos interesses políticos das lideranças locais. No caso do HRI, o uso político crônico de sua capacidade assistencial criou um estado permanente de crise, não somente nas relações político-partidárias, mas, principalmente, na situação assistencial, financeira e administrativa. A incorporação de novos serviços de saúde desconsiderou a necessidade de saúde regional, a sustentabilidade financeira e a disponibilidade de profissionais qualificados. O planejamento foi conduzido pelos interesses corporativos e eleitorais, em detrimento dos técnicos assistenciais. A circulação de lideranças políticas e vereadores pelas instalações do HRI chegou ao ponto de se tornar anedótica, bem como sua capacidade de “eleger” os médicos que trabalhavam nessa instituição.

A gestão do HRI foi delegada pela Administração Municipal à FUSPI, instituída pela Lei Municipal n.º 292, de 17 de fevereiro de 1994, que define em seu art. 2º como suas finalidades:

- I – Prestar serviços de atendimento à saúde da população de Iguatu no tratamento médico curativo e preventivo, bem como participar de campanhas educativas e de vacinação promovidas pela Fundação ou por outros órgãos atuantes na área da saúde;
- II – Administrar, gerenciar e manter o patrimônio e os serviços de saúde prestados pelo Hospital Regional de Iguatu, que terá o nome de Hospital Dr. Manuel Batista de Oliveira, utilizando ao mesmo tempo as instalações físicas e equipamentos do referido Hospital para o atendimento médico da população;
- III – Fornecimento, na medida do possível, de medicamentos às pessoas comprovadamente carentes.

A presença do termo “carentes” não foi um lapso do legislador, mas um sinal da sobreposição das diferentes representações sobre a saúde – considerada, ao mesmo tempo, direito, mercadoria, caridade e favor político. O art. 21 da Lei Municipal n.º 292/1994 não deixa dúvidas sobre a divisão do acesso:

O atendimento da Fundação será realizado prioritariamente às pessoas mais carentes, reservando-se um percentual mínimo de 70% (setenta por cento) dos leitos do Hospital Dr. Manuel Batista de Oliveira para atendimento aos pacientes pelo Sistema Único de Saúde – SUS, ficando o restante dos leitos disponíveis para outros pacientes.

O HRI, embora construído após a Lei n.º 8.080/1990 e com recursos públicos, retoma a mistura de interesses públicos e privados, refinando as práticas instituídas durante o século XIX pelo Cel. Cícero Belisário e seus correligionários. O hospital caracterizou-se por uma dupla porta de entrada que recebia pacientes do SUS, dos planos de saúde privados e particulares por desembolso direto, os dois últimos grupos tinham acesso à hotelaria e à assistência de melhor qualidade. Seria possível argumentar que, em 1994, a implantação do SUS ainda era um fato recente e que não se tinha clareza sobre a dimensão que esse sistema de saúde iria adquirir. A Lei Municipal n.º 1.605, de 15 de dezembro de 2011, desmonta esses argumentos ao acrescentar o art. 20-A à Lei Municipal n.º 292/94: “A Fundação de Saúde Pública do Município, poderá celebrar contratos, parcerias público-privadas e convênios com entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos, para execução dos serviços prestados pela Fundação”. O contexto da introdução desse artigo na Lei Municipal original é a tentativa de legitimar a dupla porta de entrada diante de denúncias sobre o duplo faturamento do atendimento dos pacientes, pelo SUS e por planos de saúde ou desembolso direto, envolvendo médicos e funcionários do alto escalão da instituição.

A mistura entre interesses públicos e privados no HRI não se restringiu ao lucro individual de alguns médicos, que utilizavam o hospital para internar e operar “seus pacientes”, e ao aumento do cabedal político dos gestores, que concediam a seus aliados o privilégio de serem internados nos “apartamentos” individuais, evitando o contato com as “pessoas mais carentes” das enfermarias coletivas. As decisões sobre as políticas de saúde também eram influenciadas pela perspectiva do mercado. A implantação de um serviço de oncologia clínica e cirúrgica, por exemplo, entendido como serviço lucrativo no setor privado, com apenas um cirurgião oncológico, sem sustentação epidemiológica e sem a integração com serviço de radioterapia, resultou em investimento público em instalações físicas do hospital que nunca puderam exercer a finalidade para qual foram projetadas. Destaca-se o papel dos médicos como indutores dessa proposta direcionada para os interesses privados e próprios.

A alternativa foi transformar o centro de oncologia em uma unidade de atendimento semi-intensivo. Esse serviço, implantado sem perfil assistencial definido, sem financiamento específico e sem a disponibilidade de profissionais qualificados, impulsionou a elevação do déficit financeiro do hospital.

O processo de regionalização da atenção à saúde no Ceará, após a experiência pioneira na Microrregião de Baturité no final da década de 1990, avança de modo consistente nos anos 2000. Iguatu consolida sua posição como sede da Microrregião de Saúde e o HRI torna-se hospital polo, de acordo com política instituída pelo Governo do Estado, portanto reforçando seu papel assistencial regional. O centro de saúde estadual é municipalizado e se transforma em um serviço de atendimento especializado que complementa outro ambulatório de especialidades médicas municipal na responsabilidade pela atenção secundária ambulatorial regional. O HMAA e o HSAPI perdem prestígio frente ao HRI e aos três pequenos hospitais privados que são inaugurados no município nesse período. A situação financeira e assistencial do HSAPI se agrava ao sabor das alianças político-partidárias, resultando na perda da condição de instituição filantrópica no final da década de 1990 e no fechamento e desapropriação pelo Governo do Estado nos anos 2000. O HMMA sustenta-se como hospital de retaguarda para as internações do HRI e com algumas internações e cirurgias particulares.

Em 1991, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS da região Nordeste é implantado em Iguatu. Esse foi o primeiro dispositivo de cuidado em saúde mental implantado no município. Até então, os portadores de transtorno mental grave eram encaminhados para os asilos de Fortaleza ou do Crato. A experiência é exitosa e paradigmática das potencialidades da atenção psicossocial territorial em municípios de médio porte para desenvolver cuidado eficiente e ético. Esse serviço é complementado, posteriormente, pelo CAPS Infantil-CAPS i, pelo CAPS para Usuários de Álcool e outras Drogas - CAPS ad, por uma residência terapêutica e por uma Unidade de Acolhimento Infantil. Sinalizando, portanto, avanço na Reforma Psiquiátrica.

A atenção primária expande-se e adquire o papel de coordenadora da atenção com a transformação do PSF em estratégia. A universalização do acesso a esse nível de atenção produz demanda por serviços de atenção secundária superior à capacidade instalada dos serviços ambulatoriais disponíveis tanto em nível local

quanto regional. A resposta do Governo do Estado é a construção da Policlínica Regional de Iguatu, inaugurada em 2014, e a instituição de uma nova proposta de relação interfederativa e de gestão em saúde, o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Iguatu – que também incorpora o Centro de Especialidades Odontológicas municipal. O resultado é a ampliação regional do acesso a consultas e procedimentos secundários e o maior envolvimento dos prefeitos da região com a gestão da saúde.

As duas instâncias interfederativas para regionalização da gestão e da atenção à saúde na Regional de Saúde de Iguatu, a CIR e o Consórcio, têm como objetivo a pactuação das diretrizes e das ações regionais por meio do consenso e da votação, respectivamente. Nas duas instâncias existe uma dificuldade crônica de aplicar a democracia aos processos de decisão, pois os interesses político-partidários dos gestores municipais atravessam – e emperram – os dois colegiados.

A situação de crise do HRI se agrava com a modificação do perfil de morbidade da região. No momento de sua inauguração, no início da década de 1990, sua finalidade era a redução da mortalidade materna e infantil. Atualmente, os acidentes de motocicleta emergem como novo problema de saúde pública, deslocando para a traumatologia a principal demanda assistencial do hospital. Os custos crescem exponencialmente sem aumento significativo do custeio do hospital. Ao mesmo tempo, o Governo Federal financia a construção de uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA no município, ampliando o gasto com custeio e agregando complexidade aos fluxos assistenciais. Uma segunda porta de entrada em urgências e emergências é aberta, as tentativas de organização desses fluxos de acordo com o perfil clínico dos pacientes que deveriam ser atendidos na UPA e no HRI é boicotada e truncada pelos fluxos paralelos que seguem as conveniências de vereadores e lideranças políticas, gerando uma sobreposição de atribuições das duas unidades.

Em síntese, o modelo de sistema de saúde atual tenta articular elementos de diferentes períodos históricos e persiste a incorporação de inovações tecnológicas, organizacionais e políticas de modo retardatário, distorcido e precário. A contradição interna desse modelo, que mistura interesses públicos e privados para oferecer serviços de saúde concebidos simultaneamente como caridade, mercadoria, favor político e direito, é coerente com as contradições de uma sociedade que modernizou sua estrutura produtiva sem modificar sua estrutura política, ou melhor, para não

modificar sua estrutura política. A colonização e aparelhamento do Estado para a manutenção do poder das elites locais, com os devidos agenciamentos regionais e estaduais, apresenta relações com lógicas mais amplas de circulação do excedente de capital acumulado localmente nos mercados financeiros nacional e internacional.

Essas contradições, no caso estudado, são atravessadas por um modo específico de fazer política no interior do Nordeste brasileiro. Suas características, retomando Oliveira (1977) são o fisiologismo, o clientelismo, o autoritarismo e o desrespeito com a coisa pública. Não se pode evitar lembrar que as soluções violentas são parte essencial da formação econômica e social brasileira, e principalmente cearense, conforme apontado por Garcia-Filho e Sampaio (2013). Os mecanismos de consenso, contudo, são aqueles que figuram como mais importantes para a manutenção da ordem nesse cenário específico. Desempenha papel fundamental aqui a ideologia, que, ao lado da coerção, sustentam a hegemonia.

Retomando os estilos de ação política sistematizados por Matus (1996), chimpanzé, Maquiavel e Gandhi, observa-se, no caso estudado, o predomínio do primeiro temperado por algumas características do segundo. Do estilo chimpanzé, encontra-se: 1 - a instrumentalização das relações de poder; 2 - o individualismo, entendido aqui como do grupo político, na luta pelo poder; e 3 - o grande valor atribuído à rivalidade, força, ameaça e agressão como instrumentos políticos para eleição do chefe. Do estilo Maquiavel, identifica-se: 1 - a existência de um projeto social criado pelo chefe e identificado com ele, portanto sua implantação por um chefe diferente é considerada quase impossível; 2 - total subordinação dos meios aos fins; 3 - poder como fonte de privilégios. Não foram identificados elementos do estilo Gandhi, com o poder exercido segundo a lógica do exemplo e do consenso entre líder e liderados.

4.2 Planejamento Municipal em Saúde: a tática entre a estratégia e a participação

“Dois anos depois, o faraó teve um sonho: encontrava-se ele perto do Nilo, de onde saíram sete vacas belas e gordas, que se puseram a pastar a verdura. Mas, eis que saíram em seguida do mesmo Nilo sete outras vacas, feias e magras, que vieram e se puseram ao lado das outras na margem do rio. As vacas feias e magras devoraram as sete vacas belas e gordas. E o faraó despertou.”

Gênesis 41:2-4

Após empreender discussão hermenêutico-crítica sobre a literatura disponível sobre planejamento em saúde, Onocko-Campos (2003) usa a metáfora do retorno de Ulisses para iniciar sua síntese final e apontar pistas para guiar a jornada pelo labirinto do planejamento. O navegador experiente é convocado como guia para anunciar novas possibilidades para desbravar esse campo do conhecimento e da ação.

Não foi apenas o retorno a Ítaca que assegurou fama eterna a Ulisses. Um dos epítetos desse herói é “o de muitos ardis”. Personagem célebre pela astúcia, sugeriu a construção do cavalo de madeira que permitiu a vitória na guerra contra os troianos. Desdobrando essa característica de Ulisses como metáfora para o planejamento, pode-se associar o herói ao uso da tática para superar situações adversas. Presente de grego é expressão que permanece no vocabulário como sinônimo de engodo utilizado de modo tático.

A *métis*, porém, não era exclusividade de Ulisses, Odisseu para os gregos. Enquanto Penélope, sua esposa, esperava o retorno do rei – somente a guerra contra Troia durara dez anos –, um grupo de pretendentes, à rainha e ao trono, acercava o palácio. A pressão por um novo casamento crescia à medida que o retorno do herói parecia mais incerto. Mas Penélope também era ardilosa, prometeu aos pretendentes que escolheria seu favorito após terminar de tecer uma tapeçaria. Todas as noites, a esposa fiel desfazia a trama que havia urdido durante o dia. Essa tática é adotada até o retorno de Odisseu, que se disfarça de mendigo, sempre sagaz, extermina os pretendentes e retoma seu trono e sua rainha.

A metáfora do labirinto é adequada para descrever os diferentes caminhos a que cada uma das correntes teóricas do planejamento em saúde pode levar o pesquisador. A multiplicidade de teorias, métodos, ferramentas e interesses nesse

campo do conhecimento exige um navegador experiente e seguro como Ulisses. Na literatura nacional, encontra-se bons guias em Giovanella (1991), Merhy (1995), Onocko-Campos (2003) e Teixeira (2010), que produziram sistematizações críticas sobre esse tema.

Por outro lado, a metáfora do labirinto descreve a prática do planejamento de modo incompleto. Embora o Minotauro perambule pelo labirinto, pronto para imolar suas vítimas em um arroubo de violência cega, o maior desafio do labirinto é o próprio labirinto, o fio de Ariadne é mais célebre que a espada de Teseu. No labirinto de Creta havia apenas um Minotauro, no do planejamento brasileiro existem muitos. A violência, simbolizada por esse monstro, é um dos vetores fundamentais da história brasileira, emergindo com diversas faces, violência contra o indígena, contra o negro, contra o mestiço, contra o sertanejo, contra a mulher, contra o operário, contra o louco, contra o homossexual, contra o pobre. A implantação e a evolução do modo de produção capitalista são os processos-chave para compreender os aspectos sociais da violência. A transformação do trabalho em mercadoria não é um processo indolor e sem sequelas. A classe dominada busca formas de resistência concreta e simbólica. A classe dominante não receia em responder com mais violência. Os motivos concretos para a violência estão distantes das justificativas oficiais: salvar a alma dos indígenas, combater o fanatismo religioso, defender a família, garantir a ordem. Para o Brasil, talvez, as metáforas mais adequadas seriam planejamento na senzala, planejamento na cadeia ou planejamento nos porões da Ditadura.

A metáfora de Ulisses também não é a mais adequada à prática do planejamento no Brasil. Embora esse herói seja astucioso, tático, também utiliza a violência para vencer seus inimigos, afinal, é um guerreiro e um rei. O herói do planejamento na cadeia seria um “tipo amarelo”, como João Grilo, personagem do *Auto da Compadecida* de Ariano Suassuna. Astúcia temperada com malícia garantem sua sobrevivência em um cenário extremamente adverso, a presença da ameaça e do medo – da fome, doença, peia, miséria, morte – são constantes, a violência não é um recurso à sua disposição, resta a ele valer-se da esperteza. A prática do planejamento, portanto deveria ser direcionada pelos oprimidos, que utilizariam a tática para enfrentar situações instituídas de violência e carência de recursos. Por fim, o auxílio sobrenatural, o “valei-me Nossa Senhora”, pode ser emparelhado com a

atenção e a valorização dos bons encontros, ou seja, do papel do acaso e da contingência no planejamento.

Certeau (2014) identifica nos pintores medievais e renascentistas o desejo de representar a cidade em uma perspectiva jamais vista pelo olho humano. A visão da cidade pelo alto, inventada por eles, também inventou seu panorama, emulação do olho divino em sua onividência totalizadora. A medida humana se aproxima da medida divina no saber e, conseqüentemente, no poder. Esta exposição sobre as práticas de planejamento em Iguatu não segue as regras da Ciência panóptica, mas se aproxima da investigação edipiana, narrativa linear, embora entremeada por alguns *flashbacks*. A narração busca seguir a cronologia dos eventos, compartilhando as inquietações e surpresas do pesquisador e do grupo da ESPI. Não há presunção de atribuir ao pesquisador os caracteres divinos de onividência, onipresença ou onisciência, pois ele conhece – e teme – as conseqüências da *hýbris*.

4.2.1 Crise: a mudança sem ruptura

O grupo da ESPI ainda não estava consolidado afetiva ou programaticamente em outubro de 2013. Não era claro para seus integrantes que se implicariam no processo de planejamento ou de gestão da SMS, pois, até esse momento, sua expectativa seria colaborar com o PRM de Psiquiatria e, no máximo, com outras atividades relacionadas à educação permanente em saúde. A solicitação dos gestores estratégicos para elaboração de um relatório sobre o processo de trabalho e gestão na SMS de Iguatu surpreendeu os integrantes do grupo da ESPI. O *Relatório sobre Processo de Trabalho e Gestão em Saúde: desafios para a integralidade da atenção à saúde em Iguatu* – que será referido como *Relatório*, para evitar confusão com o RAG e com o RDQA – foi a primeira iniciativa do grupo da ESPI relacionada ao planejamento municipal em saúde, embora isso não estivesse claro nem para seus integrantes nem para os gestores estratégicos.

Os gestores estratégicos encomendaram um relatório com formato de auditoria, dessa maneira sua perspectiva deveria ser normativa, mas o grupo da ESPI

não resistiu à tentação de temperá-lo com alguma crítica. O documento apresentou como objetivo descrever as implicações do processo de trabalho e gestão na integralidade da atenção à saúde e teve como instrumentos de investigação entrevistas semiestruturadas, não gravadas, aplicadas a profissionais de nível superior e médio da SMS e observação institucional discreta. O tratamento metodológico do *Relatório* consistiu em uma adaptação e simplificação dos procedimentos utilizados em pesquisa sobre humanização da atenção e gestão em saúde desenvolvida por Sampaio et al. (2014) em três grandes hospitais públicos de Fortaleza – o autor foi bolsista de iniciação científica nesse projeto de pesquisa durante a graduação, portanto possuía familiaridade com esses instrumentos de investigação. Durante uma semana, foram visitados nove serviços de saúde de Iguatu, nos diferentes níveis de atenção, incluindo unidades administrativas, ou seja, sem atendimento direto ao público. Os resultados foram divididos em duas seções, *Processo de Trabalho* e *Processo Gerencial*, cada uma delas dividida em três subseções, *Dimensão Técnica*, *Dimensão Psicossocial* e *Dimensão Organizacional*. Durante as visitas, os integrantes do grupo da ESPI se posicionaram como elementos externos à administração, condição que favoreceu a expressão livre das opiniões dos servidores.

Não ocorreu nenhuma devolutiva específica dos gestores estratégicos sobre o *Relatório*, postura que alarmou os integrantes do grupo da ESPI e que os levou a refletir sobre um possível excesso de críticas ao instituído. O grupo começou a se conceber como grupo durante a elaboração do *Relatório*, a “mistura” entre os médicos de Fortaleza e os servidores de Iguatu tornou-se mais homogênea nessa semana panóptica, que possibilitou aos forasteiros uma imersão intensiva no sistema municipal de saúde.

Os quadros 1, 2 e 3 apresentam os principais resultados do *Relatório*, comparando, para cada dimensão, a posição dos trabalhadores e dos gestores de nível tático.

Quadro 1 – Dimensão técnica do processo de trabalho e gerencial da SMS de Iguatu

Perspectiva dos Trabalhadores	Perspectiva dos Gestores
Dentro da dimensão técnica, os funcionários expressaram diversas queixas relativas à carência de insumos, às condições físicas precárias das instalações e ao acesso a procedimentos especializados. As reclamações são comuns aos trabalhadores de níveis médio e superior. A falta de material é considerada pelos profissionais como problema crítico, que impede a realização dos processos de trabalho de modo organizado e sistemático. Dos funcionários é exigida capacidade de adaptação e, muitas vezes, improvisação. A interrupção das atividades por falta de insumos ou equipamentos danificados é frequente em alguns setores. A assistência farmacêutica é apontada como satisfatória pelos funcionários dos dois estratos. Exceto em situações pontuais, não existe descontinuidade no suprimento de medicamentos da farmácia básica ou de alto custo. [...] Os trabalhadores apontam que, diante de uma demanda sempre crescente, é necessário aumentar a quantidade de profissionais da saúde. Quando questionados sobre a natureza da demanda, os funcionários reconhecem que, além de excessiva, ela é desorganizada. Essa interpretação é comum entre médicos da atenção especializada, um dos profissionais afirmou que 40% dos pacientes atendidos não teriam necessidade de consulta com especialista. O município consegue manter suas equipes de atenção básica com quadro completo, o que indica boa potencialidade e capacidade de reter profissionais. O quadro de especialistas apresenta lacunas. Ajustes de redução de carga horária e manutenção da produção são utilizados para viabilizar a permanência de alguns desses profissionais. O impacto dessa medida na qualidade da atenção não é mensurado. As condições físicas da maioria das instalações são consideradas inadequadas pelos funcionários. [...] As reformas nas unidades angustiam os trabalhadores, que, muitas vezes, não enxergam perspectivas para entrega das obras ou consideram que são insuficientes para atender às suas expectativas.	O discurso dos gestores do nível tático segue o tom do discurso dos trabalhadores. As principais dificuldades para realização de seu trabalho são concentradas em torno da “carência”. Referem falta de insumos, equipamentos e profissionais. As dificuldades inerentes à gestão pública, como a demora na realização do processo de licitação, são apontadas, em perspectiva naturalizada, como principais causas da ineficiência da gestão. A reflexão sobre o processo de trabalho e de gestão é incipiente.

Fonte: Excertos do relatório Processo de Trabalho e Gestão em Saúde: desafios para a integralidade da atenção à saúde em Iguatu.

Quadro 2 – Dimensão psicossocial do processo de trabalho e gerencial da SMS de Iguatu

Perspectiva dos Trabalhadores	Perspectiva dos Gestores
As relações interpessoais com usuários, colegas e gestores são consideradas boas pela grande maioria dos entrevistados dos dois estratos. Os profissionais de nível médio referem que a boa relação com usuários é um dos principais fatores de motivação para desempenharem seu trabalho. As dificuldades relacionais com os pacientes são pontuais e relacionadas a problemas que escapam da competência da equipe, como carência de material. Os profissionais de nível médio apresentam grande empatia com os usuários, pois também são usuários do SUS e sofrem dificuldades de acesso semelhantes. Os profissionais de nível superior, embora muitos não sejam atendidos exclusivamente pelo SUS, também são sensíveis às queixas dos pacientes e compreendem sua reação contundente quanto a filas de espera. As relações com os colegas de trabalho são pautadas por cordialidade e respeito, existe o sentimento da equipe ser uma “grande família”. Os problemas de relacionamento são, muitas vezes, decorrentes da gestão do processo de trabalho. O “colega escorão” aparece repetidas vezes no discurso dos trabalhadores como fator de desmotivação da equipe. Não foram citados problemas de relacionamento devido às diferentes formas de contratação. Os trabalhadores consideram o relacionamento com a administração imediata melhor do que o com a administração superior. O gestor imediato é apresentado como um parceiro, que enfrenta com os trabalhadores as dificuldades do cotidiano. Embora a relação com a administração superior seja também referida como boa, é possível encontrar vozes dissonantes. Alguns servidores criticam a distância e a falta de comunicação clara. Nos dois estratos estudados, as perspectivas de carreira são restritas, independente de modo de contratação. A ausência de um plano de cargos e carreiras desestimula o investimento em qualificação profissional. Os funcionários acreditam estar presos às suas funções, sem possibilidade de ascensão. Para o nível médio, obter um diploma de nível superior, significa, muitas vezes, abandonar o cargo atual e buscar novos desafios.	Os gestores de nível tático qualificam o relacionamento com os colegas de trabalho como bom. A relação com os liderados também é qualificada como boa e existe grande empatia, pois muitos gestores trabalharam diretamente na atenção à saúde. A relação dos gestores com seus líderes também é concebida como boa. Observa-se que o clima institucional é favorável. A insatisfação com salários é comum no nível gerencial. A principal queixa dos trabalhadores é quanto à ausência de gratificação para cargos de gestão. As perspectivas de carreira desses profissionais são heterogêneas. Variando desde o comodismo com a posição atual até o desejo de desempenhar a função de secretário de saúde.

Fonte: Excertos do relatório Processo de Trabalho e Gestão em Saúde: desafios para a integralidade da atenção à saúde em Iguatu.

Quadro 3 – Dimensão organizacional do processo de trabalho e gerencial da SMS de Iguatu

Perspectiva dos Trabalhadores	Perspectiva dos Gestores
Ao conhecer os objetivos da pesquisa, os funcionários focaram seu discurso na equivalência entre quantidade de recursos disponíveis e melhoria da saúde. Entendem recursos como contratação de pessoas e aquisição de equipamentos e insumos. Concebem melhoria da condição de saúde como aumento da quantidade de procedimentos, principalmente individuais. A insatisfação com o valor de salários e benefícios é quase unânime. Os entrevistados reconhecem que Iguatu é um município que mantém suas contas em dia, contudo o salário é inferior ao de municípios vizinhos. Os trabalhadores de nível médio engajados na atenção à saúde ou em funções burocráticas alegam que receber o salário-mínimo, o mesmo de trabalhadores manuais, como serviços gerais, é um importante fator de desmotivação. Essa condição é avaliada como característica da cidade, não apenas da Secretaria de Saúde. Os trabalhadores informam que sem um curso de nível superior é muito difícil receber salário superior ao mínimo no município. O descontentamento com salários é comum entre os profissionais de nível superior. As táticas de reação a essa dificuldade são estabelecidas de acordo com as condições do mercado de serviços de saúde. Muitos médicos se dividem entre inúmeros empregos públicos em diversas cidades da região, atendendo a maior quantidade de pacientes no menor tempo possível. Alguns consideram o emprego público como complementar às atividades que desempenham na iniciativa privada. Os profissionais de outras categorias utilizam essas mesmas táticas, contudo com perspectivas menos positivas, em decorrência do mercado de serviços de saúde. Estudar para concursos públicos estaduais e federais ou tentar um novo curso de graduação são soluções complementares. Os trabalhadores concebem a capacidade de resolver problemas do gestor imediato como restrita a realizar solicitações à administração superior. No discurso dos profissionais, não se observa preocupação com a gestão do processo de trabalho, que se torna burocrático, engessado. Um exemplo são as reuniões de equipe do PSF, as supervisões, onde a maior parte do tempo é dispendida com preenchimento de fichas padronizadas. A equipe compila	Os gestores do nível tático consideram a gestão centralizada. Embora exista possibilidade de diálogo, acreditam que seu poder de decisão individual é muito restrito. A articulação entre as coordenações é baseada mais em afinidades pessoais do que em um processo sistemático de integração. Por exemplo, coordenações organicamente relacionadas, como Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, apresentam pouca interação. A coordenação de Recursos Humanos é sobrecarregada por tarefas burocráticas, que desempenha satisfatoriamente. Contudo, não existe possibilidade de realizar a gestão de pessoas de modo estratégico. Não estão implementadas atividades de captação, desenvolvimento e retenção de pessoas. Não há qualquer tipo de avaliação de desempenho dos funcionários. O controle de frequência é descentralizado para os coordenadores de unidade, gerando dificuldade na gestão do absenteísmo. A influência de padrinhos políticos agrega mais complexidade à situação do absenteísmo. Um ponto positivo da gestão de pessoas no município é o gerenciamento dos atestados médicos, inclusive com validação por perito. O único esforço de avaliação relatado nas entrevistas são os indicadores que alimentam o sistema do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ. Contudo esses indicadores, e a maioria das outras informações em saúde geradas no município, não são utilizados sob uma perspectiva crítica para modificação do processo de trabalho ou de gestão de modo sistemático. O acesso a consultas e exames especializados é organizado pelas coordenações de Marcação e Central de Processamento de Dados-CPD, ambas sobrecarregadas de tarefas burocráticas, portanto sem espaço para ações estratégicas. O processo é descentralizado, realizado nos postos de saúde, em alguns de modo <i>online</i>. Contudo, não se observa esforço para organizar e regular a demanda. As solicitações de consultas e exames não registram a justificativa médica, não há auditoria para liberação dos procedimentos, não existem monitoramento e avaliação das quantidades de procedimentos realizados em relação às necessidades do município. É importante ressaltar a pressão de padrinhos políticos dos usuários para facilitar o acesso de seus afilhados a serviços especializados. O resultado

Perspectiva dos Trabalhadores	Perspectiva dos Gestores
grande quantidade de dados, mas não se apropria deles de modo crítico para melhorar seu processo de trabalho. Os funcionários julgam a capacidade da administração superior em resolver problemas como satisfatória. É comum no discurso dos trabalhadores comparar a situação do SUS em Iguatu com a do restante do país. A saúde é apontada como um grande desafio nacional. Observa-se, em muitos casos, uma atitude de conformismo frente a essa constatação. Alguns profissionais valorizam os gestores como figuras carismáticas, que sempre tomam as decisões mais acertadas. Outros consideram a gestão centralizada e pouco democrática e apontam que, sem discordar do mérito dos gestores, gostariam de ter oportunidade de participar do processo decisório ou, ao menos, de dialogar com o gestor para compreender o motivo de suas deliberações. A reflexão sobre o processo de trabalho não é exercida de modo sistemático. Novas tarefas são justapostas às já desempenhadas, muitas vezes redundando em retrabalho. Exemplo paradigmático é a pesagem das crianças pelos agentes comunitários de saúde, realizada diversas vezes para diversos programas. Essa categoria profissional percebe-se como sobrecarregada por novas tarefas, que ampliaram muito o escopo de suas atribuições, quando comparadas com as da profissão em seu momento de implantação. Os enfermeiros da atenção básica consideram-se sobrecarregados pela necessidade de dividir seu tempo entre gestão e atenção.	desse conjunto de fatores é a desorganização da demanda, resultando em longas filas de espera, dificuldade de planejar a oferta de serviços de saúde e insatisfação de usuários e trabalhadores.

Fonte: Excertos do relatório Processo de Trabalho e Gestão em Saúde: desafios para a integralidade da atenção à saúde em Iguatu.

O discurso dos trabalhadores sobre a dimensão técnica do processo de trabalho, apresentado no Quadro 1, organiza-se em torno de duas categorias, carência e excesso. Carência de recursos internos a SMS como insumos, estrutura física adequada e profissionais. Excesso de usuários em busca de atendimento à saúde. A consequência é expressa também pela carência, mas da prestação de serviços de saúde, dessa forma considera-se necessário mais profissionais e insumos para oferecer mais exames, procedimentos e consultas. Esse discurso é convergente com o dos gestores de nível tático, que descrevem a mesma situação, mas não elaboram proposta para superá-la, apenas para aprofundá-la.

O reconhecimento de que a demanda pelos serviços, principalmente, os especializados, é desorganizada e crescente, não é relacionado aos arranjos informais de adequação, ou melhor, de redução de carga horária dos médicos da atenção primária. Formalmente, todas as eSF estavam completas, mas os médicos não estavam disponíveis integralmente para exercer suas atividades nas unidades de saúde, dividindo sua carga horária com o HRI, clínica privada e serviços de saúde em outros municípios da região. Durante o período que se dedicavam à atenção primária, realizavam exclusivamente atendimento médico ambulatorial, atividade específica da profissão, focada no tratamento das queixas dos usuários. Essa organização de seu cronograma, privilegiando atividades individuais em detrimento das coletivas, foi justificada pela demanda excessiva dos usuários por consultas. Esse foi o consenso dos médicos, demais profissionais e gestores.

O grupo da ESPI identificou nos médicos motivos adicionais para esclarecer sua preferência por realizar apenas consultas: 1 - controle sobre o tempo de cada consulta e sobre o tempo total dispendido na unidade de saúde, permitindo uma redução ainda maior na carga horária; 2 - obter satisfação dos usuários com oferta de procedimentos similares, embora degradados, aos oferecidos nos consultórios privados do município; e 3 - falta de habilidade para realizar ações coletivas de saúde. A responsabilidade pela medicalização do cuidado é compartilhada com a equipe, especialmente o enfermeiro, que “aproveita ao máximo” os momentos em que o médico está na unidade para utilização de sua capacidade de emitir atestados, prescrever medicamentos e solicitar exames e procedimentos. E com os usuários, que demonstram preferência por serem atendidos pelo profissional médico e desqualificam o atendimento dos outros profissionais de saúde, mesmo

quando esse atendimento é de boa qualidade e soluciona suas demandas, essa postura dos usuários é exemplificada por “elogio” relatado por uma enfermeira da atenção primária: “você é uma enfermeira tão boa, bem que você poderia ter estudado um pouquinho mais para ser médica”. A carência de recursos e o excesso de usuários são categorias atravessados por outras dimensões, principalmente a medicalização da saúde e a organização do processo de trabalho centrada na produção de procedimentos, mas nem trabalhadores nem gestores de nível tático enunciaram crítica explícita a essa situação. Sua resposta para o problema está nas táticas para conseguir mais insumos, profissionais e equipamentos.

Nos Quadros 2 e 3, observa-se convergência entre os discursos dos servidores e dos gestores sobre a insatisfação com o valor dos salários e a ausência de perspectivas de carreira, embora reconheçam que não existe atraso nos pagamentos. Esse descontentamento ensejaria a primeira greve geral de servidores da PMI em 2015, discutida posteriormente nesta Tese. Porém, nesse momento, não era possível distinguir uma ação efetiva em defesa de melhores condições de trabalho. Destaca-se que o *Relatório* foi elaborado em outubro de 2013, ou seja, antes do segundo concurso público municipal, que reduziu consideravelmente a quantidade de servidores temporários e favoreceu a organização do movimento dos trabalhadores.

Os relatos de problemas no relacionamento interpessoal com os usuários do SUS são raros e, geralmente, atribuídos às duas categorias que norteiam as dificuldades descritas na dimensão técnica do processo de trabalho, carência de recursos e excesso de usuários. O grupo da ESPI considerou muito positiva a afirmação de que o convívio com os usuários seria um dos principais fatores de motivação no trabalho de alguns dos servidores entrevistados no *Relatório*. Esse discurso emergiu, principalmente, entre os agentes comunitários de saúde com mais tempo de profissão e fortes vínculos afetivos com as comunidades em que vivem e trabalham.

Os servidores de nível médio relataram de modo espontâneo no *Relatório* que são solidários aos usuários do SUS, pois consideram-se também usuários desse sistema. Os servidores de nível superior identificam-se como usuários não exclusivos do SUS, mas também se colocaram a favor de seu fortalecimento por empatia com os usuários. Esse discurso evidenciou um potencial de militância orgânica em defesa do

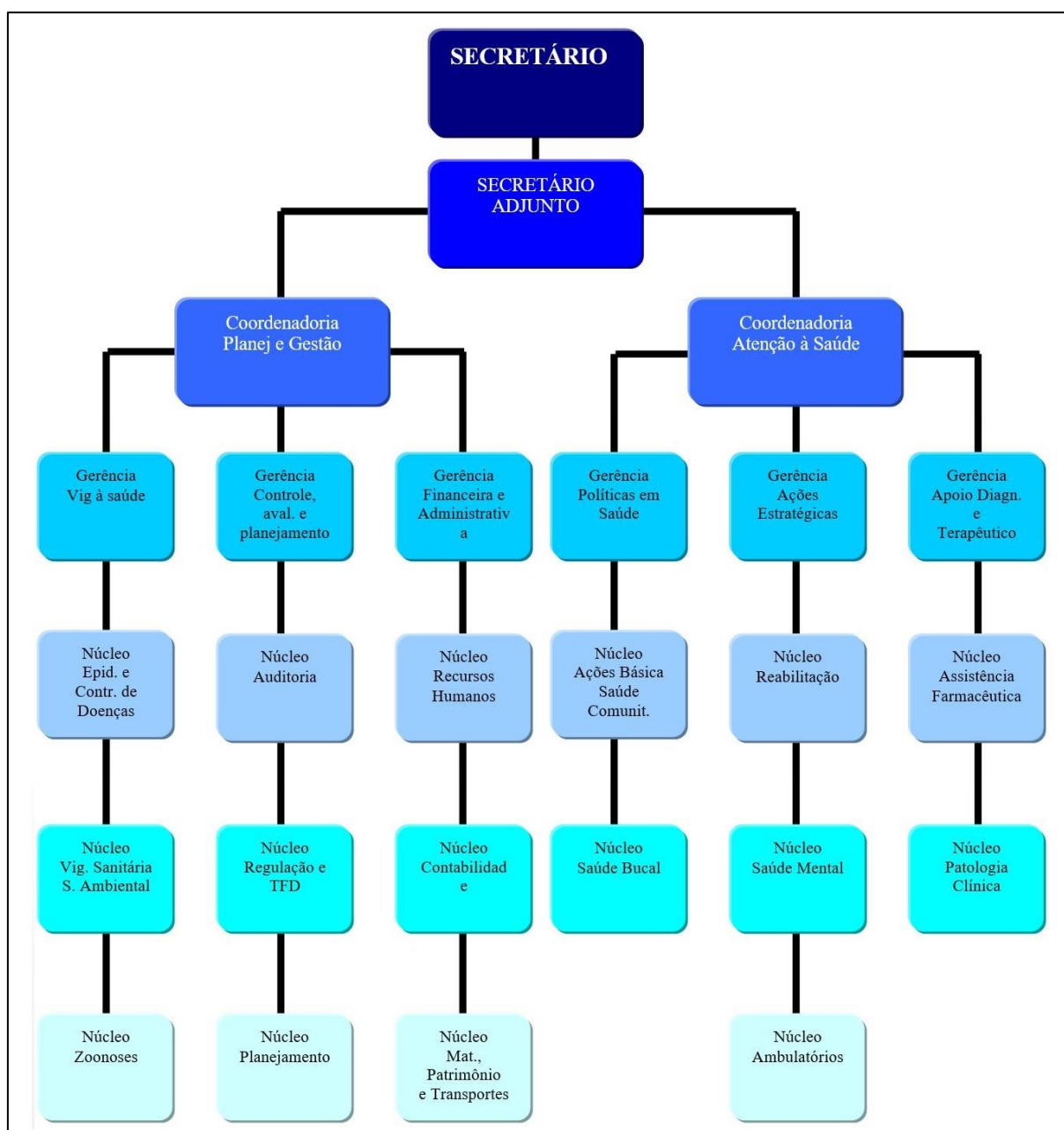
SUS. O grupo da ESPI avaliou que, embora não enunciado explicitamente durante as entrevistas utilizadas no *Relatório*, a defesa do SUS pelos servidores também se fundamenta em interesses corporativos. Mesmo os médicos, profissionais com maiores possibilidades de sobrevivência financeira na iniciativa privada, desejam manter um vínculo com o serviço público, principalmente por concurso, mesmo que o valor da remuneração e as condições de trabalho sejam insatisfatórias. Essa opção, aparentemente contraditória, é uma escolha racional diante das alternativas precárias oferecidas pelo mercado de trabalho na região. No Quadro 3, os trabalhadores de nível médio demonstram consciência dessa situação ao pontuar a dificuldade de se encontrar empregos com remuneração superior ao salário mínimo na iniciativa privada no município.

A relação entre gestores de nível tático e trabalhadores de nível superior é caracterizada no *Relatório* pelo coleguismo. Essa situação não se deve apenas à formação acadêmica semelhante dos profissionais, mas também a terem frequentado as mesmas universidades – grande parte dos enfermeiros, por exemplo, são egressos da Universidade Regional do Cariri-URCA – e por existir um certo rodízio nos cargos de gestão, portanto muitos dos servidores de nível superior já ocuparam algum cargo de gestão tática. Além disso, todos os enfermeiros das eSF são gestores de suas unidades de saúde, atuando tanto na assistência quanto na gestão, condição que ensejou reivindicações de melhoria salarial, atendida parcialmente por meio de incentivo pago com recursos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB. A relação entre gestores de nível tático com os servidores de nível médio também é considerada boa, talvez por muitos dos gestores terem sido colegas também dos profissionais de nível médio quando se dedicavam as atividades diretas de assistência à saúde.

Por outro lado, o relacionamento com a gestão estratégica foi considerado distante por alguns trabalhadores. O *Relatório* não conseguiu explorar de modo suficientemente profundo essa característica, mas forneceu uma pista ao apontar que alguns servidores relatam falhas na comunicação com as instâncias superiores da gestão da SMS. O grupo da ESPI utilizou o organograma da SMS vigente à época, apresentado na Figura 1, para compreender quais seriam as causas dessa comunicação truncada. Consciente das diferenças entre o organograma formal e o organograma real, não se buscou entender, por meio da análise do desenho instituído,

o que ocorre de fato, mas o que o gesto cartesiano define como situação ideal utilizando traços, formas, cores e texto. O organograma oferece um mapa para contextualizar a discussão do Quadro 3, que apresentou a dimensão organizacional do processo de trabalho e gestão do Relatório.

Figura 1 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu



Fonte: Reproduzido do Plano Municipal de Saúde de 2005-2008.

A verticalidade é a essência do organograma, o comando único está evidente e a densidade da cor simboliza a densidade do poder. A separação entre

quem planeja e administra – Coordenadoria de Planejamento e Gestão – e quem executa as ações de saúde – Coordenadoria de Atenção à Saúde – reproduz a lógica alienadora da organização do trabalho característica da segunda fase da Revolução Industrial. A separação entre ações individuais e curativas – Coordenadoria de Atenção à Saúde – e ações coletivas e preventivas – Gerência de Vigilância à Saúde – reproduz a dicotomia entre os Institutos de Aposentadorias e Pensões e o Ministério da Educação e Saúde Pública durante o primeiro governo de Getúlio Vargas.

Não se pode afirmar que exista correspondência total entre o organograma real e o formal, mas as queixas dos servidores sobre a distância excessiva em relação à gestão estratégica e as falhas de comunicação, apresentadas por meio do *Relatório* no Quadro 2, e sobre as restrições à autonomia dos gestores de nível tático e a “burocratização” e “engessamento” da gestão, registradas no Quadro 3, dialogam de modo coerente e crítico com a estrutura vertical, hierárquica, rígida e estratificada do organograma da SMS.

Para o grupo da ESPI, os gestores de nível tático e os trabalhadores assumem comportamentos táticos, no sentido definido por Certeau (2014), para desenvolver suas atividades a despeito do organograma formal, buscando, nas afinidades pessoais com seus pares, alternativas para escapar da centralização da gestão estratégica. Por outro lado, por depender de arranjos informais e afetivos, os maus encontros produzem distância entre coordenações que deveriam desenvolver suas atividades de maneira articulada. O emaranhado de relações de simpatia e antipatia entre os gestores e trabalhadores – simultaneamente, velado e expresso na metáfora da grande família, com seus conflitos, neuroses e desejos incestuosos – agrega-se à disputa entre o desejo de centralização e controle dos gestores estratégicos – organograma formal – e o desejo de autonomia e liberdade dos trabalhadores e gestores táticos – organograma real – para truncar o processo de gestão, que se torna “burocrático” e “engessado”.

Essa apresentação esquemática do conflito entre os gestores estratégicos e os trabalhadores, tendo como aliados os gestores táticos, derivada de uma esquematização do conflito de classes, foi a primeira elaborada pelo grupo da ESPI. Ao longo do processo de planejamento, principalmente quando Lana Carina e o autor assumiram os cargos de gestão estratégica, ficou evidente que essa visão dicotômica simples era ingênua, pois incapaz de enxergar que os interesses dos atores são

fluídos e mutáveis, portanto, sua compreensão exige mais sutileza – *métis* – do que uma simplificação mecânica do raciocínio pode oferecer. Por outro lado, a análise da relação entre tática e estratégia por meio de Certeau (2014) mostrou-se bastante consistente – infelizmente o encontro com esse autor ocorreu apenas após a qualificação do projeto da Tese, retardando a sistematização das inquietações do autor sobre os limites dos conceitos tradicionais de tática e estratégia utilizados no planejamento para compreensão do que ocorria no campo empírico.

O grupo da ESPI registrou na conclusão do relatório um balanço sedutor da situação. Embora as dificuldades sejam destacadas, as possibilidades de sucesso poderiam trazer visibilidade aos gestores de nível estratégico. Visibilidade é uma das características-chave para um servidor incrementar seu prestígio na PMI e ascender desde o nível operacional ao estratégico. O aforismo exaustivamente repetido nos corredores é: “quem não é visto, não é lembrado”. A ausência de um processo formal de avaliação dos servidores é um dos fatores mais relacionados a esse critério utilizado para orientar as promoções. O grupo da ESPI, ainda que com sua visão parcialmente obscurecida pelas simplificações mecânicas, mapeou na sensibilidade da gestão estratégica o desejo de conseguir maior visibilidade e fechou o *Relatório* com um balanço crítico, mas positivo da gestão, indicando que os novos desafios exigiriam novas abordagens:

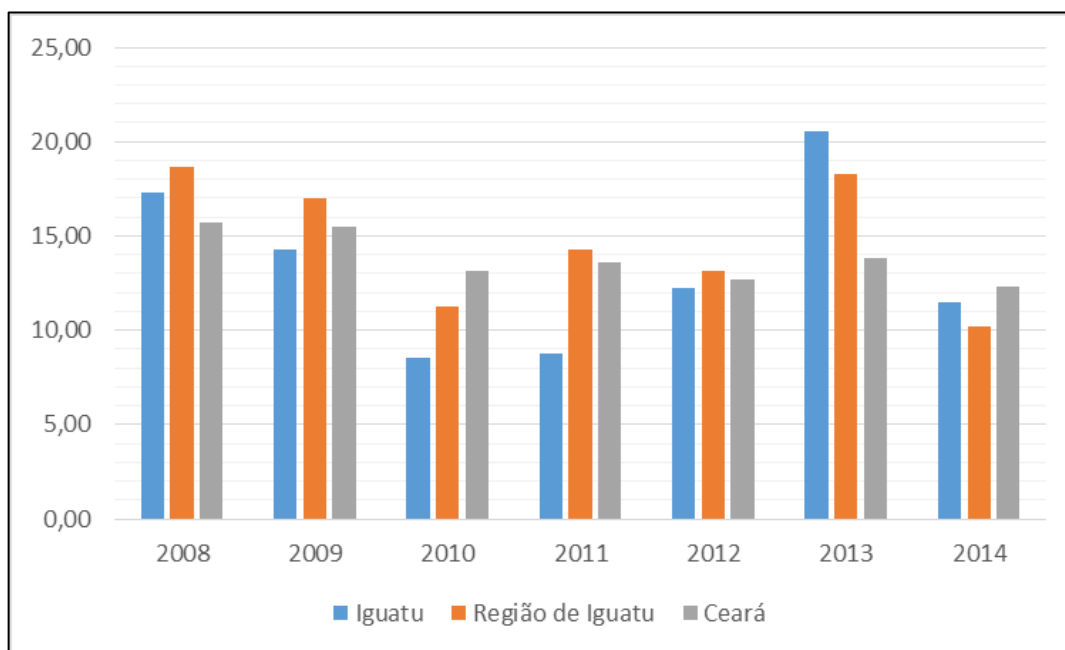
O processo de trabalho e gestão em saúde no município é, predominantemente, focado na produtividade. Os trabalhadores não se reconhecem no produto de seu trabalho e não se observa esforço sistemático para reflexão sobre os resultados das ações em saúde. Essa situação é consequência de um modelo de atenção centrado na doença, curativo, emergencial e setorial. Considera-se necessário modificar essa perspectiva e colocar o usuário como elemento central do modelo, condição fundamental para a qualidade e integralidade da atenção, incluindo a promoção da saúde e humanização da atenção e da gestão.

As fases de implantação e consolidação do SUS Iguatu estão superadas. Essa é uma política pública de inegável sucesso. Os avanços dos últimos 25 anos, principalmente quanto à universalidade do acesso à saúde, foram imensos. O momento exige esforço para desenvolver processos de trabalho e gestão que garantam a melhoria da qualidade da atenção e gestão. Esse é o novo desafio que se impõe a gestores, profissionais de saúde e usuários.

Os gestores estratégicos desejavam um relatório panóptico, receberam um espelho e ficaram assustados e fascinados com o resultado. Os desafios apontados seduziram os gestores estratégicos que convidaram o grupo da ESPI para desenvolver uma nova proposta de planejamento municipal em saúde. Esse convite

surpreendeu o grupo, que acreditava ter cometido um erro ao aprofundar as críticas às práticas de gestão instituídas. Uma das leituras da situação desconfiava que havia um gosto pela emulação entre os gestores estratégicos, um “pois faça melhor”. Associado a esse componente lúdico, os gestores estratégicos identificaram que uma iminente crise na assistência, sinalizada pela dificuldade de controlar o crescimento da taxa de mortalidade infantil durante o ano, um dos indicadores de saúde mais valorizados pela gestão devido ao seu poder de síntese da situação de saúde, fácil aferição e grande visibilidade. O gráfico 1 mostra a evolução da mortalidade infantil retomando os cinco anos anteriores a 2013 e seu resultado em 2014.

Gráfico 1 – Comparação da taxa de mortalidade infantil no município de Iguatu, na Região de Iguatu e no Ceará entre os anos de 2008 e 2014



Fonte: Elaborado a partir das informações do DATASUS (2016)

Para 2013, o Gráfico 1 evidencia um aumento expressivo da mortalidade infantil em Iguatu, com provável influência na ampliação da taxa da Região devido ao porte de sua população. Desde de 2009, o município apresentava resultados consistentemente melhores que os do Estado e da região, situação invertida em 2013. A Tabela 2 apresenta a análise dos componentes da mortalidade infantil, de acordo com o tempo de vida transcorrido até o óbito, que indica se sua causa está mais relacionada aos fatores pertinentes à gestação e ao parto – óbitos neonatais – ou a

doenças que afetam as crianças no primeiro ano de vida como pneumonias e diarreias – óbitos pós-neonatais.

Tabela 2 – Proporção (%) de óbitos de crianças menores de um ano de acordo com a faixa etária em Iguatu entre os anos de 2008 e 2014

Faixa Etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0 a 6 dias	50,00	52,63	50,00	58,33	64,71	42,31	43,75
7 a 27 dias	3,85	5,26	16,67	8,33	17,65	11,54	18,75
28 a 364 dias	46,15	42,11	33,33	33,33	17,65	46,15	37,50
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

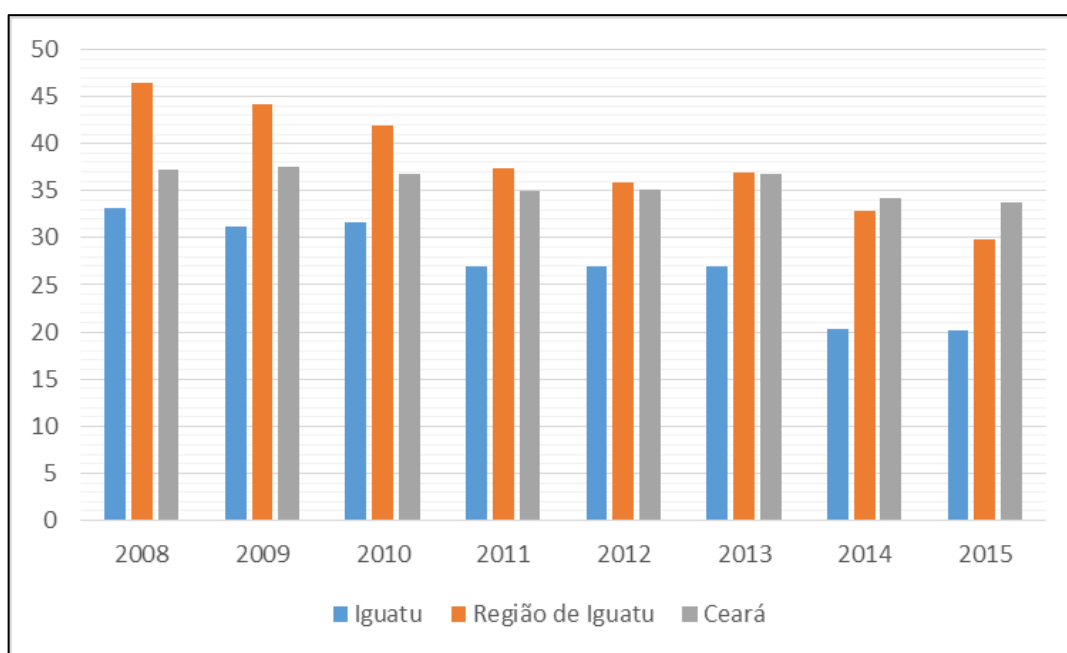
Fonte: Elaborado a partir das informações do DATASUS (2016)

Nos anos de 2010, 2011 e 2012, a redução da mortalidade infantil foi acompanhada por sua concentração no período neonatal, principalmente durante o período neonatal precoce, sugerindo uma relação entre os óbitos infantis e as causas relacionadas à gestação e ao parto, como prematuridade e doenças congênitas. O ano de 2013 foi atípico, pois as crianças que faleceram concentraram-se em faixas etárias superiores a todos os anos anteriores, indicando que esses óbitos poderiam ter ocorrido por causas passíveis de prevenção ou tratamento como as doenças infecciosas típicas da infância. A análise das causas por meio das declarações de óbito não permite confirmar ou afastar essa hipótese, pois os registros não são detalhados. Não fica claro, por exemplo, se o óbito de uma criança portadora de malformação congênita relaciona-se com a doença de base ou não. Devido à pequena quantidade total de óbitos anuais – em média 18 para o período enfocado – qualquer registro incorreto ou impreciso torna-se uma fonte de viés importante. O aumento da mortalidade infantil de 2013, independente de considerações sobre suas causas – inclusive sobre uma possível flutuação aleatória, portanto sem maior significado caso contextualizada em uma série histórica mais longa – alertou os gestores estratégicos para a iminência de uma crise assistencial. Essa leitura da situação revelou-se correta e demonstrou mais um faro apurado do que uma análise meticulosa, mais *métis* do que *tékhnē* ou *epistéme*.

A proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica é um indicador menos valorizado por sua visibilidade, mas com grande capacidade de síntese da situação de saúde. Segundo Alfradique et. al. (2009), taxas elevadas desse indicador podem sinalizar problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu

desempenho. Essa medida pode ser utilizada para vigilância dos serviços de saúde, sendo um sinal de alerta sobre a necessidade de realizar investigação mais profunda sobre seu funcionamento, contudo não significa que mudanças imediatas em sua organização sejam imperativas. Embora seja um indicador abrangente, sua diminuição sugere apenas que ocorreu melhoria no desempenho da atenção primária, e não no sistema de saúde como um todo. No contexto do sistema de saúde de Iguatu, esse indicador pode ser considerado como uma medida relevante, principalmente pela grande importância atribuída pela gestão à atenção primária, destaca-se que o município foi pioneiro na implantação do PACS no início da década de 1990. O Gráfico 2 traz uma comparação da evolução desse indicador no município, na região e no Estado.

Gráfico 2 – Comparação da proporção (%) de internações por condições sensíveis à atenção básica no município de Iguatu, na região de Iguatu e no Ceará entre os anos de 2008 e 2015



Fonte: Elaborado a partir das informações do DATASUS (2016)

O Gráfico 2 mostra estabilização da proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica em patamar pouco superior a 25% em 2013 e nos dois anos anteriores em Iguatu. Essa situação de estagnação, embora com valores diferentes, se repetiu na Região e no Estado com níveis superiores aos do município. Não se pode afirmar que o indicador municipal estivesse em um patamar

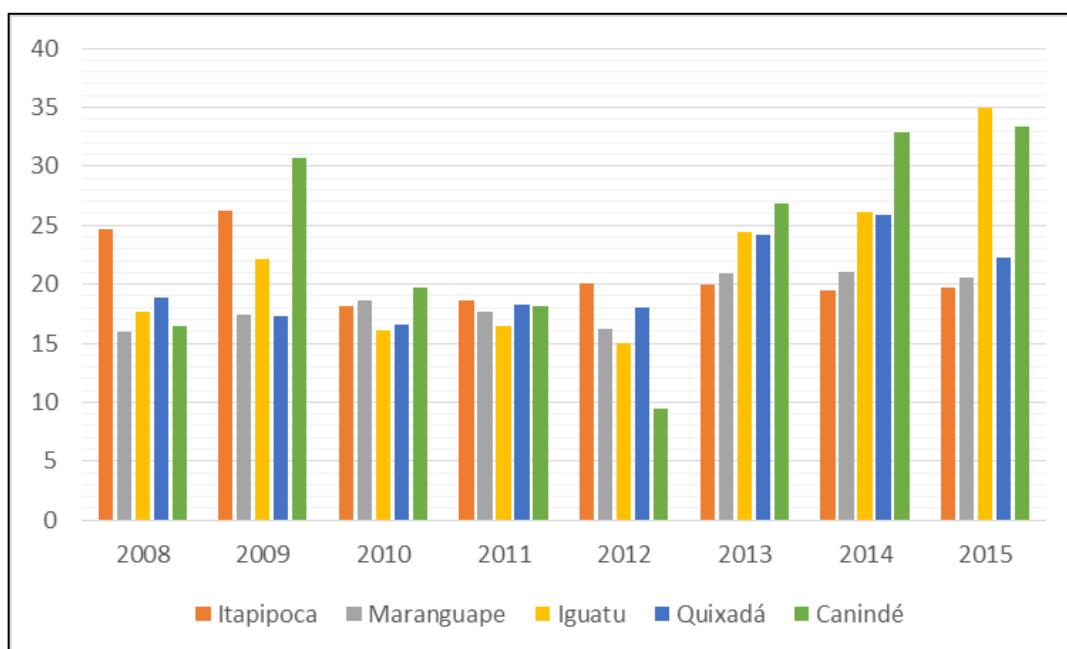
relativamente alto, mas a comparação com os valores estaduais também não é bom parâmetro de qualidade. Pois, em 2013, o Ceará apresentou a sétima maior taxa de internações por condições sensíveis à atenção básica entre as 27 unidades da federação, de acordo com o DATASUS (2016). Para esse mesmo ano, Amapá e São Paulo registraram taxas inferiores a 25%, mas seria arriscado fazer comparações diretas de realidades demográficas, sociais e assistenciais tão diferentes. Ainda para 2013, a Região de Iguatu apresenta a nona maior taxa entre as 22 Regiões definidas para o Estado, sendo que apenas a Região de Aracati apresenta valores inferiores a 25%.

O indicador não estava em um patamar que causasse desconforto para a gestão, como ocorreu com a mortalidade infantil, contudo a interrupção de uma tendência de queda pode ser compreendida como causa de desgaste organizacional e financeiro do sistema de saúde por pressionar a atenção secundária municipal a dar conta de um volume de internações superior à sua capacidade de resposta. Não necessariamente capacidade instalada – quantidade de leitos –, mas capacidade de atender à demanda com padrões satisfatórios de qualidade. As complicações clínicas que necessitam de assistência à saúde em nível terciário, trazem desgaste adicional para a gestão, pois é necessário referenciar os pacientes de acordo com a oferta – sempre deficitária – de vagas nos hospitais de Fortaleza, Juazeiro ou Barbalha.

Evidências qualitativas do início de uma crise assistencial no município podem ser rastreado no discurso dos trabalhadores da SMS. O Quadro 3, que apresentou excertos do *Relatório*, aponta que os servidores reiteradamente avaliam o sistema de saúde local por meio de comparação com o nacional. O grupo da ESPI observou que a postura geral é considerar que “se você acha a saúde de Iguatu ruim, é porque você não conhece a saúde do resto do país”. Embora o conformismo seja marcante, vários indicadores de saúde municipais são satisfatórios quando comparados aos nacionais. No entanto, essa constatação dos trabalhadores, compartilhada também por muitos gestores de nível tático e todos os de nível estratégico, não considerou o potencial da crise do sistema de saúde nacional contaminar o sistema de saúde local, principalmente por meio do financiamento insuficiente dos novos serviços de saúde, cuja implantação foi estimulada pela União e celebrada pelo município como uma oportunidade indeclinável de melhoria das condições da rede de serviços de saúde.

A Emenda Constitucional n.º 29/2000 (BRASIL, 2000a) e a Lei Complementar n.º 141/2012 (BRASIL, 2012a) regulamentam os percentuais mínimos anuais da arrecadação a serem aplicados pelos entes federativos em ações e serviços públicos de saúde. Definem para os municípios o percentual mínimo de 15% de sua arrecadação. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS divulga os dados sobre despesas em saúde dos municípios, estados e União e permite o acompanhamento do cumprimento da aplicação mínima constitucional de recursos financeiros na saúde (SIOPS, 2016). As comparações entre municípios exigem cautela devido às singularidades de cada rede de atenção à saúde, especialmente quanto ao papel desempenhado na prestação de serviços em nível regional. O Gráfico 3 compara os percentuais de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde de municípios cearenses com população semelhante à de Iguatu², para essa análise foram selecionados os dois municípios com população imediatamente superior e inferior à Iguatu de acordo com o Censo de 2010.

Gráfico 3 – Comparação do percentual de recursos próprios aplicados em saúde em municípios cearenses para cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29/2000 entre os anos de 2008 e 2015

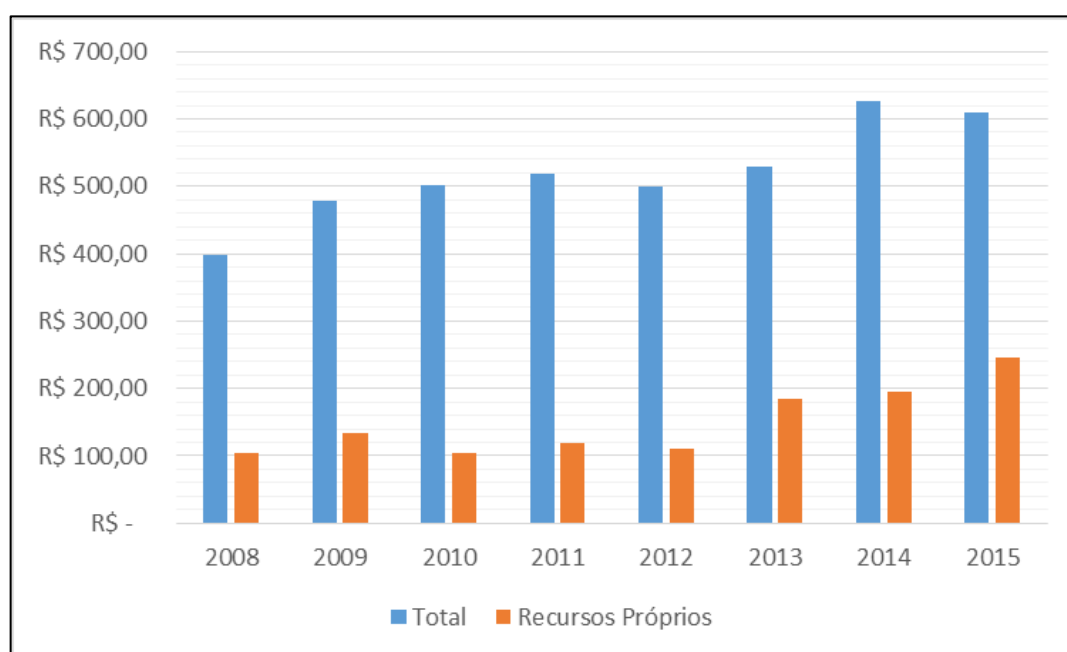


Fonte: Elaborado a partir das informações do SIOPS (2016)

² A população de Iguatu atingiu 101.386 habitantes em 2015. No Censo de 2010, era de 96.495 habitantes (IBGE, 2016).

O Gráfico 3 mostra um crescimento da aplicação de recursos próprios com despesas relacionadas à saúde em quatro dos cinco municípios avaliados. Apenas Itapipoca reduziu o percentual de aplicação. A tendência de crescimento é mais evidente em Canindé e Iguatu. O primeiro, apresenta a maior variação da amplitude anual, inclusive descumprindo o mínimo de 15% em 2012, portanto o aumento do gasto em saúde é evidente, mas não consistente. O segundo, manteve a aplicação estável, próximo dos 15%, até 2012, porém cresceu de modo evidente e consistente a partir de 2013, atingindo 35% em 2015. Ocorreu um aumento do comprometimento proporcional do orçamento da PMI com os gastos com saúde, o que não implica, necessariamente um aumento absoluto da aplicação de recursos financeiros, especialmente se forem considerados *per capita*. Essa análise é apresentada no Gráfico 4, que traz a comparação entre a despesa total com saúde e a despesa com recursos próprios.

Gráfico 4 – Comparação da despesa total e da despesa com recursos próprios em saúde *per capita* em Iguatu entre os anos de 2008 e 2015*



*Valores monetários atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA utilizando dezembro de 2015 como mês de referência.

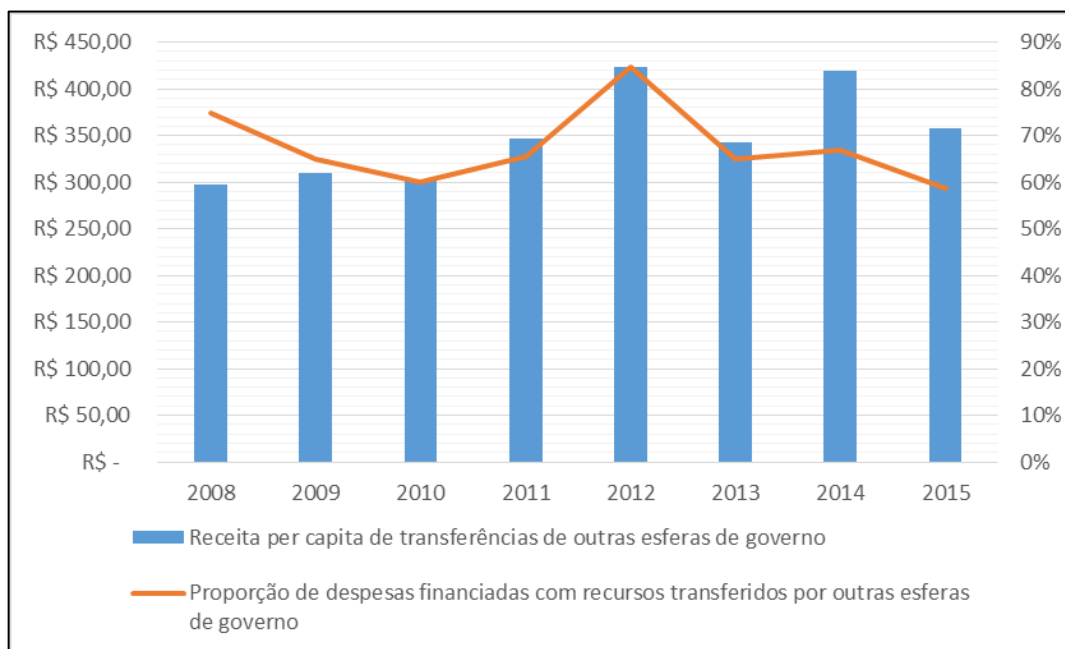
Fonte: Elaborado a partir das informações do SIOPS (2016)

Por meio do Gráfico 4, observa-se crescimento real da despesa total e da despesa com recursos próprios, ambas *per capita*. Verifica-se que, de 2008 para 2009, ocorreu aumento da despesa total de R\$79,46 (20%), e da despesa com

recursos próprios de R\$29,51 (28,2%), evidenciando certo equilíbrio na relação entre o aumento total e o de recursos próprios. Entre 2009 a 2012, as despesas permanecem estáveis, ocorrendo um novo aumento em 2013. Nesse ano, a despesa total permanece quase sem alteração, com incremento de R\$29,41 (5,9%), mas a despesa com recursos próprios aumenta R\$74,41 (67,1%). Assim, observa-se uma maior aplicação proporcional de recursos próprios para manter um nível total de despesa em patamar similar ao do ano anterior, ou seja, supõe-se que ocorreu uma diminuição proporcional dos repasses de outras esferas federativas para o SUS local. Em 2014, o aumento total da despesa foi de R\$96,24 (18,2%), sendo de R\$10,18 (5,5%) o aumento referente a recursos próprios, o aumento da aplicação proporcional pende para as transferências interfederativas. Por outro lado, em 2015, ocorre a primeira queda da despesa total, no valor de R\$16,04 (-2,6%), com aumento de R\$51,13 (26,1%) da despesa paga com recursos próprios. Considerando o período de 2008 a 2015, a despesa com saúde total aumentou R\$211,34 (53,1%) e a despesa com recursos próprios R\$141,96 (135,6%).

O crescimento da despesa em saúde onera o município com mais vigor do que as outras esferas federativas, para cada R\$1,00 de despesa nova total, R\$0,67 representam despesa paga com recursos próprios do município. Embora seja o ente federativo com menor capacidade de arrecadação, é sobre o município que se concentra a responsabilidade pela ampliação da aplicação de recursos financeiros. Não existe “dinheiro novo” segundo o jargão dos secretários de saúde reunidos nas reuniões periódicas da CIB. As transferências federais são consideradas por eles como a fonte ideal de “dinheiro novo”, pois os atrasos no pagamento são raros, elas são uma “certeza”. Os recursos próprios do município não são entendidos como “dinheiro novo”, pois são aplicados na saúde apenas quando “a conta não fecha” com as transferências federais e estaduais. As transferências estaduais são consideradas “dinheiro novo”, mas apresentam *status* intermediário quanto à “certeza”, pois são mais vulneráveis a restrições orçamentárias e a influência político-partidária, principalmente se existe substituição do grupo político que está no poder. Esse argumento sobre a dependência das transferências interfederativas pode ser reforçado pela análise de sua evolução anual apresentada no Gráfico 5.

Gráfico 5 – Comparação da receita *per capita* de transferências interfederativas com a proporção de despesas financiadas com recursos dessas transferências em Iguatu entre os anos de 2008 e 2015*



*Valores monetários atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA utilizando dezembro de 2015 como mês de referência.

Fonte: Elaborado a partir das informações do SIOPS (2016)

O Gráfico 5 mostra estabilidade das transferências de recursos para o SUS entre os anos de 2008 e 2010. Em 2011, ocorre um crescimento de R\$45,21 (15,0%) nas transferências, que assumem um padrão flutuante, sendo maiores nos anos de 2012 e 2014, quando aumentam em torno de R\$22,00, aproximadamente 22%, em relação ao patamar do ano anterior. O grupo da ESPI não identificou fatores internos à política de saúde que pudessem explicar essa variação da receita de transferências para o SUS como abertura ou fechamento de serviços ou programas de saúde. Porém, um fator externo pareceu bastante relevante, ocorreram eleições nos dois anos de aumento da receita. A dependência proporcional de transferências é reduzida a partir de 2013, embora exista um aumento da aplicação nominal dos recursos, o que é coerente com o argumento de que não há expectativa de muito “dinheiro novo” para o sistema de saúde de Iguatu. Uma sugestão do grupo da ESPI para explicar essa dificuldade do município para captar mais “dinheiro novo” a partir do segundo semestre de 2013 seria a gradual deterioração da coalizão entre o grupo político hegemônico local e o estadual.

As eleições para deputado federal e estadual, governador, senador e presidente estavam marcadas para outubro de 2014, mas as alianças políticas já começavam a ser esboçadas no final de 2013 com importantes desdobramentos para os dois grupos políticos de Iguatu, que até o momento faziam parte da base de apoio do Governo do Estado e da União. O grupo da ESPI reconhecia a influência da política partidária na política de saúde de modo genérico, mas não compreendia seu funcionamento singular e seus desdobramentos operacionais para cooptação de apoio partidário por meio da liberação ou bloqueio de transferências de recursos financeiros para saúde, inclusive, por meio de emendas parlamentares. Um ex-gestor faz uma descrição pormenorizada desse processo:

O conceito de saúde que eu tenho, de investir em saúde, ele permanece ainda, ele é gestor-dependente, tanto gestor da saúde, como gestor municipal, como gestor estadual, como gestor federal. Se você tem parceiro forte na gestão municipal, na estadual, na federal, você tem mais investimento em saúde. Acredito que pela oportunidade de apresentar resultados mais diretamente, mais objetivamente. Quanto pela contrapartida, por serem gestores políticos, a contrapartida é ... do voto do cidadão em si, da política partidária mesmo, isso favorece muito os investimentos chegarem com mais facilidade aos municípios. Isso é uma visão que eu tenho, ela é gestor-dependente. Foi o que eu disse. O compromisso do gestor passa também pelo retorno do voto pelo eleitor, pelo reconhecimento do eleitor, que é exatamente através do voto. Mas passa também pelo compromisso da gestão, dos gestores locais, basicamente do gestor de saúde, se o gestor de saúde é comprometido, e corre atrás, e tem parcerias dentro do mesmo ... grupo político, os recursos chegam com mais facilidade. Se você não tem esse reconhecimento, se você não tem esse apoio dos gestores ou municipal, ou estadual, ou federal, os recursos não chegam ao município. E a dificuldade hoje do SUS passa pelo financiamento (Ex-gestor estratégico).

As categorias analíticas mais evidentes são “parceria” e “contrapartida”, que estabelecem uma relação de confiança e apoio entre os gestores das três esferas de governo misturando política partidária com políticas públicas, ou melhor, evidenciando que sua articulação é orgânica, quase indissociável. O fluxo de recursos é a contrapartida do fluxo de votos. O papel do eleitor nessa concepção de democracia é depositar seu voto no gestor por quem demonstra reconhecimento ou gratidão. O uso de “voto do cidadão” e não de “voto do eleitor” denota uma redução do escopo da cidadania à prerrogativa do voto periódico. No decorrer da entrevista, esse estreitamento dos horizontes da política evoca uma crítica à característica democrática de rodízio dos representantes:

A gente viu a diferença que faz essa mudança, essa rotatividade alta no gestor, gestor de saúde, gestor municipal, gestor federal, gestor estadual. Essa quebra, esse início de um novo planejamento é muito ruim, porque quem está fora não tem a realidade das dificuldades ou do que está planejado para um... como Cidade do Futuro, 25 anos, Iguatu para 25 anos daqui para frente. Mas esse tempo à frente da gestão me fez administrar com uma forma mais tolerante ou aproveitando [corrige-se] ou oportunizando mais as oportunidades, e como no planejamento estratégico, a gente tem as dificuldades e facilidades, tem as oportunidades, né? Tem os pontos fortes e os pontos fracos. Essa mudança frequente na gestão, nos gestores, isso é um ponto fraco. E ... a falta de oportunidade ela exatamente quando você quebra essa força que você tem nos poderes superiores, no caso o Estado ou a União (Ex-gestor estratégico).

O entrevistado recorre a um argumento muito difundido, quase senso comum, sobre a necessidade de continuidade e estabilidade institucional para o sucesso do planejamento. Mas identifica as instituições com os indivíduos responsáveis pela sua direção, criticando seu rodízio, uma das características essenciais de uma democracia. Como contraponto a essa postura personalista – e algo autoritária ou, pelo menos, tecnocrática – avalia-se como um administrador “tolerante” às rupturas que o planejamento sofre devido ao “ponto fraco” da democracia, “a mudança frequente na gestão, nos gestores” e a consequente “quebra [d]essa força que você tem nos poderes superiores”. O ex-gestor também registra uma crítica sutil a quem se propõe a desenvolver “um novo planejamento” – como o grupo da ESPI –, pois “quem está fora não tem a realidade das dificuldades”, dessa maneira não é capaz de obter sucesso.

O entrevistado também menciona a importância de utilizar as oportunidades, dessa forma é consciente sobre as contingências da política e do planejamento e a capacidade de manejá-las a seu favor. A *métis* está presente aqui, mas é a *métis* de Ulisses, do rei poderoso e astucioso. O ex-gestor usa o termo “aproveitando” e corrige-se imediatamente, substituindo-o por “oportunizando”, supostamente mais erudito. Afinal, quem “aproveita” ou “se aproveita” é o fraco, um “Chicó”. O entrevistado continua o relato sobre suas experiências com o planejamento:

Se você faz um planejamento estratégico ou se a gente faz um planejamento participativo, como a gente faz no Iguatu, onde a gente vai nas comunidades e elas dizem o que precisam. Dentro de uma lógica de saúde, a gente ordena isso, a gente traça um planejamento a curto, médio e longo prazo. Contando com os apoios. Se você tem uma quebra nesses apoios, você guarda isso um pouquinho ali esperando uma nova oportunidade para aplicar aquilo dali, se você continua. Se não, se você tem uma quebra permanente da gestão

permanente, você sai, aqueles projetos eles ficam engavetados ou desprezados. Por que ainda é da cultura dos gestores públicos abrir a porta na parede que eu quero, para dizer que aquela porta fui eu que abri. Ou construir um prédio no local onde fique a minha marca. Sem referência nenhuma ao outro gestor, por que eu só ganho a política porque o outro não foi bom, não é porque eu sou melhor é porque o outro não foi bom. E eu trabalho sempre em cima do que está errado e não do que eu posso fazer de melhor em relação ao que está bom (Ex-gestor estratégico).

A “quebra” da gestão pode ser reparável ou não. No primeiro caso, o gestor confia na habilidade tática de usar o tempo, de aguardar o momento favorável para colocar seus projetos em prática. No segundo, resta apenas ao gestor lamentar-se, suas marcas serão apagadas, ele perderá visibilidade, será esquecido. A identificação do gestor com o cargo que ocupa transforma o desprezo dos outros a seu projeto em desprezo a si mesmo. Sofrimento é o resultado da perda do poder. Um secretário de saúde da Região expressou essa correspondência entre indivíduo e cargo em uma das reuniões da CIB: “eu sou um município de [...] mil habitantes”. Se “*L’État c’est moi*”, os projetos são do gestor, não das “comunidades”. Podem ser projetos para as comunidades, elaborados em momentos “participativos”, quando elas dizem “o que precisam”, revelando o que é necessário dar ao cidadão eleitor para que ele retribua com o voto. Mas a gratidão do eleitor é incerta, portanto a ansiedade e a tensão quanto ao reconhecimento pelo voto são constantes. Sofrimento é o resultado de manter-se no poder. A aporia de La Boétie (1999) sobre o vício infeliz, a servidão voluntária, torna-se mais complexa quando desdobrada em seus elementos subjetivos.

O relato do ex-gestor estratégico sobre sua experiência em mediar a articulação entre política partidária e política de saúde, manejando fluxos de votos e de recursos financeiros, recolhendo necessidades e distribuindo benefícios, pautando alianças políticas na gratidão e no compromisso, aponta uma sintonia entre a crise assistencial e financeira do sistema de saúde de Iguatu em 2013 e a crise política local, que se iniciou com o alinhamento gradual do grupo hegemônico local com a oposição ao grupo hegemônico estadual e se agravou com a cooptação de parte do grupo hegemônico local pelo estadual, ocasionando perda da maioria e da presidência da Câmara dos Vereadores e adesão do vice-prefeito à oposição.

Atribuir a crise do sistema de saúde de Iguatu à crise política local é um raciocínio tão simplificador quanto atribuir a crise econômica brasileira de 2015 à crise política nacional. Condições externas – ou que deveriam ser externas – à política foram essenciais nos dois processos, como o papel do Poder Judiciário. Retomando

o caso de Iguatu, o ex-gestor entrevistado compartilha sua experiência sobre a judicialização da saúde:

E hoje, o grande problema que se enfrenta na saúde é a própria Constituição Federal, onde o SUS é direito de todos e dever do Estado. Hoje nós somos Estado. E a gente sabe que o Brasil, por uma população de pessoas carentes, vendo a saúde na ampla definição, do bem-estar físico, social e mental, nós não temos condições hoje de dar... de honrar com esse compromisso constitucional. Hoje tem um grande fator que me deixa preocupado que é a judicialização da Medicina, da saúde em si. Que é exatamente o Ministério Público obrigando a gente dar direitos a uns e não a todos, porque não se tem condições de todos. Esses uns que a gente consegue atender são aqueles que chegam ao Ministério Público. Tem muitos que estão fora, longe do Ministério Público, que tem as mesmas necessidades. E a gente dentro de um planejamento chegará um dia ao benefício a todo mundo. Mas quem chegou primeiro ao Ministério Público chega primeiro com uma determinação de cumprimento da Constituição. E isso muitas vezes mexendo com todo o planejamento da aplicação de cada centavo, de cada estrutura, de cada servidor, de cada atividade da saúde para a população como um todo (Ex-gestor estratégico).

O discurso mantém a coerência com a saúde ser “gestor dependente”, afinal “nós somos Estado” – não é possível defender a generalização na abordagem científica qualitativa no mesmo sentido usado pela quantitativa, mas essa convergência espontânea entre os discursos de atores diferentes, recolhidos por instrumentos diferentes e em momentos diferentes, acena para suas afinidades com a realidade. O conceito de saúde citado pelo entrevistado é o definido pela OMS em 1948, que justifica a correção que faz ao qualificar a judicialização como abrangente, “da saúde”, e não como específica, “da Medicina”. O ex-gestor corrige-se também ao usar o termo “dar” para se referir a cumprir as obrigações constitucionais, o substituto é “honrar”, termo que também parece deslocado em relação ao campo semântico do Direito, pois remete mais a obrigações pessoais – família, gratidão, vingança – que a impessoais – leis, normas, burocracia.

A escolha das palavras remete à estrutura política e organizacional em que o entrevistado esteve inserido, mas também a um traço singular de sua personalidade, que é enfático ao responsabilizar o Ministério Público pelo desvio daquilo que foi meticulosamente planejado pelo gestor para “cada centavo”, “cada estrutura”, “cada servidor” e “cada atividade da saúde”. A ordem dos termos remete a uma identificação dos elementos que compõe o planejamento do sistema de saúde em escala unitária. A sequência parece seguir uma hierarquia que tem como *primum mobile* “cada centavo” e como causa final conquistar a maioria dos votos nas eleições, mas houve

pudor de dissimular essa consequência, interrompendo-se a cadeia causal na oferta de “atividade[s] da saúde para a população”. A intromissão do Ministério Público desestabiliza as relações de gratidão e retribuição, pois distribui os benefícios para atender às necessidades dos cidadãos eleitores de acordo de um novo parâmetro – “quem chega primeiro” – diferente do instituído, mas também distante do princípio da equidade defendido pelo SUS.

O entrevistado reconhece que a situação de crise assistencial e financeira é um indício de que, seja pela ruptura da aliança política com o grupo hegemônico estadual – a perda de “um parceiro forte” – seja pela fiscalização mais contundente do Poder Judiciário, o modo de se planejar e administrar a SMS tornou-se obsoleto. A *métis* de Ulisses busca uma solução astuciosa para continuar com a política que se baseia na “necessidade do cidadão”:

Mas um planejamento a longo prazo, eu acho isso muito importante, só tem um instrumento legal hoje que fortalece isso, são as conferências locais, municipais, estaduais e nacionais. Onde constrói um documento único. É as metas dos órgãos internacionais, como metas internacionais. Eu acho que se você está dentro dessa política, que a base é a necessidade do cidadão, você consegue desempenhar bem. Sem muita ansiedade de querer fazer o logo, mas sem perder a oportunidade. Se a oportunidade chegou logo, você não pode perder a oportunidade de fazer (Ex-gestor estratégico).

As prescrições legais sobre a participação social no planejamento no SUS são equiparadas aos compromissos internacionais multilaterais – provavelmente os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU – e invocadas para legitimar o processo de planejamento, que necessita do rótulo “participativo” apenas ao de “estratégico”. Seu resultado é um “documento único” com força suficiente para resistir às intromissões do Ministério Público e à perseguição da oposição. O consumo das metodologias participativas de planejamento é uma proposta capaz de operacionalizar a dialética de mudar para conservar, analisada por Paim (2008) no contexto da Reforma Sanitária Brasileira.

O contexto do convite para colaborar com o processo de planejamento participativo em Iguatu era mais complexo do que o grupo da ESPI avaliou quando o aceitou. O arranhão no narcisismo dos gestores estratégicos causado pelo *Relatório* ativou sua memória reptiliana, a sobrevivência da elite no Brasil sempre dependeu de sua capacidade de amoldar-se aos tempos e às circunstâncias. Astuciosos, farejaram na piora de alguns indicadores os sinais de crise assistencial e financeira. Prudentes,

afastaram-se da linha de frente quando os adversários na disputa político-partidária fortaleceram suas posições. Sagazes, dissimularam suas intenções por meio da emulação, o “pois faça melhor”, com o grupo da ESPI.

Ainda em outubro de 2013, de modo simultâneo ao convite do grupo da ESPI para elaborar o PMS 2014-2017, ocorreu, a transferência da gestão do HRI para a SBSC. O enfrentamento do agravamento da crise no sistema de saúde municipal se deu em duas direções diferentes. Na SMS, a opção seria pelo planejamento participativo em saúde visando organizar o processo de trabalho e gestão em saúde de modo descentralizado, flexível, democrático, efetivo e eficiente com objetivo de constituir uma rede integral e humanizada de atenção à saúde. No HRI, seria firmado um convênio para gestão da instituição sob lógica privada, visando organizar o processo de trabalho e gestão de modo centralizado, padronizado, vertical, efetivo e eficiente com objetivo de controle de custos e redução da influência política partidária na instituição.

O grupo da ESPI não identificou essa contradição prontamente e seguiu postura semelhante à dos gestores da SMS quanto aos Camilianos, considerados como aliados que diminuiriam a complexidade da gestão municipal da saúde ao assumir o HRI, responsável por grande parte dos incêndios cotidianos da gestão – desde a dificuldade para conseguir preencher as escalas de plantão dos médicos especialistas até denúncias sobre profissionais cobrando propina dos pacientes para realização de procedimentos cirúrgicos. O sentimento era de alívio por entregar o “problema do Regional” para os Camilianos. Os trabalhadores do hospital também estavam satisfeitos com a mudança de gestão, a grande maioria tinha seu vínculo com a FUSPI, responsável pela gestão do municipal, por meio de contrato temporário, ou seja, sem garantia ampla de direitos trabalhistas. Os Camilianos realizaram a contratação de todos os trabalhadores, exceto dos médicos, de acordo com a CLT, o que gerou clima positivo devido à maior segurança e estabilidade. Os médicos foram contratados como pessoas jurídicas, portanto reduzindo o valor dos impostos recolhidos, aumentando o valor de sua remuneração líquida e, conseqüentemente, sua simpatia pelos Camilianos. Quanto aos profissionais concursados, havia aproximadamente 30, sendo apenas um de nível superior, permaneceram com vínculo estatutário pela FUSPI e seguiram sua rotina de trabalho, sem alteração de setor ou escala, portanto, sem motivos para insatisfação adicional.

4.2.2 Plano de Saúde: participação na estratégia

O convite dos gestores estratégicos para elaboração do PMS 2014-2017 direcionou os esforços do grupo da ESPI para utilizar o planejamento como dispositivo instituinte das transformações indicadas como necessárias no *Relatório*. Sua primeira iniciativa operacional foi analisar, em novembro de 2013, os documentos sobre o planejamento municipal em saúde.

O PMS 2010-2013 foi elaborado, segundo o gestor de nível tático responsável por seu acompanhamento, como uma “atualização” do PMS 2005-2008³. Entende-se “atualização” como o aproveitar muitos trechos do texto do PMS 2005-2008 para compor o PMS 2010-2013. Esse servidor, que solicitara desligamento do município para assumir cargo de gestão em outra instituição pública, sugeriu ao autor que também fizesse uma “atualização” do PMS 2010-2013 para elaborar o PMS 2014-2017. Desse modo, repetindo o processo instituído de desvalorização do Plano de Saúde, considerado apenas um texto, portanto passível de pastiches ou “atualizações”. Essa negligência com o PMS não teve consequências na transferência de recursos federais e estaduais para o município, pois a existência do Plano é suficiente para a efetivação das transferências. Não se obteve justificativa formal para 2009 ser um ano sem cobertura por um Plano de Saúde nem para a manutenção das transferências interfederativas nesse período.

A análise dos Planos fortalece as evidências do pouco cuidado dispendido com o planejamento municipal. A estrutura dos documentos não segue as portarias do Ministério da Saúde nem as recomendações do PlanejaSUS, caracterizando-se como longos diagnósticos de situação de saúde – sem densidade crítica para serem consideradas análises situacionais segundo referencial matusiano – justapostos a uma extensa lista de objetivos e ações. A *Introdução* dos Planos relata sua metodologia de elaboração, que é idêntica em ambos:

³ Não ocorreu divulgação impressa ou eletrônica do Plano Municipal de Saúde de Iguatu 2005-2008 nem do Plano Municipal de Saúde de Iguatu 2010-2013. A circulação desses documentos manteve-se restrita à SMS e ao CMS. Portanto, não constam nas Referências dessa Tese. O Plano Municipal de Saúde de Iguatu 2014-2017, a Programação Anual de Saúde de 2014 e a de 2015 e o Relatório Anual de Gestão de 2014 e de 2015 não foram objeto de publicação específica, mas foram divulgados em meio eletrônico na plataforma do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão-SARGSUS, disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=23&codTpRel=01>>. Por também não terem sido objeto de publicação, não constam nas Referências e foram considerados documentos primários, como as atas das reuniões do CMS e os relatórios da SMS.

A metodologia escolhida privilegiou o planejamento estratégico em virtude do mesmo exigir a participação e envolvimento da população como forma de compartilhamento na identificação dos problemas e definição nas decisões além de permitir maior compreensão do sistema e segurança no uso dos recursos, potencializando-os no aproveitamento de maiores oportunidades.

A opção pelo Planejamento Estratégico é justificada ainda, pelo fato de ser a sociedade uma estrutura dinâmica e estar esta modalidade de planejamento aberto ao movimento social, prevendo mudanças de cenário, possibilitando a promoção da saúde e melhorias constantes.

Para elaboração do presente plano contou-se com os seguintes passos:

1. Reuniões entre os gestores municipais (prefeito e secretário municipal de saúde) e profissionais;
2. Reuniões no Conselho Municipal de Saúde com pauta para discussão dos principais problemas e agravos que acometem a população;
3. Reuniões com prestadores contratados e conveniados com o SUS;
4. Reuniões com secretários municipais da atual administração buscando a intersetorialidade.

Todos os grupos foram sensibilizados no sentido de trabalharem identificando os problemas que acometem a população, os pontos fortes e fracos, as ameaças e as oportunidades existentes no município, que poderiam intervir no sentido de facilitar ou dificultar na solução dos problemas.

Anuncia-se o planejamento como estratégico, mas ocorre uma bricolagem de metodologias. A influência das metodologias utilizadas pela iniciativa privada pode ser identificada no uso da matriz SWOT – *strengths*/forças, *weaknesses*/fraquezas, *opportunities*/oportunidades e *threats*/ameaças – no último parágrafo. A prescrição original da matriz é maltratada, pois, segundo Kotler (2000), ela não é usada para formular análise apenas dos fatores do ambiente interno da organização – no caso, “existentes no município” –, mas abrange também o ambiente externo à organização – abrangendo fatores macroambientais relacionados às forças tecnológicas, político-legais, econômicas e socioculturais. Por isso o papel da União, do Estado e dos outros municípios da Região deveria, por exemplo, ter sido analisado nos Planos. No planejamento empresarial, a matriz não é um fim em si mesma, seu objetivo é fornecer elementos para formulação de quatro tipos de ações, que se baseiam nos cruzamentos da matriz – ações ofensivas (força x oportunidade), ações defensivas (força x ameaça), ações para anular a debilidade (fraqueza x oportunidade), ações para anular a vulnerabilidade (fraqueza x ameaça). Não se observa essa preocupação nos Planos.

Alguns traços de metodologias comunicativas podem ser rastreados na presença de vários grupos de atores, inclusive de usuários, e em sua sensibilização. Em alternativa, as ressonâncias freireanas e habermasianas são abafadas quando se demarca que a metodologia “exige” a participação e o envolvimento da população,

uma negação dos pressupostos da pedagogia libertadora ou das esferas públicas. Adicionalmente, o encaminhamento da proposta do Plano para ser votada e aprovada pelo CMS não foi registrado em suas etapas, assim desvalorizando essa instância de controle social.

Por fim, observa-se influência do planejamento estratégico na preocupação com o envolvimento de vários atores para elaborar o diagnóstico da situação de saúde, embora não avance para uma análise situacional no decorrer do documento, pois sua perspectiva é mais ajuntar dados do que analisar informações. Realiza-se um trabalho descritivo competente das fontes secundárias, mas sem a densidade crítica necessária. A metodologia ainda cita a proposta de compartilhamento das decisões entre os atores, mas não explica como ocorreu ou deveria ter ocorrido.

O texto do PMS 2005-2008 continua com: “Identificados os problemas, estes foram classificados e hierarquizados conforme nível de atenção. Aqui transcrevemo-los na íntegra”. Segue uma lista de 63 “problemas”, a maioria enunciado segundo uma fórmula padrão: “Falta de interação entre as áreas de saúde primária e a referência, [...] Inexistência de plantão odontológico, [...] Deficiência no atendimento e segmento das demandas, [...] Carência e o rodízio de profissionais médicos, [...]”. A categoria central dos problemas elencados no Plano é a ausência de algum serviço ou requisito para o funcionamento de um serviço de saúde. O centro da problematização feita pelo PMS 2005-2008 é a ampliação da oferta de serviços e a melhoria dos processos da SMS.

Essa poderia ser uma característica contingente, afinal era o início de uma nova gestão, que substituiu o grupo político que ocupava o poder. De outro ponto de vista, o PMS 2010-2013, não “atualizou” a lista de problemas, desse modo denotando que a ênfase na ampliação da oferta e melhoria dos processos persistia. O grupo da ESPI não questionou a necessidade de ampliar o acesso com qualidade, esse é um desafio do SUS em todo país e alvo de políticas do Ministério da Saúde, mas ficou surpreso com a ausência de referência às condições socio sanitárias. Nas duas listas de problemas, não se encontram formulações que abordem o “excesso de doenças” ou a “falta de saúde”. Em listas elaboradas com a participação de usuários, seria muito provável encontrar frases como “excesso de hipertensos e diabéticos” e “excesso de gravidez na adolescência” ou “falta de coleta de lixo” e “falta de esgotamento sanitário”. Uma hipótese levantada pelo grupo da ESPI foi a “classificação e

hierarquização” registrada no Plano ter transformado os problemas relacionados ao processo saúde-doença em demandas por mais e melhores serviços de saúde.

A seção seguinte do PMS 2005-2008 é derivada das metodologias empresariais de planejamento, seu título é *Identidade*, e apresenta a visão, a missão e os valores da SMS de Iguatu:

VISÃO DE FUTURO

O município de Iguatu é o articulador político da região, possui uma rede assistencial estruturada e hierarquizada, garante atendimento universal, resolutivo, humanizado, de qualidade e com gestão participativa e propicia aos iguatenses plena realização, dignidade e cidadania.

MISSÃO

Fortalecer a rede de atenção em saúde para prestação da assistência em promoção, prevenção, reabilitação e cura, com humanização e qualidade no atendimento, valorização dos recursos humanos e gestão participativa, contribuindo para o pleno alcance das potencialidades humanas e a melhoria da qualidade de vida da população.

VALORES

- Equidade
- Integralidade
- Respeito à vida
- Respeito à natureza
- Rejeição à violência
- Respeito à heterogeneidade
- Solidariedade

Se o PMS 2005-2008 recorreu a elementos do planejamento empresarial, é necessário analisá-los de acordo com seu modelo de origem para, posteriormente, avaliar se são coerentes com as propostas do SUS. Para Swayne, Duncan e Ginter (2008), a missão deve ser caracterizada como uma tentativa de capturar em um texto enxuto a essência dos propósitos de uma instituição, ou seja, é justificativa de sua existência, sua razão de ser. A visão apresenta uma imagem do futuro da organização, é uma descrição da instituição quando seus propósitos de existência forem plenamente atingidos. Os valores são os princípios fundamentais que balizam a missão e a visão, muitas organizações expressam por meio deles seus imperativos éticos e de responsabilidade social, mas também são possíveis valores relacionados a características administrativas como trabalho em grupo ou inovação. Os autores propõem matrizes para auxiliar na redação da missão e da visão, que podem ser aplicadas retrospectivamente para analisar o PMS 2005-2008. O Quadro 4 destrincha os componentes da missão e da visão desse Plano. O PMS 2010-2013 não registrou esses elementos, considera-se, portanto, que não foram alterados.

Quadro 4 – Análise da missão e da visão no PMS 2005-2008

Missão	
Componente	Palavras-chave
Consumidores e clientes-alvo	População
Principais serviços ofertados	rede de atenção em saúde para assistência em promoção, prevenção, reabilitação e cura
Abrangência geográfica da oferta	-
Valores específicos	humanização e qualidade no atendimento, valorização dos recursos humanos e gestão participativa
Filosofia explícita	o pleno alcance das potencialidades humanas e a melhoria da qualidade de vida da população
Outros aspectos importantes de diferenciação	rede de atenção em saúde
Visão	
Componente	Palavras-chave
Esperança clara para o futuro	o município de Iguatu é o articulador político da região
Desafios e excelência	possui uma rede assistencial estruturada e hierarquizada
Inspiração e emoção	garante atendimento universal, resolutivo, humanizado, de qualidade
Empoderamento dos empregados	gestão participativa
Direcionamento assertivo	propicia aos igatuenses plena realização, dignidade e cidadania.

Fonte: Elaborado a partir das recomendações de Swayne, Duncan e Ginter (2008) aplicadas retrospectivamente ao PMS 2005-2008

Missão e visão dialogam sobre a necessidade de organizar a oferta dos serviços de saúde – destinados à promoção, à prevenção, à reabilitação e à cura – em rede. Qualidade, humanização e participação são valores compartilhados entre ambas. Pode-se inferir que a valorização dos recursos humanos também é compartilhada, pois a plena realização, dignidade e cidadania dos servidores – em sua maioria, cidadãos igatuenses – passa necessariamente pela valorização profissional. O componente que destoa do contexto é a esperança para o futuro de se tornar "o articulador político da região", pois política não é qualificada como de saúde. Esse detalhe causou estranhamento no grupo da ESPI, um de seus integrantes, com certa ironia, evocou o clichê "Freud explica". A ausência do termo saúde após política seria explicada por um desejo velado de ascendência político-partidária regional do grupo recém-chegado ao poder. Ato falho à parte, a missão e a visão são coerentes entre si, mas restringem a atuação municipal em saúde a prestar serviços de saúde. Salienta-se que a missão e a visão não parecem ser apenas da SMS, mas da PMI como um todo, isso é o que se depreende do início do texto da missão, pois não há especificação no Plano se a missão, visão e valores são da SMS ou da PMI.

Uma maneira alternativa de analisar a consistência de sua elaboração é compará-la a exemplos de instituições privadas ligadas à saúde, técnica conhecida no planejamento empresarial, segundo Kotler (2000), como *benchmarking*. Um dos líderes do mercado de serviços de saúde brasileiro é a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2016), que divulga em seu *site*:

Missão

Oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira.

Visão

Ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social.

Valores

Mitzvá, Refuá, Chinuch e Tsedaká, ou seja, Boas Ações, Saúde, Educação e Justiça Social. Foram esses os preceitos judaicos que motivaram médicos da comunidade judaica a fundar a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein há mais de 50 anos. Somados aos valores organizacionais (Honestidade, Verdade, Integridade, Diligência, Competência e Justiça), eles norteiam as atividades e os colaboradores da instituição.

O exemplo de missão e visão da iniciativa privada consegue ter escopo mais abrangente e redação mais clara, enxuta e inspiradora, características valorizadas por essa metodologia. Seus valores também são mais claros e inspiradores, além de justificados no próprio texto. Evitando-se as repetições e especificações desnecessárias no PMS 2005-2008 – “Respeito à vida” implica em “Respeito à natureza” e em “Rejeição à violência” – e os conceitos obscuros – é difícil conceber “Respeito à heterogeneidade” como o mesmo que respeito à diversidade. Em síntese, a capacidade para formular a missão, a visão e os valores é inferior à do líder do segmento. Embora sejam coerentes internamente, foram derivados com pouca habilidade e o potencial dessa técnica não foi plenamente explorado. Observou-se, anteriormente, a tortura sofrida pela matriz SWOT.

Por outro lado, o objetivo desta Tese não é avaliar se as metodologias de planejamento foram utilizadas segundo as prescrições de seus formuladores, mas compreender como se deu esse consumo, o que parece erro, pode ser astúcia. Portanto, é essencial suspender os juízos de valor e retornar ao texto do PMS 2005-2008, que segue com duas seções destinadas à situação histórica, demográfica, social e econômica do município – *Identificação*, com 18 laudas – e às condições

epidemiológicas e da rede de serviços de saúde – *Análise da Situação de Saúde*, com 19 laudas.

As Armas Nacionais, um dos símbolos da República Federativa do Brasil, são enfeitadas com ramos de café e fumo, matérias-primas de estimulantes apreciados mundialmente e fontes de riqueza explorada sob o regime de *plantation*. O brasão de Iguatu é adornado por dois ramos de algodão, a fonte da riqueza tradicional local. Os trechos que abordam essa cultura no PMS 2005-2008 merecem, portanto, análise pormenorizada:

O grande apogeu socioeconômico vivenciado pelo município ocorreu na década de 1970 e primeira metade dos anos 1980, com a produção de algodão; porém, com a ineficiência no combate às pragas, mais especificamente o bicudo, este produto caiu substancialmente na pauta dos produtos agrícolas, ocupando hoje lugar secundário sendo precedido pela cultura do arroz, milho e feijão.

[...]

No setor primário se destacam a cultura do arroz – principalmente o arroz irrigado, cujos produtores possuem infraestrutura de irrigação e plantam tanto no período invernosos como no verão – feijão, milho e mesmo com a queda do preço no mercado, ainda se registra um potencial agricultável da cultura do algodão. Ressalta-se que antes da chegada do bicudo, Iguatu cultivava anualmente 25.000 ha de algodão herbáceo. Atualmente, esta cultura tem tido retorno e muito embora o bicudo não mais seja mito e sim uma praga exterminada como as demais, o algodão enfrenta dificuldades para produção, principalmente por ser uma cultura cara, necessitar de muita mão de obra e os preços se configurarem baixos tanto no mercado internacional como nacional. Contudo, mesmo com essas dificuldades somadas à estrutura fundiária iguatense, fragmentada nas mãos de muitos e sem registro legal, a produção no ano de 2004 foi em torno de 1.000 ha.

O menor prestígio atribuído a culturas destinadas ao consumo alimentar e local, como arroz, feijão e milho, em relação à monocultura exportadora é uma característica genérica da agricultura brasileira amplamente documentada em trabalhos como o de Dean (1996). A cultura de destaque, o arroz, não é considerada importante pela extensão da área plantada, pela produtividade ou por sua relevância na segurança alimentar, mas por utilizar técnicas modernas de irrigação, ou seja, por se aproximar do ideal moderno e cosmopolita da monocultura de exportação. A singularidade do diagnóstico situacional do PMS 2005-2008 está em apontar a estrutura fundiária supostamente fragmentada do município como uma condição negativa para a produção agrícola. Medeiros (2010), utilizando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, relata que o Índice de Gini de concentração fundiária da microrregião geográfica de Iguatu, em 1996, foi de 0,808 e, em 2006, foi

de 0,809, caracterizando-se como “concentração forte a muito forte”, mas situado abaixo do Índice estadual de 0,841, para 1996, e 0,857, para 2006. O índice não foi calculado para o município, mas não há motivos para acreditar que sua estrutura fundiária seja significativamente diferente da dos outros municípios da microrregião. A crítica à suposta fragmentação fundiária de Iguatu revela um compromisso com a concentração fundiária e, conseqüentemente, de renda, portanto uma contradição aos valores “Equidade” e “Solidariedade” registrados no Plano. O grupo da ESPI também considerou incomum um diagnóstico feito com a participação popular não ser favorável à maior distribuição de terra. O trecho do diagnóstico socioeconômico do PMS 2005-2008 sobre o algodão é pequeno, mas tem grande força simbólica e sinaliza os compromissos de classe dos responsáveis por sua elaboração.

A consistente redução da mortalidade infantil tem sido celebrada pela Administração Municipal, desde 2005, como um dos fiadores de sua boa capacidade de gestão. Seria coerente buscar no PMS 2005-2008 quais foram as estratégias utilizadas para alcançar esse resultado. Na *Análise da Situação de Saúde*, a mortalidade infantil é abordada em um breve trecho:

O combate à mortalidade infantil tem sido uma das principais ações desempenhadas no município ao longo dos anos e já conseguimos obter resultados positivos. Contudo, sabemos que muito ainda precisa ser feito, mesmo porque este indicador reflete não só o cuidado na área de saúde, mas nas demais áreas como moradia, emprego, cultura etc.

O ano de 2004 foi por demais importante no que se refere a este indicador, pois mesmo com adversidades como enchentes no início do ano e eleições majoritárias no fim do ano, este indicador mostra-se em declínio.

Um quadro e um gráfico de barras acompanham esse trecho e mostram os coeficientes de mortalidade infantil-CMI para os anos de 2001 (CMI = 21,13/1.000), 2002 (CMI = 21,22/1.000), 2003 (CMI = 25,58/1.000) a 2004 (CMI = 24,71/1.000). Não se divide o coeficiente em seus componentes neonatal e pós-neonatal e não se discute as causas da mortalidade. Embora seja reconhecido no texto a importância de uma abordagem multidisciplinar do problema, também não se traça um perfil social das famílias dessas crianças. Por outro lado, atribui-se como fator relacionado à piora da mortalidade infantil as eleições majoritárias, um determinante incomum desse coeficiente. O PMS 2005-2008 segue com a análise – o termo descrição seria mais apropriado – de elementos relacionados à mortalidade infantil, embora não articule essa discussão:

[Quadro e gráfico com a proporção de crianças com baixo peso ao nascer, menor que 25 Kg (SIC), para os anos de 2001 a 2004.]

Baixo peso ao nascer também tem sido uma preocupação da equipe de saúde, pois se compararmos a desnutrição ao nascer com as demais faixas etárias percebemos que nestas a tendência tem sido o decréscimo, mostrando assim que há uma necessidade de maior acompanhamento no pré-natal e nas orientações a gestantes quanto a alimentação e nutrição e uso de tabaco e outras drogas.

[Quadro e gráfico com a proporção de crianças de zero a onze meses desnutridas, para os anos de 2001 a 2004.]

[Quadro e gráfico com a proporção de crianças de doze a vinte quatro meses desnutridas, para os anos de 2001 a 2004.]

O ano de 2004 foi por demais adverso para o sistema de saúde em virtude da preocupação pontual com as consequências das enchentes, mesmo assim esse indicador tanto na faixa etária de 0 a 11 meses como de 12 a 24 meses mostra-se em declínio. Reflete a necessidade de fortalecer as orientações quanto a alimentação e nutrição já que os programas do governo federal no ano de 2004 se mostraram ineficientes em virtude da burocracia e preenchimentos de fichas on-line por profissionais não ligados a área de saúde, dificultando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças desnutridas.

[Quadro e gráfico com a proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo até quatro meses, para os anos de 2001 a 2004.]

Uma das maiores preocupações do sistema de saúde em relação ao puerpério é a garantia do aleitamento exclusivo das crianças até o 4º mês de vida, já que o leite materno tem a propriedade de proteção quanto a inúmeras doenças, sem contar com o apoio emocional de segurança e carinho. Esse indicador tem crescido mostrando a necessidade de fortalecimento das ações nesse sentido, muito embora outras dificuldades como, por exemplo, de ordem financeira obriga a volta das mães mais cedo ao trabalho, sendo essa alimentação muitas vezes substituída.

O padrão de apresentação dos dados epidemiológicos, repetidos em quadro e gráfico, e de sua discussão segue sem a densidade analítica que caracteriza a Epidemiologia – tradicional ou crítica. Cada indicador é entendido como uma informação independente das demais e sua análise é pontuada de recomendações genéricas demais – necessidade de orientar as gestantes quanto à alimentação e nutrição, dificuldade financeiras que exigem das gestantes o retorno ao trabalho e o abandono do aleitamento materno exclusivo – ou de considerações específicas demais – problemas com as enchentes em 2004, excesso de fichas dos programas federais. O PMS 2005-2008 segue sua análise das condições de saúde relacionadas à mortalidade infantil no município mantendo essa mesma lógica, abordando de modo fragmentado os indicadores da atenção à saúde no pré-natal

O grupo da ESPI compreendeu que o desenvolvimento de ações eficazes para a redução da mortalidade infantil dependeu mais de um conhecimento genérico sobre o tema do que das singularidades evidenciadas por uma análise situacional mais consistente. Retomando o PMS 2010-2013, persiste a decepção com sua “atualização”, agora em relação à seção *Diagnóstico*, que emenda a *Identificação* e a *Análise da Situação de Saúde* do PMS 2005-2008 e faz o arremate com mapas e gráficos atualizados, mantendo o gosto por repetir os mesmos dados em quadros e tabelas.

O PMS 2005-2008 prossegue trazendo suas *Definições Estratégicas* que se dividem em duas partes *Focos Estratégicos* e *Objetivos/Ações*. Essa é a principal seção do plano, onde define-se o que deve ser feito e como deve ser feito. Em sua primeira parte, registra-se:

FOCOS ESTRATÉGICOS

A partir da metodologia de planejamento participativo, foi possível a integração de vários setores e segmentos sociais do município de Iguatu, para elaboração do presente plano. Após consolidação das discussões e reflexões, deliberou-se por superar os desafios, a partir de focos, nomenclatura esta usada para que as intervenções sejam focalizadas e possam atingir alvos de problemas que aflijam a comunidade a partir dos seguintes princípios:

- Princípio da INTEGRALIDADE da Assistência busca oferecer um atendimento continuado garantindo a eficiência das ações dentro do sistema que funcionará de forma organizada e hierárquica.
- Promover a integração com os demais setores da administração desencadeará ações de INTERSETORIALIDADE que servirão para elevar o aproveitamento de recursos humanos e financeiros a um ponto máximo de utilização.
- A CAPACITAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS garantirão que as ações de saúde sejam desenvolvidas com competência e qualidade.
- GESTÃO COMPARTILHADA e com qualidade fará com que o sistema de saúde de Iguatu ganhe eficiência e atenda aos anseios da população. Identificados os FOCOS, a preocupação foi no sentido de trabalhar com os atores sociais, para que a partir dos problemas listados fossem sugeridas as soluções. Nesse momento destaca-se a participação dos técnicos que enquanto detentores de saberes científicos puderam contribuir no nível das discussões sem subestimar os participantes e sem deixar de levar em conta a sabedoria popular e a cultura local.

A mistura de metodologias de planejamento é resgatada. Seu caráter participativo é sublinhado, mas não se explica como se deu essa participação nem como as discussões foram consolidadas. Também não está claro quem deliberou por superar os desafios a partir dos focos. A fragilidade da proposta participativa é coerente com a proposta de planejamento focal, derivada do planejamento

empresarial. Porter (1996) condensou as estratégias empresariais em três formulações estratégicas: 1 - liderança total em custos, objetiva conseguir os menores custos possíveis; 2 - diferenciação, busca oferecer um produto de desempenho superior para o cliente; e 3 - foco; intensifica suas ações em segmentos estreitos de mercado. A empresa guiada pela estratégia de foco deve, portanto, concentrar seus esforços para atuar com excelência – entendida como liderança em custos ou diferenciação – em um ou mais segmentos estreitos do mercado. Ocorre uma justaposição de elementos do planejamento participativo e empresarial, mas rotulados como estratégico, no sentido atribuído ao termo pelo PES.

No consumo das diferentes metodologias de planejamento na elaboração do PMS 2005-2008, predomina a lógica empresarial, embora pontuada por elementos do planejamento participativo e engarrafada como estratégica. Sua abordagem focal reverbera a defesa de sistemas de saúde similares ao norte-americano, onde cada segmento do mercado de saúde é atendido de acordo com sua capacidade de pagar, e de uma atenção primária simplificada, chamada criticamente por Testa (2009) de “atenção primitiva de saúde”. Sendo assim, é incoerente com os pressupostos do SUS.

A coerência interna da proposta do PMS 2005-2008 é frágil. Observa-se que o Plano não opera nem combina com habilidade as metodologias disponíveis. Essa condição é evidente na superficialidade da discussão sobre os fatores determinantes da mortalidade infantil – elemento do PES –, na formulação frágil da missão, visão e valores – elemento do planejamento empresarial – e na controversa participação popular, que, supostamente, assumiu compromisso com a grande propriedade rural – planejamento participativo ou comunicativo. Mas seu produto final apresenta uma retórica que o torna palatável. O PMS 2010-2013 é “atualização” do anterior, dessa maneira padece das mesmas fragilidades quanto à coerência, embora com mais gravidade.

Especificamente sobre o uso de elementos da Epidemiologia nos dois Planos, constata-se que não existe um avanço para além da descrição fragmentada dos indicadores. Não se observa a densidade analítica da Epidemiologia tradicional ou da Epidemiologia Crítica. O resultado é uma descrição fragmentada da realidade, que não se articula com as estratégias estabelecidas para sua transformação. Por

outro lado, a análise mostra-se consistentemente fragmentada, portando denotando negativamente uma coerência interna em sua elaboração.

Ao confrontar o enunciado do plano com sua execução, o grupo da ESPI observou divergências importantes, mesmo respeitando-se suas incoerências. A gestão compartilhada não se efetivou de modo formal ou informal, trabalhadores e gestores de nível tático pontuaram no *Relatório* que o poder estava centralizado e concentrado nos níveis superiores da gestão. A eficiência não foi o principal direcionador da gestão, pelo contrário, a situação de crise financeira municipal devido à abertura de novos serviços, muitos deles sem uma proposta assistencial coerente com a situação sanitária local, como as Academias da Saúde, UPA, Centro de Quimioterapia e Hospital da Mulher e da Criança, sinalizam um distanciamento de qualquer lógica da economia da saúde e apontam para o imediatismo e espetáculo político-partidário das inaugurações e dos compromissos de campanha.

Na primeira quinzena de janeiro de 2014, o grupo da ESPI organizou a primeira oficina com todos os gestores de nível tático e estratégico da SMS para discussão sobre a metodologia de elaboração do PMS-2014-17 e pactuação do objetivo e das diretrizes do plano. Essa agenda extensa de tarefas para apenas uma reunião justificou-se pela dificuldade de reunir os coordenadores, retirando-os, portanto, de seu combate aos incêndios cotidianos da gestão. A principal fragilidade dessa opção foi iniciar o processo de planejamento sem a participação do controle social, os integrantes do grupo da ESPI explicaram essa falha – o adágio do grupo para esse tipo de “explicação” era “explica, mas não justifica” – compartilhando a responsabilidade com os integrantes do CMS, que não demonstraram protagonismo durante todo o ano de 2013 para colocar em pauta a discussão do PMS-2014-2017, pois aguardavam a iniciativa da gestão. Havia urgência em concluir o Plano de Saúde, pois 2014 começara sem esse documento essencial para as transferências interfederativas de recursos. A gestão teve de induzir sua elaboração para evitar prejuízos mais graves ao sistema de saúde.

A primeira tarefa proposta pelo grupo da ESPI e aceita pelos gestores foi a avaliação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, ainda vigente no início de 2014. É bastante óbvio iniciar a elaboração de um plano avaliando seu antecessor, contudo a micropolítica das interações entre os atores envolvidos poderia conduzir o processo de planejamento ao fracasso ainda em sua primeira reunião. Os gestores estratégicos

consideravam críticas à gestão como críticas a sua capacidade pessoal e também identificavam uma parte de sua personalidade com o prestígio de seus cargos. Ser secretário de saúde ou ser diretor de hospital era um elemento importante na construção da subjetividade dos indivíduos que ocupavam esses cargos. Essa sobreposição reverberava nas relações entre vida pública e privada. Algumas expressões como “meu tomógrafo”, “meu hospital”, “meus funcionários” sugerem o funcionamento de uma gestão que se faz “como na minha casa” em que o gestor “sabe ter pulso como um pai” e “não pede, manda”.

O grupo da ESPI avaliou que o embate direto com o instituído não seria eficaz. Mesmo que a argumentação crítica convencesse os gestores de nível tático sobre a importância de se modificar o processo de gestão, eles não teriam poder para enfrentar os gestores de nível estratégico. Destaca-se que o nível estratégico apoiava o grupo da ESPI e acreditava na importância de mudanças no processo de gestão, compreendendo que as práticas instituídas já estavam esgotadas e, também, os esgotava, gerando sofrimento psíquico. Além disso, a situação de crise assistencial, financeira e política eminentes diminuía a atratividade dos cargos de gestão estratégica, sendo tático para seus ocupantes afastarem-se deles. Por outro lado, não aceitariam críticas públicas às suas ações, pois qualquer crítica seria compreendida como uma iniciativa de “caça às bruxas”, um dos grandes temores relatados pelos gestores estratégicos quando ocorre mudança nos ocupantes dos cargos de direção. À vista disso, a transposição direta de metodologias problematizadoras de planejamento trazia o risco de gerar uma imobilização tensa da gestão, a metáfora seria o sítio a uma fortaleza, situação em que os atores permanecem em uma longa e desgastante disputa inercial pelo poder. A partir dessa análise, o grupo da ESPI compreendeu que uma abordagem estratégica tradicional não seria suficiente para oferecer soluções para a reorganização do processo de trabalho e gestão. A abordagem comunicativa foi entendida como uma possibilidade de mediação dos interesses capaz de introduzir algum diálogo na micropolítica e transformar a provável disputa entre os gestores instituídos e o grupo da ESPI em uma possível colaboração.

A primeira oficina foi o momento mais tenso na elaboração do PMS 2014-2017, sendo necessária sensibilidade e cautela dos facilitadores do grupo da ESPI para seduzir os participantes com uma proposta alternativa de gestão, mas sem exposição contundente as fragilidades do instituído. A ação foi tática e dialógica,

buscando criar consenso para modificar do instituído, mas sem ruptura e embate frontal com seus representantes. Por conseguinte, a crítica ao PMS 2005-2008, ao PMS 2010-2013 e à gestão da saúde nesse período não foi direta, mas oblíqua. Oblíqua, mas não dissimulada, pois era necessário esclarecer que, a despeito das práticas instituídas terem sido as melhores ou as únicas possíveis no passado – recuo tático do grupo da ESPI para não perder o apoio dos gestores estratégicos –, o momento era de mudança, ou seja, de instituição de novas práticas. O principal resultado dessa reunião foi a consolidação do apoio dos gestores de nível estratégico e a conquista do apoio dos de nível tático à proposta de planejamento participativo.

A perspectiva comunicativa do planejamento, buscando consensos, mesmo que parciais, mostrou-se superior à racionalidade estratégica para dar conta das mediações necessárias para articular os interesses diferentes e conflitantes dos atores envolvidos no processo de planejamento. A discussão da avaliação inicial do grupo da ESPI sobre a situação sanitária e assistencial do município com os gestores veteranos demonstrou maturidade e sensibilidade mútuos. A lógica comunicativa assegurou o entendimento entre o grupo de que as decisões anteriores e as necessárias no momento foram embasadas em racionalidades diferentes, e inclusive conflitantes, mas ambas almejavam ser a melhor escolha no horizonte do possível.

A partir dessa oficina ficou explícita a contradição entre a proposta oficial de planejamento, registrada legislação do SUS como ascendente, democrática e fundamentada na articulação de recursos e necessidades de saúde nas três esferas de governo, considerando as especificidades epidemiológicas e da organização dos serviços, e a possibilidade real de planejamento, caracterizada por uma forte indução da esfera federal, especialmente quanto ao financiamento, truncada por uma visão imediatista e medicalizadora das necessidades de saúde, tanto por gestores e trabalhadores quanto por usuários e permeada por interesses privados, corporativos e político-eleitorais.

Um dos marcos do PMS 2014-2017 foi não considerar a direção do planejamento como ascendente ou descendente, mas dialética. Reconheceu-se que o sistema local de saúde, ou mesmo todos os sistemas locais de saúde do Estado, teriam pouca capacidade de induzir políticas nacionais de saúde, embora esse seja um dos princípios organizacionais do SUS, portanto, por uma questão de sobrevivência na disputa por recursos financeiros federais, considerou-se estratégico

alinhar os dispositivos de planejamento municipais com os estaduais e federais, inclusive com o COAP. No entanto, entendeu-se como tático orientar todo o desdobramento do objetivo e das diretrizes, comuns aos outros níveis federativos, às necessidades de saúde e às condições de prestação de serviços locais, portanto elaborando criteriosamente novas metas e indicadores afinados localmente.

Após estabelecer um consenso interno sobre a condução do processo de planejamento, o grupo da ESPI concebeu com a presidência do CMS uma proposta para envolver a maior quantidade de usuários e trabalhadores no menor tempo possível na elaboração do PMS 2014-2017. Não havia previsão de Conferência de Saúde para 2014, nem seria viável organizar um evento similar, pois a conclusão do Plano era urgente. A solução encontrada foi capilarizar as discussões, geralmente centralizadas na Conferência. Mas a capilarização deveria ser acompanhada de qualificação do debate, pois as experiências com Pré-Conferências de Saúde descentralizadas haviam sido pautadas pela “escuta das necessidades da população”, não pelo diálogo crítico. Os dispositivos escolhidos para serem utilizados para essa tarefa foram os CLS existentes no município e organizados de acordo com a área de cobertura de cada ESF. O Plano seria debatido nessas instâncias do controle social com o apoio de integrantes do CMS e do grupo da ESPI e de gestores táticos e estratégicos.

As ações dos CLS em Iguatu resumiam-se ao preenchimento das atas de uma reunião de fundação e de duas ou três reuniões ordinárias. Sua existência não se relacionava a um movimento orgânico, mas apenas à necessidade de preencher um requisito da avaliação do PMAQ-AB. A proposta do grupo da ESPI e da presidência do CMS buscava qualificar e valorizar essas instâncias do controle social, portanto transcendiam a tarefa de discutir o Plano, utilizada de modo tático para ativar esses espaços públicos. Em todos os momentos do planejamento existiu uma equalização entre o agir estratégico e o comunicativo. A indução mobilização dos CLS foi o momento predominante do agir comunicativo, que poderia potencializar uma mobilização popular orgânica não apenas para elaboração, mas também para o monitoramento e a avaliação do PMS 2014-2017.

Na segunda quinzena de janeiro de 2014, ocorreu reunião conjunta do CMS e de um dos CLS para discussão da metodologia de planejamento proposta pela SMS e do objetivo, diretrizes e metas do PMS 2014-2017. Os dois colegiados

compreenderam a relevância do planejamento e a proposta do grupo da ESPI e da presidência do CMS para descentralização das discussões do Plano foi aprovada, bem como o alinhamento de objetivo, diretrizes e metas aos dispositivos nacionais, estaduais e regionais de planejamento, embora atendendo às singularidades socio sanitárias e assistenciais do sistema local de saúde.

Entre janeiro e fevereiro de 2014, foram realizadas reuniões em todos os seis CLS ativos do município, cinco da zona urbana e um da rural. Sendo um dos CLS responsável por representar três eSF e os demais representando uma equipe cada. Portanto abrangendo 8 das 29 eSF implantadas. As reuniões contaram, principalmente, com a presença de usuários e de trabalhadores das unidades de saúde da família. A participação de conselheiros de saúde e de gestores de nível tático e estratégico funcionou como um elemento agregador de novos usuários e trabalhadores dispostos a participar desse espaço público.

Nesse momento, um primeiro esforço panóptico para agregar informação de diferentes bases de dados oficiais já havia sido empreendido pelo grupo da ESPI, que seria utilizado como base para discutir a situação de saúde com os CLS e CMS. O *corpus* inicial foi criticado e complementado seguindo o direcionamento dos temas apontados como relevantes nas reuniões, por exemplo, aumento da quantidade de vítimas de violência ou acesso a exames e consultas especializadas. Nas reuniões dos CLS também foram debatidos o objetivo, as diretrizes e as metas.

Simultaneamente às reuniões com os CLS, o grupo da ESPI organizou as coordenações setoriais da SMS em grupos de trabalho interdisciplinares, responsáveis por realizar oficinas para estabelecer propostas de metas e indicadores para cada diretriz do plano com apoio de integrantes do grupo da ESPI. Foram realizadas quatro oficinas interdisciplinares com os gestores táticos, sua distribuição baseou-se na relação estabelecida entre o setor ou serviço de saúde sob sua responsabilidade e as contribuições que poderiam trazer para o Plano. Por exemplo, para trabalhar com a diretriz “Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção”, foram convidados os coordenadores da Atenção Básica, Saúde Mental e Central de Assistência Farmacêutica. A participação dos gestores táticos foi satisfatória, muitos deles também se envolveram nos debates nos CLS, permitindo um aprofundamento da

análise da situação de saúde e da rede de serviços locais e uma primeira validação dos indicadores e metas ainda durante sua elaboração, embora sem seguir um procedimento padronizado.

Por outro lado, não ocorreu participação dos gestores do HRI no processo de planejamento. O grupo da ESPI não considerou esse distanciamento da gestão do hospital como uma característica necessária, mas contingente, sempre atribuída a dificuldades de agenda e não à incompatibilidade programática. Posteriormente, essa leitura mostrou-se equivocada.

No início de 2014, a Administração Municipal considerava que “entregar” o hospital aos Camilianos seria uma solução para seus problemas crônicos, que agora seriam resumidos ao pagamento mensal do convênio, portanto transferindo a responsabilidade do município para essa instituição privada. O grupo da ESPI não questionou a proposta da Administração Municipal. É possível explicar, mas não justificar o grupo da ESPI não ter questionado a privatização do HRI: 1 - o convênio foi assinado em outubro de 2014, quando o grupo ainda estava começando a se consolidar; 2 - a proposta de privatização era debatida desde 2011, tornando-se, ao longo do tempo, mais um objeto de disputa entre os dois grupos políticos rivais do município, misturando racionalidade estratégica e compromissos eleitorais; 3 - a retórica dos Camilianos sobre sua capacidade e experiência em administração hospitalar é bastante sedutora; 4 - o grupo da ESPI não demonstrava afinidade com a gestão hospitalar, identificando-se mais com a organização do sistema de saúde; e 5 - o grupo da ESPI não foi consultado sobre o convênio com os Camilianos nem tinha poder para impedir sua concretização.

Retomando a elaboração do PMS 2014-2017, a preocupação do grupo da ESPI com o fortalecimento do controle social em saúde em Iguatu não se restringiu aos CLS e estendeu-se ao CMS. Ao se acompanhar suas reuniões, observou-se que as práticas concretas desse colegiado seguem a relação contraditória entre conquista e outorga da participação política analisada por Oliveira e Pinheiro (2010) no CMS de Fortaleza. As autoras apontam que o direito à participação foi estabelecido por meio de processo de luta, contudo muitos conselhos foram criados por iniciativa dos gestores e necessidade legal. Também é possível identificar em seu funcionamento, problemas típicos de conselhos gestores, descritos por Labra (2008), como a dificuldade de gerenciar os conflitos e de manter um alto grau de envolvimento de

seus membros. Adicionalmente, encontram-se desafios que a autora relaciona a traços característicos do modo de fazer política, na recente democracia brasileira, com a assimetria de poderes, o despotismo burocrático, o clientelismo, o fisiologismo e o desrespeito pela coisa pública.

A Constituição Federal de 1988 registra a participação da comunidade como uma das diretrizes do SUS. A Lei n.º 8.142/1990 regulamenta essa participação por meio de duas instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Esse último é descrito como:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

O CMS de Iguatu foi instituído pela Lei Municipal n.º 201, de 5 de maio de 1992, e possui Regimento Interno próprio, aprovado em outubro de 1996, revisado em junho de 1997 e, atualmente, em nova revisão. O colegiado conta com uma comissão permanente instalada, a Comissão de Orçamento e Finanças. Quanto aos representantes, há dezesseis membros titulares e dezesseis suplentes. Os representantes titulares de usuários são oito e os suplentes também.

A Resolução n.º 453/2012 determina que o CMS deve ser composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde. Observou-se durante as reuniões do CMS de Iguatu que, em alguns momentos, os conselheiros não conseguiam definir com clareza qual segmento representavam. O primeiro motivo é que a grande maioria se considera usuário do SUS e assume essa posição. O segundo motivo é a identificação e a promiscuidade com a gestão municipal:

A minha primeira gestão dentro do Conselho foi através da Secretaria de Saúde, na qual eu trabalhava. E aí a gente começou a participar das reuniões do conselho, e aí quando houve uma escolha para a diretoria do conselho, eu fiz parte, eu me candidatei, e não fui o escolhido para presidente do conselho de saúde, mas fiz parte da eleição do conselho. Daí para cá fiquei como conselheiro. Fui escolhido pela entidade da qual eu fazia parte como conselheiro. A princípio representava as associações de moradores e depois fui representar os prestadores de serviço do SUS (Representante dos prestadores).

Existe uma alternância de segmento representado sem alternância de representante. Essa lógica peculiar de representação é coerente com o uso dos termos “escolha” e “escolhido” para referir-se ao modo de seleção dos conselheiros, pois os termos “eleição” e “eleito” não poderiam ser usados sem causar um estranhamento ainda maior sobre o processo. O representante dos trabalhadores, embora de modo menos explícito, apresentou dificuldade similar: “No caso aqui, a gente da Secretaria de Saúde que faz parte do Conselho, enquanto funcionário da gestão, funcionário de nível superior”.

A legislação define o segmento como “trabalhadores de saúde”, o entrevistado opta por “funcionário da gestão”, afinal é “gente da Secretaria de Saúde”. A identificação principal do representante é com a gestão, na qual ocupa cargo comissionado, embora não seja gestor tático ou estratégico. A Resolução n.º 453/2012 (BRASIL, 2012b) define em sua terceira diretriz:

VI - A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as).

VII - A ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do(a) Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do(a) Conselheiro(a) (BRASIL, 2012b).

Portanto, é necessário também questionar como se dá a relação entre representantes e entidades no CMS de Iguatu:

Infelizmente, depois das reuniões a gente não tem o *feedback* com os outros profissionais, em relação aos assuntos tratados no Conselho. Acho que seria aí uma forma, digo assim, não uma forma, um pecado que a gente comete enquanto Conselho e também enquanto profissional da saúde. Poucos sabem, acredito que nem cinco por cento saiba que eu faço parte do Conselho (Representante dos trabalhadores).

Novamente, o termo “trabalhadores” não é utilizado, preferindo-se “profissionais”. “Trabalhador” carrega a densidade simbólica de “trabalho”, atividade inerentemente humana e universal. “Funcionário” relaciona-se ao serviço público e sua contraposição ao setor privado, onde estão os operários. “Profissional” remete ao corporativismo e às disputas entre as profissões por prestígio. “Funcionário” e

“profissional” indicam, portanto, um sectarismo sutil. A escolha desses termos no discurso é coerente com a fragilidade geral da representatividade desse entrevistado.

O entrevistado admite que o relacionamento com a sua base não existe. Se existisse seria apenas um *feedback*, ou seja, repasse de informações. Não é surpresa que os trabalhadores representados pelo conselheiro não o conheçam, de fato, parece que ele também não os conhece, ou reconhece, como trabalhadores, mas apenas como profissionais ou funcionários. O momento ideal para o *feedback* é “depois das reuniões”, o que reforça a perspectiva de que a base é compreendida como expectadora do processo deliberativo do Conselho.

A postura do representante dos usuários é inteiramente oposta. Esse entrevistado não apresenta dúvidas quanto ao segmento que representa e afirma: “Usuário. Sempre eu defendi o movimento popular, a participação popular, o controle social, sempre nessa linha”. O discurso é enfático quanto à identificação do conselheiro com a luta pelo controle social no SUS e persistência dessa opção política. Sua relação com a entidade que representa segue uma perspectiva bastante coerente com sua proposta:

Hoje, eu estou presidente da Associação [...], então a gente faz esse elo de ligação entre Associação e Conselho. A gente discute nas reuniões da Associação, até porque essa questão da saúde, a gente já vem trabalhando há muito tempo na associação (Representante dos usuários).

Estabelecer um “elo de ligação” entre o CMS e uma associação comunitária pode ser considerado como uma estratégia para mobilização e articulação da sociedade para defesa dos princípios do SUS, uma das competências dos CMS de acordo com a Resolução n.º 453/2012 (BRASIL, 2012b). O fato da saúde ser objeto de “discussão”, e não de *feedback*, na associação comunitária denota uma concepção de participação mais democrática e propositiva no segmento usuário em relação ao segmento trabalhadores e prestadores de serviços. Essa transcendência da comunicação trouxe alguma esperança ao grupo da ESPI quanto às possibilidades de instituição de esferas públicas e de avanço da democracia deliberativa. Pois, a comunicação restrita ao *feedback* pode, no máximo, ensejar uma participação baseada no modelo agregativo.

Constata-se a proximidade e a abertura para o diálogo propositivo entre o representante dos usuários e sua entidade, características das esferas públicas.

Porém, essa poderia ser uma singularidade desse entrevistado e dessa associação, não se estendendo ao restante do segmento dos usuários. O representante do governo questionou, independente de segmentos, a publicidade das atividades do CMS de Iguatu, uma condição essencial para a efetividade do controle social:

Acho que até mesmo para os profissionais não tem essa divulgação. Assim, eu procuro estar participando das reuniões dos conselhos locais de saúde, onde a gente tem acesso a toda a informação, às dificuldades que a população está vivenciando, e lá eles dizem: realmente acontecem as reuniões do Conselho? O Conselho Municipal está funcionando? (Representante do governo).

A dicotomia “*feedback*/divulgação” versus “discussão” parece bem estabelecida e o uso do termo “profissionais” também, mas surge um elemento diferente, o CLS. A reunião do CLS permitiria o “acesso a toda a informação, às dificuldades que a população está vivenciando”, a lógica da redução do controle social à reivindicação é evidente, mas também é colocada em xeque a necessidade de entidades organizadas para representação do segmento usuários, pois “toda informação” pode ser coletada diretamente do CLS. Percebe-se uma valorização de instâncias menos organizadas, CLS, em relação às entidades que representam os usuários. O representante do governo retoma a lógica de confundir a “escuta das necessidades da população” com participação popular. Essa perspectiva ameaça a independência das instâncias do controle social por meio do aparelhamento, ou seja, seu envolvimento nas tramas dos fluxos de benefícios, votos e recursos financeiros. O emaranhado do clientelismo e do fisiologismo não ameaça apenas as tênues esferas públicas, mas também os espaços públicos consolidados, afinal, se as “reais necessidades” podem ser captadas diretamente da “população”, qual seria a necessidade de intermediários.

O grupo da ESPI buscou diferentes propostas para auxiliar na consolidação dos CLS como espaços públicos e na sua instituição como esferas públicas, mas sem desvalorizar ou desmobilizar outras formas de organização dos movimentos sociais como associações, cooperativas ou sindicatos. Os CLS são compostos por trabalhadores e usuários residentes na área de abrangência da equipe de saúde da família. Apenas enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde participaram das reuniões representando os trabalhadores, embora tenham sido propostos horários durante e após o expediente, não foi possível obter o

envolvimento das demais categorias profissionais. Quanto aos representantes dos usuários, o perfil era mais heterogêneo, mesclando representantes de entidades, como associações de bairro e idosos, de grupos de convivência e usuários que desejavam participar das reuniões. A presença de mulheres e idosos foi predominante nesse grupo.

O discurso dos dois grupos representados nos CLS apresentou uma convergência quanto ao principal problema enfrentado pelo sistema de saúde local, dificuldade de acesso a exames diagnósticos, procedimentos e consultas médicas especializadas. A quase totalidade dos usuários concebe saúde como ausência de doença e deseja um cuidado de saúde curativo e medicalizado. As propostas de promoção da saúde e prevenção de doenças da estratégia de saúde da família não são valorizadas, o que gera insatisfação na equipe e direcionamento de seu processo de trabalho para ações curativas. Nesse arranjo, a demanda por cuidados no nível secundário extrapola uma oferta que poderia ser considerada como no limiar do satisfatório, caso a atenção primária funcionasse com boa resolutividade.

Retomando as observações e intervenções do grupo da ESPI nas reuniões do CMS, é possível considerar as representações sobre saúde e doença dos conselheiros municipais de saúde como a moldura de sua participação no CMS. Dessa maneira, esperando-se que exista alguma coerência entre sua visão sobre saúde e doença e sua postura diante das discussões e deliberações, inclusive sobre o PMS 2014-2017:

Na minha concepção, saúde é a ausência de doença, é corpo são, mente sã. É minha concepção de saúde. E doença é quando o corpo está passando por certas dificuldades, pode ser psicológica, pode ser e é, então, isso é doença. É quando o corpo não está bem, está fragilizado, vamos dizer assim. Nesse processo, para que a população tenha qualidade de vida, primeiro passa por ter os elementos necessários, a exemplo: trabalho, moradia, lazer, com tudo isso se previne a doença, quando você tem todos esses instrumentos (Representante dos usuários).

Existe uma contradição entre a visão de saúde individual, do “corpo”, restrita à “ausência de doença”, e a visão de saúde coletiva, da “população”, abrangente e envolvendo a promoção de saúde com “trabalho, moradia, lazer”. Embora contraditória internamente, essa visão é coerente com a posição do representante dos usuários durante as discussões nas reuniões, pois milita por

melhorias nas condições gerais de vida da população e, ao mesmo tempo, apresenta uma visão medicalizada da saúde individual.

A transformação de experiências existenciais como a dor, a enfermidade, a doença e a morte em um conjunto de barreiras ao bem-estar individual que devem ser combatidas por meio do consumo de bens e serviços monopolizados pela instituição médica é uma característica das concepções ocidentais contemporâneas sobre saúde, doença e atenção à saúde (ILLICH, 1975). Os outros entrevistados compartilham, em certo grau, essa visão sobre saúde e doença:

Saúde é bem-estar, saúde é prevenir. Prevenção é o melhor para a saúde, de contrapartida evita as doenças. Você tendo uma ação de prevenção, aí eu cito até um equipamento que foi lançado pelo Governo Federal que buscou visionar, visar isso aí. Tanto os PSFs de atenção básica, depois veio o NASF. Todos trabalhando a ação preventiva da saúde, para evitar justamente a doença. [...] Se fosse para dar uma nota de 0 a 10, eu daria um 6; porque falta muita coisa a ser feita, como com relação a exames. Principalmente exames em que a demora é muito grande para receber. Temos mais especialistas na área médica, é muito difícil; tem especialistas que nem tem, como no caso de neurologista (Representante dos trabalhadores).

O início do discurso remete aos *slogans* das campanhas de saúde oficiais. Após disparar que “saúde é prevenir”, o entrevistado tenta elaborar a relação entre atenção primária à saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças, mas recorrendo ao senso comum. Ao avaliar o sistema municipal de saúde, indica como principais fragilidades o acesso a exames e consultas com especialistas, nesse momento, apresenta maior segurança em seu discurso. Há uma contradição entre o objetivo da saúde, “prevenir”, e os motivos de o município não ter uma saúde “nota 10”, carência de exames e consultas com especialistas. Afinal, o entrevistado reconhece os serviços da atenção primária como os mais efetivos para concretizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

O discurso do representante do governo é peculiar, pois tenta descrever qual seria a visão da população sobre a saúde e a doença, indicando uma distância entre a prescrição das políticas de saúde e os desejos da população:

O desenho do Ministério da Saúde para a promoção da saúde e prevenção, é muito bonito. Mas assim, vindo para a realidade, quando a gente vai trabalhar com essa promoção à saúde, que é o desenho da estratégia saúde da família, que trabalha a promoção e a prevenção, a população, ela, não dá valor a isso. O que a população dá valor é ao atendimento em si, e... à receita do medicamento, à solicitação do exame, não a parte da promoção e prevenção da educação em saúde; era minha angústia, enquanto [...] do PSF,

que eu procurava trabalhar nesse sentido e muitas vezes a gente não via a valorização da população, o entendimento (Representante do governo).

Aqui, o foco é modificado, o entrevistado constata que os usuários do SUS local tendem a valorizar mais as intervenções médicas curativas do que ações de promoção e educação em saúde. A população, de certa forma, é apontada como responsável por essa inversão dos princípios do SUS. O conselheiro não estabelece uma crítica aos determinantes da medicalização da saúde, portanto defende a estratégia das políticas de promoção à saúde, culpando a ignorância da população, pois faltaria “entendimento”.

Estudando o controle social de Florianópolis, Grisotti, Patrício e Silva (2010) apontaram que usuários da atenção primária reclamaram das atividades de grupo oferecidas, alegando que elas tomavam o tempo de consultas e atendimentos curativos. Por outro lado, os usuários expressaram a necessidade de serem ouvidos pelos profissionais de saúde. Nas reuniões do CMS de Iguatu, evidenciou-se, também, essa articulação entre visões sobre saúde contraditórias no mesmo segmento de representantes, e até no mesmo indivíduo.

A visão sobre saúde e doença do representante dos prestadores de serviços encontra-se no extremo do espectro da medicalização, inclusive reduzindo a prevenção de doenças à realização de exames periódicos:

Olha, saúde é você fazer a sua prevenção, os seus cuidados periódicos para que você não possa se acometer de uma doença futura. [...] Olha é como acabei de falar, cada um tem que fazer a sua prevenção. O sistema de saúde no município, ele oferece, que não seja 100%, mas que ele tem seus serviços de saúde; o que falta nas pessoas é que elas têm que ter a preocupação do dia a dia. Se prevenir, se preocupar. Vou dar um exemplo: nós sabemos que tem muitos casos de câncer de mama, câncer de próstata, hoje a gente sabe que precisa de mais agilidade nos exames, nós precisamos do exame complementar. A mamografia. Nós precisamos de informações para os homens que são preconceituosos nessa questão de prevenir; fazer seus exames periódicos, ou seja, após sua idade de fazer seu exame de próstata (Representante dos prestadores).

A responsabilidade individual pelos cuidados de saúde é levada ao extremo, pois “cada um tem que fazer a sua prevenção”. E essa prevenção resume-se à realização de exames complementares e consultas especializadas e ao fornecimento de informações para convencer a população a realizar mais exames complementares e mais consultas especializadas. Embora a visão medicalizada do processo saúde-doença não seja exclusividade de nenhum dos grupos representados

no CMS, pode-se observar que ela segue um gradiente, sendo mais evidente nos representantes dos trabalhadores e dos prestadores.

Durante as reuniões do CMS e dos CLS para elaboração do Plano de Saúde, essa tendência à medicalização foi problematizada pelo grupo da ESPI. Após sensibilização, usuários e trabalhadores foram capazes de enxergar o processo saúde-doença e seus determinantes de maneira mais abrangente. Emergiram como temas o crescimento da violência, a necessidade de ampliação do saneamento básico, a potencialidade da educação em saúde e as possibilidades de mobilização social para o cuidado com a saúde da comunidade. O sucesso na construção de uma esfera pública foi parcial, alguns posicionamentos contundentes dos usuários sobre as fragilidades da gestão municipal iniciavam-se com um contraponto: “não estou querendo criticar, mas...”. A experiência da democracia participativa é bastante recente e o autoritarismo é parte da história política brasileira, portanto estabelecer espaços em que os usuários possam falar livremente não pode ser considerado como tarefa de fácil execução, na perspectiva do grupo da ESPI. Possibilitar a existência desses espaços, mesmo que frágeis, foi uma conquista no amadurecimento ético e político do sistema de saúde local.

O grupo da ESPI identificou no processo de articulação dos CLS dois fatores principais que contribuíram para o insucesso. A população adscrita das eSF, muitas vezes, não constitui uma comunidade, mas aglomerados ou fragmentos de comunidades. A limitação do poder deliberativo nos CLS também contribuiu para o desinteresse dos trabalhadores e da comunidade em fortalecer essa instância do controle social. Por isso, mesmo adotando medidas de valorização das reuniões, como a presença dos gestores estratégicos e de conselheiros de saúde, os CLS não saíram da fase de indução pelo gestor municipal.

No final de fevereiro de 2014, uma proposta consolidada do Plano foi encaminhada para discussão pelo CMS. Devido à participação da maioria de seus integrantes nas reuniões do CLS, o consenso sobre a proposta foi estabelecido sem necessidade de grandes ajustes. A aprovação ocorreu por unanimidade e foi expedida resolução para seu registro.

O Plano foi organizado em duas partes *Análise Situacional* e *Objetivo, diretrizes e metas*, contemplando os requisitos mínimos da Portaria n.º 2.135/2013: 1- análise situacional orientada pelos temas contidos no Mapa da Saúde – elaborado

durante as discussões do COAP; 2- definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores – alinhados com os dispositivos regionais, estaduais e nacionais de planejamento e contemplando as especificidades locais; e 3- o processo de monitoramento e avaliação – compreendido como uma construção participativa que deveria se dar a partir do fortalecimento do protagonismo de usuários e trabalhadores por meio da implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde - PNH. Foram estabelecidas dez diretrizes longitudinais, alinhadas com os dispositivos centrais de planejamento e uma diretriz longitudinal, que emergiu das discussões locais sobre a necessidade de fortalecer a humanização em saúde no município, especialmente, quanto ao protagonismo de usuários e trabalhadores para transformação das perspectivas de cuidado e gestão em saúde.

Em síntese, durante as reuniões para elaboração do Plano, o grupo da ESPI observou que os conselheiros de saúde, trabalhadores e gestores de nível tático e estratégico estabeleceram por meio do diálogo os consensos necessários para aproximar e complementar suas visões. Os grupos ou os indivíduos não recorreram à violência como suporte para suas opiniões. A proposta do movimento dialético do planejamento, nem ascendente nem descendente, foi suficiente para elaborar um Plano coerente internamente e alinhado com as políticas de saúde nacionais, portanto superando, ainda que de maneira provisória, a tendência ao enrijecimento e formalismo do planejamento no SUS apontada por Paim (2012), que considera os dispositivos legais supervalorizados, portanto transformando o processo em um ritual burocrático, afastado dos problemas reais de saúde. Pois, na tentativa de implementar um planejamento participativo, os gestores encontram diversos mecanismos legais e acordos institucionais que balizam, mas também diminuem, suas possibilidades de ação.

Retomando as categorias tática e estratégia, no sentido atribuído a elas por Certeau (2014), o Plano de Saúde é um documento estratégico, operado por sujeitos de poder que consideram seu campo de intervenção como próprio – serviços de saúde, fluxos de usuários na rede, tecnologias e conhecimento em saúde, recursos financeiros – e avançam sobre o que consideram como propriedade do outro, mas propriedade apenas parcial, pois deve ser regulada, medida e controlada – a vida na cidade, fluxos de pessoas e mercadorias, o corpo e a mente dos usuários dos serviços

de saúde. As táticas utilizadas pelo grupo da ESPI para buscar uma transformação do modo de se fazer atenção e gestão à saúde tiveram um bom encontro com as táticas dos gestores estratégicos para afastarem-se do centro da SMS durante um momento de crise financeira, assistencial e política iminente. O esperado seria uma transferência de poder, dos veteranos para calouros. Mas os dois grupos “captaram no voo”, metáfora precisa de Certeau (2014), que o poder deveria ser agora deslocado para o Plano de Saúde. Para o grupo da ESPI isso significava que o poder seria distribuído entre seus participantes. Para os gestores estratégicos isso significava que o poder não seria concentrado em nenhum de seus participantes. Leituras inversas e complementares, imagens especulares das táticas empreendidas para estabelecer novas relações com o poder – grupo da ESPI – ou de poder – gestores estratégicos.

O consumo das metodologias de planejamentos necessárias para elaborar o Plano de Saúde – e lidar com essas novas conformações do poder – mostrou ecletismo discreto, articulando a abordagem comunicativa à estratégica sem inovações em sua forma ou conteúdo. A *métis* foi mais importante que a *epistème* ou a *tékhne*. O senso de oportunidade do grupo da ESPI esteve sintonizado ao dos gestores estratégicos, ensejando um acordo sutil e silencioso, sem análise estratégica sistematizada e sem diálogo e deliberação pública.

O PMS 2014-2017, documento que registra a participação de trabalhadores, representantes de usuários e gestores na estratégia da SMS e elaborado por meio do consumo das metodologias de planejamento em saúde prescritas pelo Planejamento em Saúde, também foi objeto de análise do grupo da ESPI. Análise enviesada, pois a vanguarda de sua elaboração foi sua responsabilidade, mas análise crítica e autocrítica, dentro do horizonte de suas possibilidades.

A primeira parte do PMS 2014-2017, *Análise Situacional*, divide-se em três seções, *Condições de saúde da população* (com 9 laudas), *Determinantes e condicionantes de saúde* (com 4 laudas) e *Gestão em Saúde* (com 7 laudas). Cada uma dessas seções divide-se ainda em subseções. Na avaliação do PMS 2005-2009, a mortalidade infantil foi utilizada como exemplo do modo de se fazer a análise da situação socio sanitária. Esse mesmo tema é abordado no PMS 2014-2017, mas de maneira mais abrangente, sua primeira aproximação se dá na análise da pirâmide etária da população:

Considerando a distribuição da população por idade, observa-se estreitamento da base da pirâmide etária, caracterizando avanço no processo de transição demográfica. O índice de envelhecimento apresentou crescimento expressivo no município. Elevou-se de 35,9 em 2000 para 53,9 em 2010, confirmando o envelhecimento da população (IBGE, 2013). Esse é um resultado da melhoria das condições sociais, econômicas e de saúde na cidade. A modificação do perfil etário da população apresenta implicações no perfil de morbi-mortalidade, principalmente, aumento da prevalência das doenças crônicas.

[Tabela apresentando a Mortalidade proporcional por idade e faixa etária para os anos de 1996, 2004 e 2011.]

A mortalidade proporcional por idade, ilustrada na tabela [...], exibe um deslocamento da concentração de óbitos para os grupos de maior idade, portanto com elevação da expectativa de vida da população. A importante diminuição da mortalidade em crianças indica uma melhoria nas condições de vida e saúde da população.

A mudança do perfil de mortalidade é discutida em um contexto mais amplo de transição demográfica, que se relaciona mais a determinantes externos ao sistema de saúde como a melhoria das condições sociais e econômicas na Cidade do que a intervenções focais. Existe preocupação em relacionar a mortalidade infantil à melhoria das “condições de vida e saúde” da população, mas sem explicitar que isso foi uma consequência específica do aumento da quantidade ou melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. A discussão da mortalidade infantil no PMS 2014-2017 prossegue:

[Tabela apresentando a Mortalidade proporcional por faixa etária de menores de um ano para os anos de 1996, 2004 e 2011.]

A tabela [...] revela uma modificação no perfil da mortalidade infantil em Iguatu. O coeficiente de mortalidade infantil apresentou redução de 26,2/1.000 mil habitantes, em 1996, para 8,8/1.000 em 2011. O período neonatal precoce adquiriu maior relevância durante o período estudado, tornando-se o principal componente da mortalidade infantil em 2011. Esse fato denota melhoria dos cuidados básicos com as crianças no primeiro ano de vida, especialmente os relacionados à nutrição, vacinação e doenças diarreicas e respiratórias. As causas de óbito neonatal precoce estão relacionadas à prematuridade, patologias congênitas e fatores relacionados à gestação e ao parto, portanto exigem grande investimento para serem reduzidas.

[Gráfico apresentando a proporção de crianças até quatro meses em aleitamento materno exclusivo para o período de 2005 a 2012.]

[Gráfico apresentando a proporção de crianças menores de dois anos desnutridas para o período de 2005 a 2012.]

O gráfico [...] exibe discreta melhoria da proporção de crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo, mas ultrapassando os 75% de cobertura. O gráfico [...] revela importante redução da desnutrição em crianças menores de dois anos. A situação nutricional favorável é um dos principais determinantes da reduzida mortalidade infantil pós-neonatal no município. Por outro lado, a proporção de crianças com baixo peso ao nascer, determinante da mortalidade neonatal, segue estável desde 2005, variando de 5,98% (2007) a 7,65% (2010), indicando a necessidade de intervenção na assistência pré-natal.

O consumo de elementos da Epidemiologia tradicional é evidente, a descrição da mortalidade infantil é feita por meio de ferramentas quantitativas como coeficientes e proporções, que sumarizam e organizam as informações, permitindo sua comparação e o estabelecimento de hipóteses para explicar a queda da mortalidade infantil pós-neonatal – diminuição da desnutrição – e a persistência dos patamares da mortalidade infantil neonatal – estabilidade na proporção de crianças com baixo peso ao nascer. Os diferentes indicadores são usados de modo a complementarem-se e avançar da descrição para a análise da situação de saúde. A discussão prossegue por meio dos indicadores da assistência pré-natal, sua conclusão – não por coincidência semelhante à do PMS 2005-2008, que já mostrava cobertura do pré-natal no mês em valores superiores a 95% das gestantes desde 2001 – registra: “A universalidade do acesso à assistência pré-natal foi alcançada, contudo é necessário investir na melhoria de sua qualidade”.

A contribuição de elementos da Epidemiologia Crítica pode ser observada, mas é mais tímida do que o grupo da ESPI desejou e anunciou quando a elaboração do PMS 2014-2017 foi iniciada:

Renda e emprego

O valor do rendimento nominal médio mensal *per capita* dos domicílios particulares permanentes no município foi de R\$409,54 em 2010. A diferença entre a zona urbana (R\$501,60) e a zona rural (R\$241,62) é relevante e exige atenção especial do setor saúde (IBGE, 2013; CEARÁ, 2013b).

[Tabela apresentando a renda domiciliar per capita por faixas de renda considerando o salário mínimo para o ano de 2010]

Segundo a tabela [...], em quase 50% dos domicílios a população sobrevivia, em 2010, com renda domiciliar per capita inferior a meio salário mínimo (R\$510,00). A população extremamente pobre, com rendimento domiciliar *per capita* mensal de até R\$70,00, foi de 8,40% na zona urbana e de 29,30% na zona rural, selando o diagnóstico da disparidade de renda no território (IBGE, 2013; CEARÁ, 2013b).

A compreensão sobre a necessidade de a organização do sistema de saúde considerar as desigualdades de renda como um determinante da vulnerabilidade dos indivíduos e grupos aos problemas de saúde é registrada, conquanto não segue uma discussão específica sobre quais seriam esses problemas de saúde e qual seria o perfil dos grupos e indivíduos vulneráveis a eles em Iguatu. A *Análise Situacional* do plano foi baseada em fontes primárias – discussões nas oficinas com coordenadores e reuniões nos CLS – e fontes secundárias – bases de dados oficiais e *Relatório* elaborado pelo grupo da ESPI sobre processo de trabalho e gestão. A articulação entre as informações quantitativas e qualitativas das fontes mostrou-se um desafio superado apenas parcialmente.

Na experiência prévia do autor (GARCIA-FILHO; SAMPAIO, 2013) com o uso da Epidemiologia Crítica, para a análise dos determinantes sociais de um problema de saúde bastante específico, a violência interpessoal fatal, foram necessários, aproximadamente, dezoito meses de dedicação para se atingir uma articulação crítica entre seus níveis de determinação – processo individual, processo mediador e processo geral – e suas características aparentes e essenciais. Mesmo contando com uma equipe maior e motivada para elaboração do PMS 2014-2017, realizar uma análise da situação de saúde por meio da Epidemiologia Crítica se mostrou uma fantasia irrealizável. O grupo da ESPI consumiu alguns de seus elementos: 1- a importância de recorrer a determinantes exteriores do sistema de saúde para explicar as tendências de distribuição da saúde e da doença na população; 2- o contraponto emancipatório durante a análise da distribuição desigual de renda; e 3- a tentativa de usar a categoria população significativa (SAMPAIO, 1998) para qualificar o conceito genérico de população, parceiro maltratado e inseparável das “necessidades de saúde” ou das “reais necessidades de saúde”. A *Análise Situacional* do PMS 2014-2017 foi orientada pela Epidemiologia Crítica, mas não pode alcançar a densidade e a complexidade do modelo.

Por outro lado, crítica ou acrítica ou não crítica são qualificações que não avaliam o cerne da *Análise Situacional*, sua capacidade de subsidiar *Objetivo*, *diretrizes* e *metas* coerentes internamente e com as deliberações de representantes de usuários, trabalhadores e gestores. A segunda parte do PMS 2014-2017 é iniciada com a apresentação de seu objetivo, que é similar ao do Plano Nacional de Saúde:

O Plano Municipal de Saúde de Iguatu (2014-17) compartilha o objetivo do Plano Nacional de Saúde (2012-15): *aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde/SUS para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros.*

Essa opção pelo alinhamento com os dispositivos centrais de planejamento acompanhou a elaboração do Plano desde a primeira oficina com todos os gestores táticos e estratégicos da SMS e sempre foi consenso nas reuniões com os CLS e o CMS. A mesma perspectiva foi utilizada para estabelecer as doze diretrizes do PMS 2014-2017:

O Plano Municipal busca complementar os dispositivos de planejamento de acordo com as características específicas da situação de saúde local sob a perspectiva da regionalização. O fortalecimento da humanização em saúde, compromisso ético com o reconhecimento da cidadania, é proposto como diretriz transversal.

O texto do Plano utiliza a metalinguagem para explicar e justificar a opção dos participantes, prosseguindo com o registro de cada uma das doze diretrizes e das respectivas metas, indicadores, valores-alvo dos indicadores para 2017 e unidade de medida do indicador. Os conceitos de objetivo, diretriz, metas e indicadores utilizados no Plano seguiram as prescrições do PlanejaSUS:

Os **objetivos** expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.

.....
As **diretrizes** são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva – sob a forma de um enunciado-síntese – e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde.

.....
As **metas** são expressões quantitativas de um objetivo. As **metas** concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”.

.....
Indicador é um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas (BRASIL, 2009a, p. 26-28).

Uma definição similar à do PlanejaSUS para esses conceitos foi utilizada na construção do Plano Nacional de Saúde 2012-2015 e no COAP 2014-2015. Portanto, para manter o alinhamento e a coerência do PMS 2014-2017 com os dispositivos centrais de planejamento, foi necessário manter o mesmo entendimento

sobre seus conceitos estruturais: objetivos, diretrizes, metas e indicadores. O Quadro 5 traz um exemplo de como esses conceitos foram aplicados no PMS 2014-2017.

Quadro 5 – Exemplo de definição de diretriz, meta e indicador apresentada no PMS 2014-2017

Diretriz 1: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.			
Meta	Indicador	2017	Unidade
Redução de internações por causas sensíveis à atenção básica	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	25	%

Fonte: Elaborado a partir do PMS 2014-2017.

O PMS 2014-2017 buscou articular diretrizes e metas de modo coerente e medir por meio de indicadores quantitativos sua efetivação no período de quatro anos. O Plano adota uma perspectiva abrangente, sem desdobramento das metas em operações. Essa tarefa seria descentralizada para as coordenações da SMS, que teriam a responsabilidade de transpor as macroformulações do planejamento em microdecisões da gestão. Portanto, de encontrar táticas sintonizadas com o cotidiano sempre dinâmico da gestão para transformar a realidade de acordo com uma estratégia formulada de modo participativo.

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de *crack* e outras drogas.

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Diretriz 6 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa portadora de deficiência, com estímulo a uma vida ativa e fortalecimento das ações intersetoriais.

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Diretriz 9 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Diretriz 10 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Diretriz 11 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Diretriz Transversal – Fortalecimento da humanização como política pública que atravessa e integra as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS e implica em autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e participação coletiva no processo de gestão.

Apenas a *Diretriz 6* e a *Diretriz Transversal* do PMS 2014-2017 são diferentes das do Plano Nacional de Saúde 2012-2015. Algumas diretrizes do Plano Nacional não foram transpostas para o Plano Municipal por estarem fora do escopo das atribuições do município: 1 - *Diretriz 6*, que trata da implementação do subsistema de atenção à saúde indígena; 2 - *Diretriz 9*, que aborda a regulação e aprimoramento da regulação e fiscalização da saúde suplementar; 3 - *Diretriz 10*, que busca o fortalecimento do complexo produtivo e de ciência em saúde; 4 - *Diretriz 14*, que trata da promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde; 5 - *Diretrizes Transversais*, que buscam a ampliação de ações de saneamento básico e saúde ambiental com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento e a erradicação da extrema pobreza no país.

Para cada diretriz do PMS 2014-2017 foram mantidas as metas e os indicadores similares aos do Plano Nacional, que já haviam sido pactuadas em 2013 durante a elaboração do COAP 2014-2015. Perfazendo um total de 35 pares de metas e indicadores compartilhados. Também foram acrescentadas novas metas e novos indicadores, estabelecidos durante o processo de planejamento local. A discussão sobre como foram estabelecidas as metas e indicadores singulares permite compreender como as discussões e deliberações dos atores foram consolidadas e materializadas em proposições específicas, concisas e mensuráveis. Desse modo, como se deu sua participação na elaboração da estratégia.

Os Quadros de 6 a 15 trazem as metas e indicadores singulares de cada diretriz do PMS 2014-2017 que apresentou indicadores diferentes do Plano Nacional de Saúde 2012-2015.

Quadro 6 – Metas e indicadores singulares da *Diretriz 1* do PMS 2014-2017

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.			
Meta	Indicador	2017	Unidade
Aumentar o número de cirurgias buco-maxilo-faciais em 20%.	Quantidade de cirurgias buco-maxilo-faciais realizadas por ano	20	%
Aumentar o acesso da população masculina aos serviços de saúde da atenção básica	Proporção de unidades básicas de saúde que realizam mensalmente ações sistemáticas de atenção à saúde do homem	90	%

Fonte: Elaborado a partir do PMS 2014-2017.

As duas metas singulares registradas na *Diretriz 1* parecem de natureza diferente. A primeira bastante específica e a segunda bastante abrangente. Mas nos debates nos CLS e no CMS elas emergiram de modo complementar, pois ambas são relacionadas à dificuldade de acesso da população masculina aos serviços de saúde, tanto especializados quanto básicos. A necessidade de ampliar a oferta de cirurgias buco-maxilo-faciais é uma decorrência do aumento da quantidade de acidentes de trânsito, em que predominam as vítimas do sexo masculino. O PMS 2014-2017 registra em sua *Análise Situacional*:

O crescimento do coeficiente de mortalidade por acidentes de transportes elevou-se de 24/100.000 habitantes em 1996 para 35/100.000 em 2011. Nas duas últimas décadas, o setor de transportes no sertão cearense sofreu profunda alteração com a disseminação do uso de veículos motorizados, principalmente motocicletas, em contexto urbano sem condições estruturais adequadas. As ações de educação e fiscalização de trânsito ainda não estão consolidadas. O coeficiente de mortalidade por violência também cresceu de modo expressivo, de 15/100.000 habitantes em 2006 para 26/100.000 em 2011. De modo genérico, os determinantes desse processo são condições socioeconômicas adversas, fomentando a marginalidade, e fatores culturais, como as disputas de honra relacionadas a crimes passionais e rixas familiares.

As discussões sobre acesso da população masculina aos serviços de saúde na atenção primária fizeram referência à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer de próstata, compreendidos como uma das estratégias possíveis para conter o avanço das neoplasias – apresentadas na *Análise Situacional* como a segunda maior causa de mortalidade no município, apenas ultrapassadas pelas doenças do aparelho circulatório.

Quadro 7 – Metas e indicadores singulares da Diretriz 3 do PMS 2014-2017

Diretriz 3: Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.			
Meta	Indicador	2017	Unidade
Investigar os óbitos por causas externas	Proporção de óbitos por causas externas investigados	80	%
Aumentar o acesso das gestantes à atenção médica	Proporção de gestantes com pelo menos 3 consultas de pré-natal realizadas por médico na ABS	80	%
Aumentar o acesso das gestantes à atenção especializada	Proporção de gestantes com pelo menos uma consulta de pré-natal realizada por obstetra	70	%
Aumentar o acesso das gestantes à atenção médica	Proporção de puérperas visitadas por médico e enfermeiro	60	%
Melhorar a qualidade da atenção pré-natal	Proporção de unidades básicas de saúde em que o matriciamento por obstetra ocorreu trimestralmente	70	%
Aumentar o acesso das crianças à atenção à saúde	Proporção de crianças menores de 2 anos com pelo menos 15 consultas de puericultura	50	%
Aumentar o acesso das crianças à atenção médica	Proporção de crianças menores de 2 anos com pelo menos 7 consultas médicas de puericultura	30	%
Aumentar o acesso das crianças à atenção especializada	Proporção de crianças menores de um ano com pelo menos uma consulta com pediatra	50	%
Melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança	Proporção de unidades básicas de saúde em que o matriciamento por pediatra ocorreu trimestralmente	70	%
Aumentar o acesso dos adolescentes à atenção à saúde	Proporção de adolescentes com pelo menos um atendimento realizado pela equipe de saúde na escola.	50	%
Realizar testes de HIV nas gestantes usuárias do SUS	Número de testes de HIV por gestante	1,5	Razão
Aumentar a capacidade de intervenção dos comitês de mortalidade nos condicionantes do processo saúde doença	Proporção de reuniões dos comitês de mortalidade em que foram emitidas recomendações para os gestores.	100	%

Fonte: Elaborado a partir do PMS 2014-2017.

O PMS 2005-2008 já apontava que cobertura universal da assistência pré-natal havia sido atingida no município e que as ações da SMS deveriam ser pautadas para a melhoria de sua qualidade. Embora a mortalidade infantil e a materna tenham diminuído de modo consistente, a preocupação dos gestores e a reivindicação dos representantes dos usuários persiste a mesma, a melhoria de sua qualidade.

Qualidade foi identificada pelos representantes de usuários como acesso a profissionais de saúde especializados. Também, os gestores de nível tático e trabalhadores definiram qualidade como acesso a profissionais com maior habilidade e conhecimento, independente de especialização formal. A opção de consenso foi

ampliar o acesso a profissionais especializados e ampliar as oportunidades de educação permanente em saúde. A implantação do matriciamento das eSF por médicos pediatras e obstetras foi a estratégia de educação selecionada.

A investigação dos óbitos por causas externas foi alocada nessa diretriz, pois as intervenções relacionadas à violência contra a mulher e a criança terem sido consideradas como prioritárias pelos representantes dos usuários, embora sem uma justificativa de base epidemiológica. Por outro lado, a demanda por fortalecer os comitês de mortalidade partiu dos gestores táticos, que não consideravam suas ações efetivas para modificar a situação de saúde da população. A demanda pelo aumento do acesso ao teste de HIV em gestantes também partiu dos gestores táticos, pois complementa as outras medidas para prevenção e diagnóstico precoce do Plano.

Quadro 8 – Metas e indicadores singulares da Diretriz 4 do PMS 2014-2017

Diretriz 4: Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.			
Meta	Indicador	2017	Unidade
Melhorar a qualidade da atenção à saúde mental	Proporção de unidades básicas de saúde em que o matriciamento por equipe de saúde mental ocorreu mensalmente	100	%
Diminuir a quantidade de internações por doenças psiquiátricas	Número de internações em leitos psiquiátricos por ano	24	N. Absoluto
Aumentar a proporção de internações psiquiátricas em leitos de hospital geral em relação a leitos de hospital psiquiátrico	Razão entre pacientes internados em leitos psiquiátricos de hospital geral e de hospital psiquiátrico	0,5	Razão
Implantar o uso de prontuário eletrônico na rede de saúde mental	Número de serviços de saúde mental com prontuário eletrônico implantado	4	N. Absoluto
Implantar o uso do projeto terapêutico singular na rede de saúde mental	Proporção de pacientes acompanhados na rede de saúde mental com projeto terapêutico singular	40	%

Fonte: Elaborado a partir do PMS 2014-2017.

A diretriz relacionada à saúde mental sofreu forte indução do grupo da ESPI durante sua deliberação – afinal, o autor e outros três integrantes do grupo tiveram seu primeiro encontro com Iguatu devido à implantação do PRM de Psiquiatria. O acesso aos serviços de saúde mental, de modo similar à cobertura da assistência pré-natal, representava desafio superado. O novo desafio da saúde mental foi definido como semelhante ao da saúde materno-infantil: melhoria da qualidade. As metas para

superá-lo associaram dispositivos da PNH, como o matriciamento e o projeto terapêutico singular, aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, como redução de internações psiquiátricas e reduções de internações em hospitais psiquiátricos, para organizar uma rede de atenção psicossocial territorial. Apesar de que existissem vários serviços de saúde mental ditos de base territorial, seu funcionamento não se articulava em rede, nem entre os serviços de saúde mental nem com a atenção primária, com a rede de urgências ou com dispositivos e instituições exteriores à SMS.

Os representantes dos usuários percebiam que a existência de “muitos CAPS” não resultava em melhores cuidados de saúde, principalmente para os usuários de álcool e drogas, o problema de saúde mental apontado como de maior relevância no município. O exemplo citado foram as “transferências” de pacientes entre os serviços, principalmente de jovens usuários de drogas portadores de comorbidades psiquiátricas. Esses pacientes poderiam ser atendidos no CAPS ad devido ao uso de drogas, no CAPS i por terem idade inferior a 18 anos ou no CAPS geral por serem portadores de transtorno psiquiátrico de base; mas não eram atendidos de modo efetivo por nenhum deles, devido à fragmentação dessa rede de cuidados. Mas a sugestão de como superar essa fragilidade foi elaborada por gestores táticos e trabalhadores, principalmente pelo grupo da ESPI. Os representantes dos usuários consideraram a estratégia adequada e o consenso foi obtido.

Quadro 9 – Metas e indicadores singulares da *Diretriz 5* do PMS 2014-2017

Diretriz 5: Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.			
Meta	Indicador	2017	Unidade
Implantar o uso do projeto terapêutico singular na atenção dos portadores de DCNT	Proporção de pacientes portadores de DCNT acompanhados com projeto terapêutico singular	30	%
Implantar o uso do projeto terapêutico singular na atenção à saúde do idoso	Proporção de pacientes idosos acompanhados com projeto terapêutico singular	20	%
Aumentar o acesso de idosos portadores de DCNT à atenção à saúde	Proporção de idosos portadores de DCNT visitados por equipe de saúde da ABS pelo menos uma vez por ano	80	%

Fonte: Elaborado a partir do PMS 2014-2017.

Os representantes dos idosos e dos portadores de doenças crônicas, principalmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, foram grupos bastante assíduos às reuniões dos CLS e do CMS. Ainda que as reivindicações por

“mais exames e mais consultas com especialistas” fossem comuns, também foi consenso entre os integrantes desses grupos e seus familiares a preferência por uma assistência à saúde capilarizada e próxima a seus domicílios. A proposta de consenso foi a qualificação da atenção primária à saúde por meio da implantação de dispositivos da PNH, presentes nas três metas da *Diretriz 5* do PMS 2014-2017. O grupo da ESPI notou que a referência a esses dispositivos era recorrente nas deliberações sobre quais seriam as possibilidades de qualificar o cuidado em saúde.

Quadro 10 – Metas e indicadores da *Diretriz 6* do PMS 2014-2017

Diretriz 6: Garantia da atenção integral à saúde da pessoa portadora de deficiência, com estímulo a uma vida ativa e fortalecimento das ações intersetoriais.			
Meta	Indicador	2017	Unidade
Implantar o uso do projeto terapêutico singular na atenção das pessoas portadoras de deficiências	Proporção de pessoas portadoras de deficiências acompanhadas com projeto terapêutico singular	30	%
Aumentar o acesso das pessoas portadoras de deficiências à atenção à saúde	Proporção de pessoas portadoras de deficiências visitadas por equipe de saúde da ABS pelo menos uma vez por ano	90	%
Aumentar o acesso das pessoas portadoras de deficiências à atenção à saúde bucal	Proporção de pessoas portadoras de deficiências atendidas por profissional da saúde bucal pelo menos uma vez por ano	70	%

Fonte: Elaborado a partir do PMS 2014-2017.

A *Diretriz 6* é específica do PMS 2014-2017, não está presente no Plano Nacional ou nos outros dispositivos centrais de planejamento. A discussão sobre a saúde da pessoa portadora de deficiência emergiu durante a apreciação da proposta final do Plano no CMS, os representantes de usuários ligados a organizações que defendem os direitos de portadores de pessoas com deficiência apontaram a necessidade de ampliar o acesso das pessoas portadoras de deficiência, principalmente crianças, aos procedimentos odontológicos.

A defesa dessa demanda pelos representantes dos usuários, que narraram as dificuldades que as crianças portadoras de deficiência e seus pais enfrentam para ter acesso à saúde bucal, foi tão contundente, que despertou em todos os integrantes do CMS um sentimento de urgência quanto a incluir uma diretriz específica no PMS 2014-2017 para garantir a atenção integral à saúde aos portadores de deficiência. Em sua elaboração, a *Diretriz 6* segue o padrão da *Diretriz 5*, portanto baseia-se na implantação dos dispositivos da PNH.

Quadro 11 – Metas e indicadores singulares da Diretriz 7 do PMS 2014-2017

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.			
Meta	Indicador	2017	Unidade
Investigar os sintomáticos respiratórios	Proporção da população com exame de baciloscopia	1	%
Reduzir o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV	Proporção de pacientes HIV+ com primeiro CD4 inferior a 200 cel/mm ³	20	%
Garantir a avaliação de incapacidades nos casos novos de hanseníase	Proporção de casos novos de hanseníase que realizaram avaliação de incapacidade pelo menos no diagnóstico e na alta por cura	90	%
Garantir a realização de baciloscopia em pacientes HIV positivo com suspeita de tuberculose	Proporção de pacientes HIV positivo e sintomáticos respiratórios que realizaram baciloscopia	100	%
Garantir o acesso dos pacientes HIV positivo à TARV	Proporção de pacientes HIV positivo em uso de TARV	80	%
Garantir o acesso dos pacientes com diagnóstico de DSTs ao tratamento	Proporção de pacientes com diagnóstico de DSTs que concluíram tratamento	70	%
Garantir a realização de exames anti-HIV nos parceiros de pacientes HIV positivo	Proporção de parceiros de pacientes HIV positivos que realizaram teste rápido	100	%
Garantir a avaliação dos parceiros dos pacientes com diagnóstico de DST por profissional de saúde	Proporção de parceiros de pacientes com diagnóstico de DST que foram avaliados por profissional de saúde	70	%
Garantir a realização de exames anti-HIV nos pacientes com diagnóstico de DST	Proporção de pacientes com diagnóstico de DST que realizaram teste de HIV	50	%
Garantir o acesso das gestantes à profilaxia da transmissão vertical do HIV	Proporção de gestantes HIV positivas que realizaram profilaxia	100	%
Garantir o acesso de pacientes usuários de perfurocortantes relacionados à atenção à saúde e de seus familiares a ações de educação sobre biossegurança	Proporção de pacientes usuários de perfurocortantes relacionados à atenção à saúde e de seus familiares que participaram de ações de educação sobre biossegurança	60	%
Implantar o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST Regional	Quantidade de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST Regional implantados	1	N. Absoluto
Aumentar o número de serviços participantes da Rede Sentinela para a realização diagnósticos e notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho	Quantidade de serviços participantes da Rede Sentinela para a realização diagnósticos e notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho	8	N. Absoluto

Fonte: Elaborado a partir do PMS 2014-2017.

A Análise Situacional do PMS 2014-2017 avalia que: 1- a hanseníase persiste como problema de saúde pública no município, caracterizado como hiperendêmico; 2- a incidência de tuberculose, está em níveis inferiores aos do Ceará, contudo é necessário levantar a hipótese de subnotificação; 3- o coeficiente de

incidência de casos de AIDS não segue tendência definida, variando de 6,38/100.000 habitantes a 17,62/100.000, considerando o período de 1983 a 2013 ocorreram 143 casos de AIDS no município; e 4- a incidência de dengue em Iguatu não segue de modo exato a tendência do Estado, pois o regime local de chuvas não é igual ao da Região Metropolitana de Fortaleza, portanto os anos de epidemia local não são necessariamente os mesmos do restante do Estado. Os casos de AIDS são provavelmente subnotificados, pois muitos pacientes optam por realizar o tratamento em Fortaleza – o estigma seria o principal motivo, segundo os gestores táticos – e a notificação é feita com endereço da Capital. Em vista disso, o programa local de AIDS faz acompanhamento apenas de parte dessa população, desconhecendo seu tamanho real.

O grupo da ESPI repetia nas reuniões que Iguatu apresentava problemas de saúde de regiões desenvolvidas, como as doenças crônicas e degenerativas, mas ainda não tinha solucionado os problemas de saúde de regiões pouco desenvolvidas, como as doenças infectocontagiosas. Exceto pela dengue – amplamente divulgada nos meios eletrônicos como problema de saúde pública – as demais doenças infectocontagiosas foram pouco valorizadas pelos representantes de usuários durante as reuniões para construção do Plano. A introdução de metas complementares às do Plano Nacional foi, principalmente, iniciativa de gestores táticos e representantes de trabalhadores.

No entanto, a inclusão de metas relacionadas à saúde do trabalhador partiu dos representantes dos usuários. O CMS estava engajado nos debates sobre a Conferência Regional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, portanto bastante sensível a essas questões. A *Análise Situacional* não aborda a saúde do trabalhador devido à ausência de dados oficiais sobre doenças ou acidentes de trabalho. Mas foi consenso durante as reuniões que, embora esses eventos não fossem registrados e quantificados, eles existiam em grande quantidade.

Quadro 12 – Metas e indicadores singulares da Diretriz 8 do PMS 2014-2017

Diretriz 8: Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.			
Meta	Indicador	2017	Unidade
Melhorar a qualidade da atenção farmacêutica	Proporção de unidades básicas de saúde em que o matriciamento por farmacêutico ocorreu mensalmente	80	%
Descentralizar a distribuição de medicamentos	Proporção de unidades básicas de saúde que oferecem a lista completa de medicamentos da ABS	80	%
Fortalecer a descentralização das ações de atenção farmacêutica	Proporção de farmácias das unidades básicas com auxiliar de farmácia	80	%

Fonte: Elaborado a partir do PMS 2014-2017.

O acesso a medicamentos pelos usuários foi considerado como satisfatório no *Relatório* sobre o processo de trabalho e gestão elaborado pelo grupo da ESPI. As reuniões nos CLS e CMS confirmaram essa proposição, os representantes de usuários e trabalhadores se mostraram razoavelmente satisfeitos com a assistência farmacêutica. De outra forma, a quantidade crescente de ordens judiciais, obrigando o município a adquirir medicamentos que não fazem parte do elenco terapêutico pactuado na CIB, tornou-se uma preocupação dos gestores estratégicos. As metas fixadas na *Diretriz 8* tratam de aspectos operacionais para facilitar o acesso e melhorar a segurança da assistência farmacêutica, especialmente, por meio da presença mais frequente de farmacêuticos nas unidades básicas de saúde. Mas não se dirigiram para buscar uma solução para o problema da judicialização da saúde, entendida pelos gestores estratégicos como uma responsabilidade da Procuradoria do Município.

Quadro 13 – Metas e indicadores singulares da Diretriz 9 do PMS 2014-2017

Diretriz 9: Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.			
Meta	Indicador	2017	Unidade
Implementar ações de educação permanente nos serviços municipais de saúde baseadas no desenvolvimento de intervenções para melhoria da qualidade da atenção	Proporção de serviços municipais de saúde em que foram realizadas ações de educação permanente	90	%
Implementar processo de avaliação de desempenho dos funcionários	Proporção de funcionários avaliados	100	%
Implementar Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos	Quantidade de Planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos implantados	1	N. Absoluto

Fonte: Elaborado a partir do PMS 2014-2017.

As metas da *Diretriz 9* foram uma demanda dos trabalhadores e dos gestores estratégicos, muitos deles servidores estatutários. Os representantes dos usuários mostraram grande simpatia por essas demandas e apoiaram-nas. Os gestores estratégicos, alguns também servidores estatutários, não desaprovaram o registro de uma meta específica sobre Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos-PCCV – reivindicação dos trabalhadores presente nos planos municipais de saúde desde o PMS 2005-2008. Por outro lado, sugeriram a implementação de mecanismos de avaliação periódica dos funcionários como complemento necessário ao PCCV. Os trabalhadores aceitaram essa proposta, principalmente pelo uso tático que poderiam fazer da avaliação para evitar que preferências pessoais ou apadrinhamentos pudessem intervir nas possíveis promoções e gratificações do PCCV.

Quadro 14 – Metas e indicadores singulares da *Diretriz 10* do PMS 2014-2017

Diretriz 10: Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.			
Meta	Indicador	2017	Unidade
Ampliar a quantidade de unidades de saúde que possuem Conselho Local de Saúde	Proporção de unidades de saúde que possuem Conselho Local de Saúde	100	%
Fortalecer os Conselhos Locais de Saúde	Proporção de Conselhos Locais de Saúde que realizaram reunião mensalmente no ano	70	%
Implementar o Colegiado Gestor na Secretaria Municipal de Saúde	Quantidade de reuniões do Colegiado Gestor por ano	12	N. Absoluto
Implementar o Colegiado Intersetorial	Quantidade de reuniões do Colegiado Intersetorial por ano	6	N. Absoluto
Implementar o apoio institucional nos serviços de saúde	Proporção de serviços de saúde em que foram realizadas ações de apoio institucional pelo menos bimestralmente	80	%
Aumentar a participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	22	%

Fonte: Elaborado a partir do PMS 2014-2017.

A Diretriz 10 foi utilizada de modo tático pelo grupo da ESPI para inserir elementos capazes de gerar novos arranjos organizacionais e de cuidado em saúde na estratégia da SMS. A adesão dos CLS e do CMS ao fortalecimento do controle social e da democratização da gestão foi bastante forte. Os trabalhadores, gestores estratégicos e táticos também compreenderam a importância da aplicação dos

dispositivos da PNH para qualificar a gestão, afinal eles já estavam disseminados por todo o Plano.

A proposta de registrar no PMS 2014-2017 a necessidade de ampliação mínima de receita própria em saúde de 15% para 22% foi uma demanda que surgiu na primeira reunião do CMS. Os gestores estratégicos compreenderam que seria tático em relação à Administração Municipal apresentar um documento formal que justificasse a ampliação da aplicação de recursos próprios do município na SMS, pois em 2013, o teto mínimo de 15% foi entendido como teto máximo pela Administração.

Quadro 15 – Meta e indicador singular da *Diretriz Transversal* do PMS 2014-2017

Diretriz Transversal: fortalecimento da humanização como política pública que atravessa e integra as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS e implica em autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e participação coletiva no processo de gestão.			
Meta	Indicador	2017	Unidade
Implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização, considerando a ambiência como prioridade	Proporção de serviços de saúde com pelo menos 17 dos 21 dispositivos da Política Nacional de Humanização implantados, considerando a ambiência como prioridade	90	%

Fonte: Elaborado a partir do PMS 2014-2017.

A *Diretriz Transversal* foi uma consequência esperada da disseminação dos dispositivos da PNH por todo o PMS 2014-2017. Essa escolha não se fundamentou apenas na coerência técnica interna do Plano, mas também na coerência ética e política das deliberações ocorridas nas reuniões e oficinas para sua elaboração. O tema humanização foi recorrente e sua aproximação com a melhoria da qualidade da atenção à saúde também. O grupo da ESPI considerou a coerência interna e externa do Plano satisfatórias. O Plano resume uma estratégia, ainda que construída de modo participativo, mas a intervenção na realidade exige também tática.

4.2.3 Programação Anual de Saúde 2014 e 2015: a chefia Guarani

A PAS guarda uma relação orgânica com o Plano de Saúde. Segundo a Portaria n.º 2.135/2013, a PAS é um: “instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de

Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados” (BRASIL, 2013). Apesar da Lei Complementar n.º 141/2012, o município não encaminhou a PAS para aprovação no CMS antes de 2014. Ao serem questionados pela equipe da ESPI sobre essa situação irregular, os gestores estratégicos da SMS e da Secretaria de Administração, Finanças e Planejamento - SAFP e os conselheiros de saúde alegaram desconhecer esse instrumento de planejamento e sua obrigatoriedade. A prática usual era a elaboração pela SMS de um orçamento, similar aos das outras secretarias, contemplando apenas informações financeiras, e o encaminhamento desse documento para a SAFP para elaboração da proposta da LDO. A rigor, esse orçamento elaborado pela SMS não poderia ser chamado de PAS, pois não trazia nenhuma informação sobre as ações necessárias para alcançar as metas físicas do Plano de Saúde, registrando apenas uma proposta de previsão dos recursos orçamentários.

Esse processo era compreendido pelos atores como tarefa burocrática, cristalizando uma tática usada reiteradamente pela gestão municipal. O orçamento deveria ser elaborado de modo a garantir a dilatação dos limites para o gasto público e evitar a necessidade de levar ao Poder Legislativo propostas de suplementação orçamentária. O debate da LDO e da LOA na Câmara dos Vereadores se mantém consistentemente à margem de qualquer especulação comunicativa, pois os vereadores pautam suas deliberações estritamente pela filiação à situação ou à oposição ao Governo Municipal. Portanto, é taticamente coerente para a Administração Municipal que se elabore uma LDO e uma LOA que não necessitem de ajustes, pois sua aprovação depende da capacidade do grupo político hegemônico obter a maioria no Legislativo.

A aprovação do PMS 2014-2017 em fevereiro de 2014 tornou inviáveis os prazos da PAS 2014. Segundo a Portaria n.º 2.135/2013, ela deveria ter sido elaborada e enviada para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encaminhamento da LDO do exercício de 2014, então ainda em 2013, para ser executada em 2014. O grupo da ESPI levou ao CMS e aos gestores estratégicos a proposta de preparar a PAS de 2014 como um instrumento normativo em suas prescrições financeiras e estratégico em suas metas físicas. Seria legalmente importante ter esse documento aprovado pelo CMS, mesmo que fora do prazo e sem possibilidade de modificar a situação real do orçamento estabelecido. Por outro lado,

a PAS de 2015 seria instrumento estratégico em suas duas dimensões, pois seguiria os prazos prescritos pela legislação para ser, efetivamente, o documento base para a elaboração da LDO. A elaboração dos dois instrumentos ocorreu de modo simultâneo, não existindo diferenças em sua estrutura, apenas nos valores registrados nas metas e no orçamento. Parte essencial da potência da elaboração coletiva da PAS seria a possibilidade de discutir no CMS o financiamento em saúde, tema sempre presente nas reuniões ordinárias, mas abordado de maneira naturalizada e considerado como problema insolúvel. Por ter se tratado de instrumento apenas normativo na dimensão financeira, não será realizada análise pormenorizada dessa perspectiva da PAS de 2014, apenas da PAS de 2015.

O convite dos gestores estratégicos para que o grupo da ESPI liderasse a construção do PMS 2014-17 foi inesperado, mas o convite para que dois integrantes do grupo da ESPI – Lana Carina e o autor – assumissem o papel de gestores estratégicos da SMS foi menos surpreendente. Na avaliação dos gestores estratégicos, a capacidade do grupo da ESPI de conduzir o processo de planejamento foi satisfatória, pois instituiu novas formas de participação e de gestão sem arruinar a reputação do instituído. A perspectiva de “mudança” foi dissociada da “caça às bruxas” por meio do diálogo. A mudança sem ruptura foi tática para os dois grupos. Para o grupo da ESPI, pois desejava instituir novas formas de gestão e de cuidado. Para os gestores estratégicos, que desejavam se afastar do cenário em um contexto de crise iminente.

Ao assumir a gestão estratégica da SMS, em primeiro de abril de 2014, o grupo da ESPI não tomou nenhuma medida drástica ou espetacular. O choque de gestão ocorreu no início de maio, mas como fator externo à gestão da SMS. Nesse mês ocorreu a nomeação e posse de 336 funcionários efetivos, representando uma substituição de aproximadamente um terço do quadro de funcionários da SMS. Considera-se esse fator como externo, pois a iniciativa do concurso não foi da Administração Municipal, mas do Poder Judiciário, que, desde o mandato do Prefeito anterior foi um dos principais protagonistas da realização do concurso público e da extinção dos contratos temporários.

A exata dimensão da perda de prestígio e poder político dos gestores estratégicos e da Administração Municipal resultante da diminuição drástica da quantidade de contratos temporários, que foram reduzidos aos necessários para

suprir as vagas não ocupadas por aprovados no concurso, devido à desistência ou quantidade de aprovados menor que a de vagas, é difícil de avaliar. Algumas pistas podem ser obtidas comparando essa situação com o fluxo de benefícios e votos que desempenhava papel central no direcionamento da atuação da SMS no ambiente externo. Essa mesma forma de agir política e administrativamente acontecia em seu ambiente interno e sofreu uma interrupção repentina com o fim da possibilidade de continuar utilizando critérios pessoais – apadrinhamento, adesão ao grupo político, afinidade pessoal – para selecionar os servidores contratados temporariamente. A distribuição discricionária de empregos e as relações de reciprocidade e gratidão estabelecidas foram substituídas pela impessoalidade do concurso público.

O grupo da ESPI assumiu a gestão, portanto, em um momento de crise das relações de poder internas da SMS. As relações entre gestores e trabalhadores deveriam deixar de ser baseadas na tradição ou no carisma e se tornariam burocráticas. No curto prazo, o espectro de Max Weber era mais assustador que o de Karl Marx, pois inviabilizaria um conjunto de práticas autoritárias instituídas, que se fundamentavam na submissão do trabalhador aos gestores pela constante ameaça de demissão e na cultura organizacional de gratidão à gestão estratégica e à Administração Municipal. Na perspectiva do grupo da ESPI, essa condição de “ser grato”, essa consciência de estar “em dívida”, constituía-se como a principal ferramenta para o exercício do poder sobre os trabalhadores, que consideravam o rótulo de “ingrato” pior que o desemprego. Pois, conseguir um novo emprego seria questão resolvida após algum tempo de busca no mercado de trabalho, mas o estigma da “ingratidão” persistiria.

“Antes” e “depois da chegada dos concursados” foram as expressões disseminadas na SMS por gestores e trabalhadores para definir esse momento de ruptura nas relações de poder. Mas apenas a expressão era consenso, seu significado variava mesmo entre grupos em que se esperaria certa homogeneidade. Por exemplo, entre os trabalhadores contratados temporariamente remanescentes, a compreensão sobre as diferenças entre esses dois tempos “antes” e “depois da chegada dos concursados” eram ambíguas. Variando desde a rejeição do “depois” e atribuindo aos concursados a reponsabilidade pela piora das condições assistenciais, caracterizando-os como “insubordinados”, “preguiçosos”, “adversários da gestão”, “preocupados apenas em receber o salário”. Até a aceitação e o desejo de fazer parte

do “depois”, mas como servidor efetivo, condição caracterizada por “segurança”, “tranquilidade”, “portador de direitos”.

De modo geral, ocorreu entre os servidores e gestores da SMS uma ambivalência em relação ao concurso. Um dos coordenadores expressa em seu discurso esse sentimento que remete à tristeza pela despedida daqueles que não poderiam continuar trabalhando por meio de contrato temporário e à alegria daqueles que haviam conquistado uma vaga como efetivos:

O município está passando agora por um processo muito doloroso, mas ao mesmo tempo muito bom. Algumas pessoas agora têm a oportunidade de ficar permanente no serviço e não tem aquela rotatividade como tinha antes. Que na verdade têm algumas pessoas saindo que são escolhidas por vereadores, cargos públicos assim que tenham uma força maior. Mas que hoje, na Prefeitura, a maioria das pessoas são concursadas. Então elas passaram realmente por mérito, no concurso (Coordenador 1).

A ressonância dos afetos negativos, do adeus aos colegas que terão de ser demitidos, é balanceada pela compreensão da importância organizacional – diminuição da rotatividade – e ética – substituição da escolha por afinidade partidária pela meritocrática. O resultado é considerado bom, mas doloroso. Essa maturidade foi observada pelo grupo da ESPI entre os servidores veteranos na semana da lotação dos novos efetivos. No campo afetivo, uma mistura de alegria e melancolia; mas, no campo ético, a certeza de ter realizado a escolha mais justa entre as alternativas possíveis.

O coordenador complementa esse discurso, ao apontar que, mesmo no processo de seleção dos gestores táticos, que são cargos comissionados de livre nomeação, existe espaço para uma avaliação do desempenho do servidor:

Assim, hoje eu vejo que as pessoas são selecionadas pela sua competência, certo? Mas muitas vezes também é muita indicação política, então existem esses dois lados. Quando já está aqui dentro, que tem que remanejar uma pessoa de um cargo para outro, porque esse outro requer mais atenção, mais compromisso. A gente sempre busca, a gente assim, eu digo o gestor, quem é a pessoa que se identifica com aquele trabalho, quem é a pessoa que vai poder levar aquele trabalho adiante, fazer bem feito. Para entrar é outra coisa, quando vai entrar no serviço, geralmente é indicação política. Quando é para remanejar profissionais tem essa análise de ver o compromisso, se essa pessoa vai dar de conta do serviço (Coordenador 5).

A indicação política garantiria o acesso ao cargo, mas a competência, “fazer bem feito”, seria a via para prosseguir na carreira. A indicação política abriria

algumas portas, mas não todas. O que é coerente com a necessidade da PMI de oferecer serviços públicos de qualidade e com a necessidade das lideranças políticas de manterem suas bases eleitorais. O aparelhamento indiscriminado da máquina pública, que era comum durante o século XIX, não poderia persistir no século XXI devido ao poder de reivindicação dos cidadãos. Por outro lado, a mistura de interesses públicos e privados ainda é corriqueira e considerada como positiva por muitos eleitores, que compreendem o papel da PMI como distribuir benefícios de acordo com critérios afetivos e políticos. Essa situação não é singular ao caso estudado, tendo sido observada pelos integrantes do grupo da ESPI nos demais municípios da região.

O grupo da ESPI compreendeu que seria o momento de experimentar novas relações de poder e se mostrou satisfeito com a dissolução da dominação carismática e tradicional. Por outro lado, a dominação exclusivamente burocrática, o desenvolvimento de uma racionalidade predominantemente estratégica, não seria coerente com a proposta ética e política de planejamento comunicativo e participativo elaborada. A alternativa que o grupo da ESPI se arriscou a experimentar foi a dissolução do poder, a chefia Guarani. A provocação sobre a possibilidade de buscar nas análises de Clastres (2013) sobre as sociedades sem estado uma inspiração para uma maneira diferente da instituída de se fazer gestão pública foi encontrada em entrevista concedida por Marilena Chaui em 1999. O entrevistador questiona a filósofa sobre seu desejo de instituir a chefia Guarani durante o breve período em que assumiu a Secretaria de Cultura de São Paulo. Em sua resposta, ela traça o perfil desse tipo de chefe após fazer uma breve contextualização sobre o pensamento de Pierre Clastres:

[...] Bom, e tem a figura do chefe Guarani. Para garantir que o Estado não nasça, para garantir, portanto, que não surja um poder separado da sociedade e que de cima e de fora governe a sociedade, o que os índios Guaranis instituíram? Eles instituíram um tipo de chefia que opera da seguinte maneira: o chefe tem uma obrigação, todos os dias ao cair da tarde, ele vai no alto do topo, no ponto mais alto da aldeia e, de lá, ele faz um discurso. Na primeira pessoa do singular. Eu sou formidável, eu sou maravilhoso, eu sei tudo, eu ganho todas as guerras, grande caçador. A condição é que ninguém escute. Então, a tribo continua nos seus afazeres, cada um fazendo o que tem que fazer. E o chefe está lá e fala, fala, fala, se autoelogia, ele é o máximo. Ninguém escuta, ninguém presta atenção. Ou seja, a sociedade admite que há um chefe, mas ele é aquele que fala. Mas o chefe tem mais uma função. O chefe tem que trabalhar bastante, caçar muito, pescar muito, ter muitas mulheres para fazer muito artesanato, porque ele tem que dar presentes para a tribo. Então ele presenteia a tribo, sem cessar, porque ele

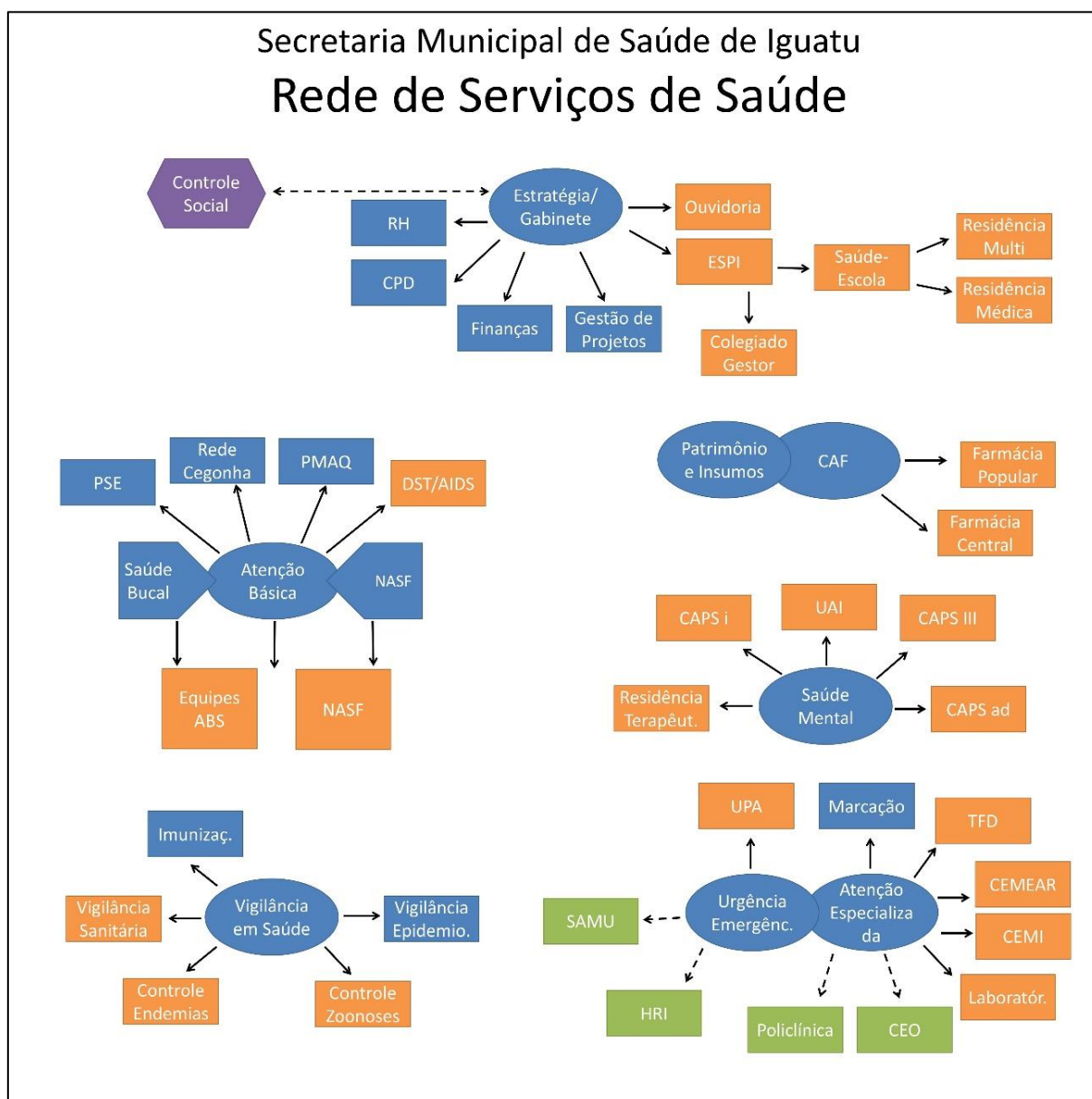
tem que retribuir para a tribo o fato dele ser chefe. Então, ele deve à tribo a condição de chefia. A chefia é não ser ouvido. Então, quando eu dizia que eu queria ser chefe Guarani, era nesse sentido. E aí, respondendo em que Spinoza adianta, o poder é da própria sociedade. E você deve lutar, e acho que essa é uma boa direção para pensar numa nova oposição. Você deve lutar para que desse poder social não se destaquem poderes transcendentais que dominem de fora a própria sociedade. E não tem importância que haja um alguém em quem se encarne o poder separado. Sob a condição de que ninguém o escute (CHAUI, 1999, p. 11)

Ao assumir a SMS de Iguatu, os integrantes do grupo da ESPI conceberam-se como chefes Guarani. Nessa perspectiva, a condução da SMS deveria ser pautada pelo diálogo e pelo consenso, sem uso de mecanismos de poder para coerção, buscando materializar os desejos de gestores, trabalhadores e representantes de usuários expressos no PMS 2014-2017. Mais do que uma tática para efetivar uma estratégia, a chefia Guarani representava uma nova opção ética e política, considerada potente para criar e disseminar novos arranjos de gestão do processo de trabalho e de cuidado em saúde.

Essa proposta não se constitui como uma inovação, dialogando com o estilo político Gandhi analisado por Matus (1996) e com as possibilidades de arranjos alternativos na gestão em saúde discutidos por Merhy (2002), Campos (2003) e Onocko-Campos (2003). Nem busca ser uma panaceia para a gestão em saúde, caso não se contenha frente a essa tentação, espera-se que o autor faça um bom discurso sobre suas virtudes fantásticas no topo de uma colina vazia, desse modo, espera-se que a chefia Guarani volte a ser considerada apenas uma das possibilidades para se pensar as relações de poder na gestão em saúde.

A primeira iniciativa do grupo da ESPI foi reformular o organograma da SMS substituindo a lógica vertical e hierárquica por uma lógica nuclear e poliárquica. Mais do que um gesto cartesiano alternativo para definir os fluxos de poder por meio de cores e setas, o novo organograma, apresentado na Figura 2, buscou mapear os serviços de saúde e as coordenações setoriais para facilitar a compreensão dos gestores e trabalhadores sobre quais seriam os serviços e coordenações organicamente mais próximos e sobre quais direções deveriam tomar para resolver os problemas cotidianos.

Figura 2 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu reformulado



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Iguatu.

O organograma buscou facilitar os deslocamentos de trabalhadores e gestores para solução dos problemas da gestão. Ao apagar a ligação entre os pontos por meio do vértice de uma pirâmide, os gestores e trabalhadores seriam libertados da centralização das decisões nos gestores estratégicos. Novos fluxos de informações, responsabilidades e afetos seriam instituídos pela criação de ligações diretas entre os setores não ligados organicamente. O papel do “Gabinete” seria: 1-favorecer os bons encontros entre os atores e apagar as arestas dos maus

encontros; 2- monitorar a coerência das táticas dos atores com a estratégia registrada no dispositivo de planejamento construído de modo participativo; 3- monitorar a coerência da estratégia registrada no Plano de Saúde com as contingências da situação assistencial, epidemiológica, financeira e política; e 4- mediar por meio do diálogo com os atores a construção de consensos sobre o direcionamento das táticas para materialização da estratégia ou para sua reformulação.

Os atores envolvidos no processo de gestão da SMS recebem quatro cores diferentes no organograma. Optou-se por não utilizar as densidades diferentes de uma mesma cor como no organograma anterior, pois as cores agora representam elementos de natureza diferente. No dia da lotação dos servidores efetivos, o grupo da ESPI reuniu todos os trabalhadores recém-chegados e apresentou o organograma, descrevendo o significado de suas cores, conforme registrado no diário de campo do autor:

[...] o laranja identifica os serviços com contato direto com os usuários do SUS. O azul marca as coordenações, portanto quem tem contato indireto com os usuários. O verde foi reservado para serviços que não são administrados pela SMS como a Policlínica Regional e o Centro de Especialidades Médica, que estão sob responsabilidade do Consórcio, o SAMU, que é administrado pelo Estado, e o Hospital Regional, que é da FUSPI, mas está sob a gestão dos camilianos. O roxo foi usado para o Conselho de Saúde.

Na reunião ficou claro para o grupo da ESPI que o organograma era de difícil compreensão, o que poderia ser uma singularidade do público da apresentação, servidores em seu primeiro contato com a SMS. Mas os gestores táticos também consideraram o novo organograma “complicado”. A necessidade de “explicar” a figura foi atribuída pelo grupo da ESPI a uma fragilidade interna, os autores esqueceram de fazer uma legenda das cores, e a uma fragilidade externa, a histórica centralização das decisões pelos gestores estratégicos borrou as perspectivas de autonomia dos gestores táticos ao ponto de muitos deles não conseguirem se enxergar como responsáveis por tomar decisões:

Eu não tomo nenhuma decisão sozinha. Eu particularmente... E acredito que todos os meus colegas também não tomem decisão sozinhos. Por que eu tenho uma gestão superior e ela precisa estar a par de todos os problemas que existem. O que a gente tentou resolver ou resolveu, mas a gente repassa o que foi resolvido e o que não foi resolvido. E sempre compartilhando se pode ser dessa forma se não pode. Na verdade, os problemas são compartilhados (Coordenador 1).

Eu não tomo decisão sozinha, eu ouço muito, ouço inclusive colegas que trabalham comigo que estão a mais tempo, não necessariamente de nível superior, mas que conhecem mais alguma pessoa que esteja envolvida ou a unidade de saúde que está relacionada. Aí quando eu vou resolver, eu sempre procuro meus superiores, secretária e secretário adjunto, para eu resolver, mas já levando meu ponto de vista. Eu me posiciono dizendo que acho seria melhor dessa forma, mas a decisão final é deles (Coordenador 2).

Nenhuma decisão eu tomo sozinha, tudo eu peço a opinião dela [da secretária de saúde]. Pergunto se dá certo. Então se ela também não pode resolver, ela fala com quem resolve. [...] Na verdade, minha função aqui não é tomar decisões, é organizar o setor, é coordenar mesmo a coisa. Nenhuma decisão parte de mim não. Nossas reuniões são mais reuniões mesmo do dia a dia, reuniões técnicas, para discutir sobre um material que não teve, que está sobrando numa unidade e faltando em outra, é questão de horário que tem que ser cumprido. É questão de escala de férias (Coordenador 3).

Esses três coordenadores apresentam o mesmo nível hierárquico. As entrevistas foram realizadas, aproximadamente, após quatro meses do início da experiência chefia Guarani. Os gestores de nível tático foram muito enfáticos sobre não tomarem decisões sozinhos, inclusive deixando explícito que essa não seria uma de suas atribuições. Uma das inquietações centrais do grupo da ESPI foi como desenvolver a autonomia de um grupo de gestores acostumados com uma centralização excessiva das decisões. O discurso do Coordenador 2 traz um elemento que foi considerado essencial pelo grupo da ESPI, a escuta. Estimular a escuta por meio da escuta foi a postura adotada pelo autor e por Lana Carina durante seu breve período como gestores estratégicos, a proposta seria usar essa conduta como exemplo de conduta a ser seguido pelos gestores táticos. Os gestores de nível expressaram satisfação com essa mudança nas relações interpessoais com os gestores de nível estratégico:

Eu acho que a gente vai sempre com muito bom gosto, por que eles [gestores estratégicos] são muito educados, na questão de quando vão pedir alguma coisa. Pedir a gente. Vão repassar alguma coisa. Tem que fazer isso. Por mais que, às vezes, aquilo esteja atrasado, ou alguma coisa assim, mas sabe lidar com a gente naquela situação. Então nada de agressividade, nada de grito, nada de.... Pelo menos nessa gestão atual não (Coordenador 1).

É bem aberto, é bem acessível [gestores estratégicos], quando tem algo que a gente precisa fazer, a gente tem apoio da gestão. Quando a gente precisa trabalhar em conjunto a gente consegue trabalhar em conjunto. Hoje eu já vejo que nós somos ouvidos e nossos interesses são usados. Nós vemos que temos um valor a mais. Até porque não tinha. Não basta a minha vontade, tem que ter um apoio (Coordenador 5).

A abertura dos gestores estratégicos ao diálogo era criticada por alguns gestores de nível tático, um deles confidenciou à Lana Carina: “Vou te dar um conselho, esse seu jeitinho tranquilo não dá certo não, você tem que mudar, se impor, porque um chefe não pede, manda”. O grupo da ESPI não se surpreendeu com a condenação do diálogo e do consenso, pois compreendeu que os gestores táticos espelham sua conduta na dos gestores estratégicos. Se um gestor tático tem prazer em exercer seu poder de modo autoritário, inclusive com alguns traços de sadismo, ele sentirá satisfação em ser dirigido por um gestor estratégico que também atue de modo autoritário, pois assim poderá justificar seu próprio autoritarismo. O mau encontro com essas pessoas, que se contentam em suportar o mal para fazê-lo a seus semelhantes, não é novidade, sendo objeto de reflexões de La Boétie (1999) no século XVI. A novidade na SMS de Iguatu foi o cerceamento das possibilidades mais explícitas do uso do poder para perseguir os trabalhadores após o concurso público, ampliando o sentimento de frustração de alguns gestores táticos com traços de personalidade autoritários, mas disfarçados sob um verniz de eficiência e preocupação com a coisa pública:

É claro que eu cobro muito. Então trabalhar comigo acho que já é saber que eu vou cobrar muito. Porque eu me empenho muito, eu gosto de ver resultado, eu vou querer cobrar. Quem souber trabalhar com cobrança, vai trabalhar tranquilo comigo, quem não... Porque eu avalio desde o ponto de todos os funcionários até o que está fazendo, produção, olho mensalmente. Pego no pé. Infelizmente. Porque a gente tem uma demanda gritante. Dia de sexta-feira pode colocar uma chinela havaiana e passar o dia todo correndo. Eu sou completamente apaixonada pelo que faço (Coordenador 4).

A ameaça a quem não sabe trabalhar com “cobrança” é perder a tranquilidade. O Coordenador assume que “pega no pé” dos servidores. Expressão também usada pelos trabalhadores para descrever a perseguição disfarçada de cumprimento alienador e alienante de normas e regulamentos burocráticos a que são submetidos por seus superiores. O Coordenador 4, que conseguia sempre cumprir as metas propostas para seu setor, exemplifica como a racionalidade estratégica pode ser perigosa, pois pode justificar a coerção dos servidores e premiar os líderes com traços de personalidade autoritários. Os gestores estratégicos optaram por não excluir nenhum dos coordenadores herdados da gestão anterior da SMS e tentaram envolver todos na cultura organizacional. No caso do Coordenador 4, o que o seduziu foi a transparência e a segurança técnica dos gestores estratégicos:

Eu acho muito boa. Pelo menos para meu setor. Tem que ser resolutivo, resolutivo é a capacidade de dar uma resposta. Ter a capacidade de saber o que está fazendo, ter uma postura e dar uma resposta. Ser resolutivo não é baixar a cabeça e dizer que tudo vai dar certo. Como a gente já teve posturas dessa forma. Assinar por assinar. A gestão tem que saber o que está assinando. Tem que saber o que está fazendo. O que é que está liberando. Falando da parte de organização que aconteceu esse ano, a própria organização do recurso, saber quanto cada unidade de saúde mental está gastando mensalmente. Acesso tranquilo a tudo que foi relacionado ao setor que coordeno (Coordenador 4).

A transformação de possíveis maus encontros em bons encontros depende de uma sintonia de afetos e interesses, que pode incluir inclusive pessoas com alguns traços de personalidade que não sejam muito coerentes com a proposta da chefia Guarani. Embora fundamental, favorecer relações interpessoais positivas por meio do diálogo e de exemplos de conduta não era a única atribuição dos gestores estratégicos. O monitoramento da coerência entre as táticas dos gestores e as estratégias do Plano tem como pressuposto a compreensão dos gestores táticos sobre as dificuldades enfrentadas para a efetivação das estratégias:

A dificuldade maior é mesmo em relação a estar desenvolvendo ações dentro de outros serviços e na questão mesmo financeira. Por exemplo para realizar os exames de uma forma que não falte, para que eles não estejam na secretaria sempre me pedindo, sempre tendo que vir para marcar exame, por que deveria ser marcado pela central de marcação de exames (Coordenador 1).

Especificamente a questão de material, tanto humano, mão de obra, que não dá nem para dizer que é material, como equipamentos e insumos de ambulatório, que faltou muito esse ano especificamente. Então, a gente teve muita dificuldade, porque não tem como eu cobrar trabalho a um profissional se eu não estou oferecendo essas condições de trabalho (Coordenador 2).

As principais dificuldades encontradas é que o trabalho depende de outras pessoas para que ele realmente chegue ao objetivo desejado. Como ele é um trabalho em conjunto, a gente fica sempre esperando e dependendo de outras pessoas para que dê certo (Coordenador 5).

O Coordenador 1 agrega em seu discurso as duas dimensões de dificuldades presentes no cotidiano dos Coordenadores 2 e 5: a ausência de insumos e de profissionais e a dificuldade de articulação do trabalho em equipe. Essas duas dificuldades estiveram presentes no discurso de todos os coordenadores entrevistados. Observa-se uma sinergia negativa entre elas. Quanto mais carência de material, maior dificuldade em administrar o cotidiano. Quanto pior a administração do

cotidiano, maior o desperdício de material. Embora os entrevistados não estabeleçam essa relação entre as duas dificuldades encontradas, reconhecem que seu resultado é o fracasso em alcançar as metas estabelecidas, gerando frustração para os gestores táticos e diminuição da qualidade dos serviços prestados aos usuários.

As dificuldades relatadas relacionam-se ao ambiente interno da SMS. Nenhum dos coordenadores apontou alguma condição social ou sanitária como dificuldade. Esse silêncio sobre o ambiente externo é eloquente sobre os problemas organizacionais da SMS, principalmente o planejamento:

O único planejamento que eu fiz foi para promover um [evento de educação permanente]. Só que foi geralmente, isso. Primeiro coloquei no papel. Mas no dia a dia não tem muito o que planejar, por que as coisas são assim mais diretas (Coordenador 3).

A organização do meu serviço não dá para organizar. Porque eu planejo uma coisa, mas o dia a dia me dá outra. Eu não consigo. Por exemplo, esse mês, novembro azul, a gente está trabalhando câncer de próstata, se eu planejar para hoje à tarde fazer ou tentar fazer uma apresentação, que eu vou ter um treinamento com os [profissionais que coordena], eu não consigo, por que o telefone não deixa, porque os usuários não deixam me procurando, entre outras atribuições. A parte do técnico, do científico, da coisa realmente, eu nunca consigo fazer no meu horário de trabalho, então acaba que eu sempre estou aqui depois das 5 horas, entre as 17 e as 19 horas fazendo a parte técnica da coisa, para análise de indicadores, para preparar uma apresentação (Coordenador 2).

O Coordenador 3 acredita que o planejamento não é essencial para o seu cotidiano, afinal “as coisas são assim mais diretas”, ou seja, sempre iguais. Portanto, uma rotina previsível tornaria o planejamento desnecessário. O Coordenador 2 diverge do Coordenador 3 quanto à barreira para o planejamento. No seu caso, é a imprevisibilidade da rotina que torna o planejamento desnecessário, pois se torna impossível, afinal, “a organização do meu serviço não dá para organizar”. Por fim, o Coordenador 2 reconhece que a dimensão técnica de seu trabalho é deslocada pela pressão das demandas relacionais, resultando na necessidade de permanecer na SMS após o encerramento do expediente para concluir suas tarefas.

Rotina previsível ou imprevisível demais são justificativas utilizadas pelos entrevistados em seus discursos para não recorrer ao planejamento. Mas seria mais adequado utilizar aqui Planejamento. Pois os coordenadores, quando utilizam o termo planejamento, não se referem à atividade de refletir antes de realizar uma ação, mas ao consumo de metodologias estruturadas de planejamento. Todos relataram que utilizam ferramentas como agendas, *checklists* ou cronogramas e realizam reuniões

com os servidores ou outros gestores para discutir previamente a melhor maneira de executar uma ação.

O discurso dos coordenadores que afirmaram ter participado de atividades de planejamento complementa a compreensão de que o planejamento é realizado de modo informal na SMS, o que não significa que seja de improviso ou não efetivo:

Já participei. Se for uma ação de uma coordenação acho que tenha a necessidade de outra a gente senta todo mundo e planeja junto. Vê o que pode acontecer, o que a gente vai precisar, as pessoas com quem a gente pode contar. Algumas ações são planejadas individuais e outras a gente precisa da parceria (Coordenador 1).

A gente tinha N problemas nas unidades, desorganização de material, de registros, do próprio planejamento, que eu não via, então eu cobro o planejamento mensal das atividades, depois eu quero ver as atividades que foram feitas. Então quando se planeja, se organiza (Coordenador 6).

Os Coordenadores 1 e 6 relatam em seu discurso as práticas de planejamento mais observadas pelo grupo da ESPI na SMS de Iguatu, ou seja, o planejamento das atividades rotineiras por meio de cronogramas ou *checklists*, sem uma preocupação maior em articular ou contextualizar essas atividades com resultados ou metas mais abrangentes. Diferente da entrevista com o ex-gestor estratégico, os gestores táticos não fazem referências às metodologias de Planejamento em Saúde, mesmo existindo no roteiro da entrevista uma pergunta sobre planejamento. Isso surpreendeu o grupo da ESPI, pois as entrevistas foram realizadas apenas alguns meses após as oficinas para elaboração do PMS 2014-2017 e da PAS de 2014 e de 2015 e os coordenadores entrevistados participaram desse processo. Essa ausência de referências ao esforço de planejamento desenvolvido em 2014 pode ser compreendida como uma dificuldade de os gestores táticos sentirem-se implicados nesse processo, que pode ter sido considerado por eles apenas uma tarefa a mais para ser cumprida.

O discurso do Coordenador 6, que restringe o Planejamento em Saúde ao planejamento das atividades cotidianas de um serviço de saúde, quando comparado com o discurso do ex-gestor estratégico, pontuado por fragmentos das metodologias do Planejamento em Saúde e preocupação com longo prazo, sinaliza um contraste entre as perspectivas sobre o Planejamento e o planejamento. O primeiro seria de responsabilidade exclusiva dos gestores estratégicos e o segundo dos gestores táticos, não existindo abertura da gestão para sua articulação.

O grupo da ESPI, ao assumir a gestão estratégica, tentou instituir novos arranjos na implicação e responsabilidade dos atores no planejamento por meio do fortalecimento do diálogo sem coerção e dos exemplos em sua conduta. Apesar de recorrer às esferas públicas de Jürgen Habermas, às exortações do Chefe Guarani ou a *satiagraha* de Gandhi, pouco se avançou na construção de uma gestão mais articulada ou democrática. Exceto em um caso isolado, os serviços de saúde mental, o restante da SMS continuou a deslocar-se por inércia em sua rota antiga.

Retomando a elaboração da PAS de 2014 e da PAS de 2015, os gestores estratégicos entraram em consenso com o CMS sobre a metodologia utilizada. Deliberou-se que seriam realizadas oficinas com os gestores de nível tático da SMS, de acordo com as diretrizes do Plano, para definição de ações, responsáveis e estimativas de custos. De modo paralelo, o CMS faria a discussão de como e onde aplicar os recursos do Fundo Municipal de Saúde - FMS de acordo com as prioridades estabelecidas no Plano e quais seriam os valores das metas dos indicadores. A mediação entre gestores e conselheiros seria realizada pelo grupo da ESPI, que, com o suporte da coordenação financeira da SMS, se responsabilizaria pela sistematização de uma proposta de Programação para ser enviada para discussão e deliberação pelo CMS.

Os resultados das oficinas com os gestores de nível tático da SMS foram bastante satisfatórios quanto ao desdobramento do Plano em ações e na definição das responsabilidades por sua execução. Esse processo sinalizou uma desconcentração do poder – ainda que bem inferior ao que o grupo da ESPI desejava e concebia como possível. A perspectiva de maior autonomia estimulou os gestores táticos a se empenharem nessa tarefa. A aproximação das perspectivas estratégica e comunicativa permitiu o desvelamento de vários elementos truncados do processo de trabalho e de gestão em saúde e, simultaneamente, levou os atores a deliberarem propostas de ações para superação dessas fragilidades, principalmente quanto à dificuldade de articular o trabalho entre as diferentes coordenações. A definição clara e informada das responsabilidades pela execução das ações favoreceu a aproximação entre os gestores táticos e a diminuição dos ruídos de comunicação, com potencial influência sobre a efetivação da integralidade.

De outra parte, a discussão sobre a aplicação dos recursos financeiros da PAS não avançou. Os gestores táticos não controlam, ou sequer conhecem, os custos

envolvidos nas atividades que coordenam. Embora suas atribuições envolvam a programação e o controle da quantidade de insumos e do pessoal sob sua responsabilidade, esse processo é normativo e genérico. Os gestores táticos apresentam em seu discurso a descrição de suas atribuições:

A questão das datas das reuniões, cobrando a pasta de supervisão, que vai todo mês para eles e a gente tem que ficar cobrando para ser entregue até o dia cinco. Às vezes eles atrasam essa data, que eu fico cobrando que é toda a papelada que tem que ser preenchida (Coordenador 3).

Meu planejamento acontece tanto em cima dos problemas como na rotina do serviço. Eu, enquanto coordenadora, tenho que analisar indicadores do [...], isso é fato, eu tenho que analisar cronogramas das unidades, para ver se vêm em conveniência com a unidade, se está em conformidade com o serviço, eu também analiso as produções, se está com carimbo, se está legível. Eu tenho planejado nesse sentido. Acompanhando a frequência mensal. E as outras são pontuais, são denúncias, atendimento ao público. (Coordenador 2).

O que emerge em todas as entrevistas com os gestores táticos é o foco na tarefa, algumas vezes no detalhe, como a presença de um carimbo ou de um prazo específico de entrega. As dimensões mais abrangentes – táticas ou estratégicas – do processo de gestão do trabalho são pouco citadas nas entrevistas. Durante as oficinas para elaboração da PAS foi possível o grupo da ESPI observar um amadurecimento da capacidade dos gestores táticos ampliarem o escopo de suas atribuições, mas esse avanço parece ter sido apenas temporário, pois não se observam referências a ele em nenhuma das entrevistas.

O grupo da ESPI buscou na SMS informações sobre o controle de custos que pudessem subsidiar a PAS. A única ferramenta aplicada para essa finalidade no município é o programa de monitoramento dos custos do HRI implantado por meio da Operação SWAp II-Projeto de Apoio à Inclusão Social e Crescimento Econômico, que o Governo do Ceará mantém com o Banco Mundial. Desde a privatização da gestão desse hospital, as informações da central de custos não foram mais atualizadas, inviabilizando a única ferramenta de controle de custos municipal e reduzindo a transparência da gestão.

A fragilidade do controle de custos é evidente. No curto prazo seria impossível elaborar uma PAS que definisse o orçamento de cada ação. A opção foi definir na estrutura das ações a origem do recurso por bloco de financiamento do SUS e discriminar um orçamento analítico de receitas e despesas por bloco baseado no

orçamento de 2013 e no acompanhamento da evolução das despesas do primeiro semestre de 2014. Por exemplo, para a ação “fortalecer a atenção à saúde bucal”, tem-se a meta “aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada” e é indicado que a origem dos recursos financeiros é o bloco da atenção básica à saúde, todavia não foi possível estabelecer de maneira realista qual o custo para que o indicador dessa meta atinja 5%. No orçamento analítico, discriminam-se no bloco da atenção básica as despesas da saúde bucal, como folha de pagamentos, insumos e manutenção de equipamentos. Essa foi a maneira mais prudente de equalizar transparência e abordagem estratégica dos custos em saúde. Foi consenso entre os gestores, os conselheiros e o grupo da ESPI que uma tentativa de fixar o orçamento por ação seria uma peça de ficção.

As reuniões com o CMS para priorização de aplicação dos recursos financeiros tomaram como base o PMS 2014-2017. Na visão dos conselheiros, essa foi a primeira iniciativa municipal de implicar algum grau de participação popular no orçamento da saúde. Embora o discurso dos gestores estratégicos enfatizasse sua capacidade de serem intérpretes das “reais necessidades da população”, essa compreensão das necessidades não se estendia ao volume ou alocação dos recursos financeiros aplicados em saúde.

O funcionamento do CMS é mais complexo que o somatório das capacidades de reflexão, crítica e proposição individuais dos conselheiros. As interações entre os atores são essenciais para compreensão de seu funcionamento. Existe uma convivência pacífica entre conselheiros com visões de mundo e de participação política antagônicas e o consenso é rapidamente obtido nas deliberações, pois a visão sobre o principal determinante da baixa qualidade da atenção é similar entre representantes dos diferentes segmentos:

Se fala muito da questão do financiamento. Os recursos são escassos. Nós entendemos até porque são escassos. Uma população muito grande e existe também, a questão do gerenciamento, que eu acho também muito importante (Representante dos Usuários).

Eu bato sempre nessa tecla, a questão do financiamento, que sem financiamento não se faz saúde, não se banca saúde e nem se faz o atendimento que nós precisamos para a nossa população (Representante dos Prestadores).

Às vezes, a gente chega a desanimar com a situação do subfinanciamento que existe, já há muito tempo. Com falta de recurso para fazer o que seria ideal, o que você sonha em fazer (Representante do Governo).

Na verdade, a gente sabe que tudo esbarra na burocracia. Às vezes tem dinheiro em um tal departamento e a gente não pode pegar para o outro que está faltando e vice-versa (Representante dos Trabalhadores).

Tornou-se quase senso comum apontar o financiamento como o grande vilão do SUS. Todos os entrevistados compartilham essa opinião, embora colorida por sua visão de mundo. Para o representante dos usuários o “gerenciamento” é a solução, para o dos trabalhadores “burocracia” é a culpada. Para o representante dos prestadores “não se faz saúde sem dinheiro”, para o do governo é possível fazer saúde com pouco dinheiro, mas não “o que você sonha em fazer”.

Embora o representante dos usuários afirme que “entende” o motivo da escassez de recursos financeiros para a saúde, nenhum dos entrevistados, inclusive o próprio, esboça um aprofundamento na discussão sobre os aspectos econômicos e financeiros da Política de Saúde, como prescreve a Resolução n.º 453/2012 (BRASIL, 2012b).

A condição de “subfinanciamento” é naturalizada tanto nas entrevistas quanto nas reuniões do CMS. A necessidade de mais recursos financeiros sempre é direcionada para os repasses federais e estaduais, que estão além da governabilidade da gestão municipal. Quanto ao aumento da parcela de recursos próprios do município para a saúde, a resposta dos gestores estratégicos é que a aplicação atual da receita própria supera os 15% da Lei Complementar n.º 141/2012 (BRASIL, 2012a) – sendo de 24,46% em 2013, 26,07% em 2014 e 34,96% em 2015 (SIOPS, 2016) – e não há possibilidade de aumento de investimento da saúde sem comprometimento de outras áreas essenciais como assistência e educação. Portanto, a pauta do aumento do financiamento não avança.

Uma perspectiva complementar ao aumento do financiamento seria a racionalização do orçamento de acordo com as necessidades de saúde identificadas pela população. Durante o debate sobre a PAS de 2015, articulado pelo grupo da ESPI, observou-se grande dificuldade para a priorização da aplicação dos recursos financeiros. Dois tensionamentos pontuaram as discussões e deliberações. Os conselheiros representantes de usuários direcionaram o orçamento para financiamento de ações focalizadas nos grupos de interesse que representam por meio de entidades, no caso, mulheres, idosos e portadores de deficiência intelectual. Por outro lado, os representantes de trabalhadores defenderam a valorização dos

servidores públicos, entendida como aumento de salários. Os representantes de prestadores e da gestão demonstraram certa apatia durante a discussão, justificando que essa decisão deveria ser baseada na disponibilidade de transferência de recursos federais e estaduais.

A solução encontrada pelo CMS para estabelecer o consenso foi definir “a saúde como prioridade”, portanto todas as ações deveriam ser consideradas como prioridade. O contraponto do grupo da ESPI a essa posição foi questionar que “se tudo é prioridade, nada é prioridade”. Os conselheiros retomaram parcialmente seus posicionamentos corporativos, mas conseguiram avançar no consenso de algumas prioridades genéricas, como a necessidade de “reposição salarial dos servidores” e de “fortalecer a humanização”. Sob outra perspectiva, algumas posições focais e medicalizadoras da assistência à saúde foram mantidas como “prioridade no financiamento de exames complementares”, portanto coerentes com sua visão restrita da saúde – expressa nas discussões sobre o PMS 2014-2017 no CMS e nos CLS, quando o grupo da ESPI teve de mediar o diálogo problematizador sobre uma visão mais ampliada do processo de saúde-doença.

A discussão e a deliberação dos documentos finais das PAS de 2014 e de 2015 no CMS atingiu o consenso rapidamente. Foram propostas apenas modificações em algumas das metas, mas a perspectiva dos conselheiros era de que o documento havia sido elaborado de maneira colegiada, portanto não necessitava de maiores ajustes e sua aprovação ocorreu em 8 de outubro de 2014. Não foi possível elaborar a PAS de 2015 antes da aprovação da LDO de 2015 – Lei Municipal n.º 2.100, de 4 de junho de 2014 –, mas foi possível concluir esse dispositivo de planejamento antes da aprovação da LOA de 2015 – Lei Municipal n.º 2.124, de 31 de outubro de 2014. O grupo da ESPI atribuiu essa falha – reiterando o mote “explica, mas não justifica” – à imposição de prazos legais exíguos, ao atraso na elaboração do PMS 2014-2017 e à ausência de um controle municipal de custos que pudesse embasar de modo ágil as decisões sobre o orçamento.

A despeito dessa fragilidade, a PAS de 2015 pôde ser utilizada pela SAFP para construir a proposta da LOA 2015. Contudo, não se observou total correspondência entre elas. Os gestores da SAFP alegaram que a transposição da PAS para o padrão exigido pela legislação orçamentária não permite uma correspondência perfeita por aspectos conceituais. De fato, constatou-se que a PAS

direcionou a LOA, mas não a determinou. A PAS de 2014 não foi utilizada como ferramenta estratégica, pois sua aprovação ocorreu quase um ano após o final do prazo legal estipulado.

Na análise da estrutura da PAS de 2014 e de 2015 observa-se a dissociação entre registros físicos e financeiros. Como discutido, não seria possível elaborar estimativas do orçamento a ser aplicado para cumprir cada uma das metas com as informações sobre custos e gastos em saúde disponíveis no município. O Quadro 16 apresenta um exemplo de como foi organizado o registro da perspectiva física da PAS de 2015.

Quadro 16 – Exemplo de definição de ações, recursos e responsável apresentada na PAS 2015

Diretriz 2: Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.						
Ação	Meta	Indicador	2015	Unidade	Recursos	Responsável
Garantir a notificação de violência em momento oportuno	Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	6	N. Absoluto	ABS MAC Vigilância	VE ABS CEMEAR CAPS HRI HMMA UPA
Consolidar o atendimento pré-hospitalar e o acesso à rede de urgências	Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	35	%	MAC	SAMU UPA HRI
	Reduzir em 10% os óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	15	%	MAC	SAMU UPA HRI

Fonte: Elaborado a partir da PAS 2015.

A estrutura dos aspectos físicos da programação segue o padrão do Quadro 16. As ações foram fixadas de modo abrangente, envolvendo o máximo de metas que apresentassem relação entre si, essa escolha fundamentou-se na possibilidade de ativar sinergias positivas para alcançar os indicadores e tornar a PAS mais enxuta. Optou-se por não fixar valores para os recursos, mas apenas indicar a fonte de financiamento de acordo com os blocos de financiamento do SUS, regulamentados pela Portaria n.º 204/2007 (BRASIL, 2007) e pela Portaria n.º 837/2009 (BRASIL, 2009b): Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Os responsáveis pela realização das ações para cumprimento de cada meta são definidos, considerando tanto os serviços sob responsabilidade direta municipal quanto aqueles que se relacionam com o município por meio de convênios ou contratos como a Policlínica Regional ou o HMAA. Todos os atores elencados na PAS foram mapeados inicialmente no novo organograma da SMS, portanto os dois dispositivos deveriam dialogar quanto ao estabelecimento de fluxos de informações e compartilhamento de responsabilidades.

De modo geral, não se observou um caráter intersetorial no planejamento municipal em saúde. Embora um dos coordenadores tenha expressado em seu discurso que:

Tem as intersetorialidades, aqui no Município a gente trabalha muito com isso. E aí, toda a ação que vai acontecer une a Ação Social, Saúde, Educação, Meio Ambiente. E cada um tem que dar a sua contribuição no evento que vai acontecer. A gente acaba ficando sobrecarregado e acaba não executando o planejado (Coordenador 2).

O grupo da ESPI enfrentou dificuldade em articular ações com as outras secretarias do município. Como o Coordenador 2 relatou, a intersetorialidade é restrita a eventos realizados em cooperação com as demais secretarias. Por outro lado, poucas são as ações contínuas em que se observa uma interação cotidiana entre as secretarias, exceto na saúde mental, que estabeleceu parcerias com a Secretaria de Assistência Social e com a Secretaria de Educação, e no Programa Saúde na Escola, que estabeleceu também parcerias com essa Secretaria. Articulação com instituições não ligadas à saúde e exteriores à Administração Municipal foram pontuais. Um sinal da pequena difusão da intersetorialidade pode ser observado no Quadro 17, que apresenta todas as ações registradas na PAS 2015.

Quadro 17 – Ações por diretriz da PAS 2015

Diretriz 1: Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada. Ações: Fortalecer a Atenção Básica à Saúde; Fortalecer a Atenção à Saúde Bucal; Fortalecer a Atenção Secundária à Saúde.
Diretriz 2: Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção. Ações: Garantir a notificação de violência em momento oportuno; Consolidar o atendimento pré-hospitalar e o acesso à rede de urgências.
Diretriz 3: Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade. Ações: Fortalecer as ações de rastreamento de câncer em mulheres; Consolidar as ações vigilância à saúde da mulher; Fortalecer as ações de atenção pré-natal; Consolidar as ações de atenção integral à criança; Garantir a efetividade das ações dos comitês de mortalidade.
Diretriz 4: Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas. Ação: Consolidar o modelo de atenção psicossocial territorial.
Diretriz 5: Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. Ação: Consolidar a atenção à saúde da pessoa idosa ou portadora de doença crônica.
Diretriz 6: Garantia da atenção integral à saúde da pessoa portadora de deficiência, com estímulo a uma vida ativa e fortalecimento das ações intersetoriais. Ação: Organizar a Atenção à Saúde das pessoas portadoras de deficiência com foco na Atenção Básica à Saúde.
Diretriz 7: Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde. Ações: Fortalecer o programa de imunizações; Fortalecer o controle e o tratamento da tuberculose; Fortalecer a vigilância em saúde; Fortalecer o controle e o tratamento da hanseníase; Fortalecer o controle e o tratamento da leishmaniose visceral; Fortalecer o controle da raiva; Fortalecer o controle da dengue; Fortalecer o controle e tratamento das DSTs e da infecção por HIV/aids e hepatites virais; Organizar a atenção à saúde do trabalhador.
Diretriz 8: Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Ação: Fortalecer a Atenção Farmacêutica tendo como base a integralidade do cuidado.
Diretriz 9: Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS. Ações: Consolidar a educação permanente na rede local de serviços de saúde; Ampliar os Programas de Residência Médica; Valorizar o trabalho e os trabalhadores de saúde do SUS.
Diretriz 10: Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável. Ações: Consolidar os dispositivos de Controle Social; Democratizar a gestão dos serviços de saúde; Garantir o financiamento das ações de saúde.
Diretriz 11: Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS. Ação: Consolidar o processo de controle, monitoramento, avaliação e auditoria.
Diretriz Transversal: Fortalecimento da humanização como política pública que atravessa e integra as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS e implica em autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e participação coletiva no processo de gestão. Ação: Melhorar a qualidade da atenção e da gestão tendo como base a humanização.

Fonte: Elaborado a partir da PAS 2015.

O Quadro 17 deixa explícito que as ações propostas pela PAS enfocaram predominantemente o ambiente interno da SMS de Iguatu. Foi consenso entre gestores, trabalhadores e conselheiros durante a elaboração da PAS que as ações deveriam ser avaliadas quanto à governabilidade dos atores apontados como responsáveis e às articulações existentes e novas articulações possíveis. A repetição de verbos como “fortalecer” e “consolidar” indica que as ações não são novidades, mas que necessitam de um reforço em seus aspectos quantitativos e qualitativos. Apenas duas ações relacionam-se a programas novos, saúde do trabalhador e saúde do idoso, e são enunciadas por meio do verbo “organizar”.

As ações expressas na PAS de 2015 não podem ser tomadas como desdobramentos operacionais do PMS 2014-2017, mas como orientações sobre quais são as metas que apresentam relação orgânica no contexto socio sanitário e assistencial de Iguatu e quem seriam os responsáveis por realizar as ações necessárias para o seu cumprimento. A justificativa do grupo da ESPI para propor essa estrutura da PAS foi a necessidade de favorecer os encontros entre os setores e serviços. Anteriormente, o fluxo de comunicação e responsabilidades passava obrigatoriamente pelo topo da pirâmide organizacional, o secretário. Na perspectiva do grupo da ESPI, esse fluxo deveria ser mais livre e descentralizado, cabendo à gestão estratégica oferecer apoio e fazer o monitoramento, mas não expropriar todas as decisões dos gestores táticos. O desdobramento das ações em operações deveria ser realizado pelos gestores táticos e trabalhadores em seu cotidiano e de modo colegiado.

Essa proposta de organização descentralizada do processo de gestão e de trabalho não se caracteriza como uma novidade, sendo quase parte do senso comum da gestão em saúde, tanto na iniciativa privada quanto no setor público. Por isso, o grupo da ESPI não considerava que as barreiras para sua implantação seriam tão consistentes, pois acreditava que elas dependiam essencialmente do empenho da gestão estratégica em concentrar as decisões e, conseqüentemente, o poder. Ao assumir os cargos de gestão estratégica, parecia que as barreiras mais importantes para descentralização seriam eliminadas automaticamente. Observou-se, no geral, o fracasso da proposta do grupo da ESPI. Pois a descentralização e a autonomia dos gestores táticos permaneceram aquém do desejado pelo grupo da ESPI – quanto aos trabalhadores, não ocorreu nenhuma modificação em seu processo de trabalho. Nem

a chefia Guarani nem o registro da descentralização como norma por meio da estrutura do Plano e da Programação foram suficientes para transformar a cultura organizacional instituída. Apenas nos serviços de saúde mental ocorreu alguma modificação no processo de gestão e trabalho em saúde, analisadas em tópico específico desta Tese.

Retomando a elaboração da PAS de 2014 e de 2015, o Quadro 18 apresenta como foi enunciada a sua proposta de financiamento, separada de acordo com os blocos de financiamento do SUS e organizada por meio do método das partidas dobradas, porém substituindo crédito e débito por receita e despesa.

Quadro 18 – Exemplo de aplicação de recursos apresentado na PAS 2015

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE			
RECEITA		DESPESA	
PAB Fixo	R\$ 2.551.587,96	Folhas de Pagamento	R\$ 9.593.190,70
PAB Variável PSF	R\$ 1.661.160,00	INSS Patronal	R\$ 2.033.313,63
PAB Variável PACS	R\$ 2.701.296,00	Locações de Imóveis	R\$ 20.520,00
PAB Saúde Bucal	R\$ 615.480,00	Locações de Veículos	R\$ 546.000,00
NASF	R\$ 720.000,00	Transporte de Medicamentos	R\$ 25.200,00
Incentivo PMAQ	R\$ 1.821.600,00	Material Odontológico	R\$ 66.000,00
Recurso Próprio	R\$ 2.974.740,37	Material de Ambulatório/Médico Hospitalar	R\$ 72.000,00
		Material de Limpeza	R\$ 27.600,00
		Material de Expediente	R\$ 30.000,00
		Material de Impressos	R\$ 240.000,00
		Material de Informática	R\$ 18.000,00
		Material Elétrico e Hidráulico	R\$ 48.000,00
		Gás de Cozinha	R\$ 2.400,00
		Energia Elétrica	R\$ 84.000,00
		Serviço de Acesso à Internet	R\$ 48.000,00
		Serviço de Manutenção de Equipamentos Odontológicos	R\$ 93.600,00
		Serviço de Suporte de Informática	R\$ 98.040,00
TOTAL	R\$ 13.045.864,33	TOTAL	R\$ 13.045.864,33

Fonte: Reproduzido da PAS 2015.

A discussão da estrutura da proposta de aplicação de recursos financeiros da PAS 2015, apresentada no Quadro 18, começa pela inversão da convenção de registrar os débitos à esquerda. As receitas estão registradas à direita para simbolizar que é a partir delas que se estabeleceu o limite para as despesas. Essa posição foi coerente com as discussões realizadas no CMS de que o orçamento da saúde não é ilimitado e que seu limite não é fixado nem pelo gestor da saúde nem pelo CMS, mas pela articulação entre o Executivo e o Legislativo, respeitando a legislação pertinente. Os integrantes do grupo da ESPI problematizaram esse tema no CMS ao afirmar que “mais recursos para saúde” pode significar “menos recursos para educação”, desse modo seria necessário repensar a lógica do orçamento municipal sob uma perspectiva participativa – essa também não é uma proposta nova no Brasil. Se o financiamento foi pensado a partir das receitas, sua análise pode seguir essa perspectiva, principalmente porque a PAS considera ambas equivalentes no método das partidas dobradas. A tabela 3 apresenta as principais informações financeiros da PAS 2015.

Tabela 3 – Receita e aplicação de recursos na SMS de Iguatu prevista na PAS de 2015 por bloco de financiamento do SUS

Bloco	Origem do Recurso			Total
	Federal	Estadual	Municipal	
Atenção Básica	R\$ 10.071.123,96 (%) 77,20	0,00 0,00	2.974.740,37 22,80	13.045.864,33 21,63
Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	R\$ 16.232.658,84 (%) 45,54	5.700.000,00 15,99	13.709.028,48 38,46	35.641.687,32 59,10
Vigilância em Saúde	R\$ 665.964,96 (%) 48,84	0,00 0,00	697.634,31 51,16	1.363.599,27 2,26
Assistência Farmacêutica	R\$ 144.000,00 (%) 14,12	0,00 0,00	876.151,00 85,88	1.020.151,00 1,69
Gestão do SUS	R\$ 0,00 (%) 0,00	0,00 0,00	7.698.289,49 100,00	7.698.289,49 12,77
Investimentos na Rede de Serviços de Saúde	R\$ 1.232.000,00 (%) 80,25	0,00 0,00	303.130,60 19,75	1.535.130,60 2,55
TOTAL	R\$ 28.345.747,76 (%) 47,00	5.700.000,00 9,45	26.258.974,25 43,54	60.304.722,01 100,00

Fonte: Elaborado a partir da PAS 2015

A tabela 3 registra que a despesa total com saúde prevista para 2015 seria de R\$ 60.304.722,01. A LOA 2015 definiu o orçamento total da saúde, incluindo SMS e FUSPI, em R\$ 56.986.158,00. O SIOPS (2016) informa que a despesa total com saúde em 2015 foi de R\$ 61.788.521,49. Embora a diferença entre o programado, o orçado e o executado seja da ordem de alguns milhões de reais, considerando-se os valores relativos, essas diferenças estariam em torno de 5%. À vista disso, pode-se afirmar que o planejamento financeiro obteve uma precisão razoável, principalmente se contextualizado com a ausência de um controle sobre os custos ou gastos com saúde.

A origem dos recursos para o financiamento da saúde é, principalmente, federal (47%) e municipal (43,54%). Os blocos que recebem o maior aporte financeiro são a Atenção de Média e Alta Complexidade (59,1%) e a Atenção Básica (21,63%). Constata-se, portanto, na PAS de 2015 uma dependência excessiva de recursos de origem municipal, ente federativo com menor poder de arrecadação, que coloca em risco a garantia de um fluxo regular de recursos para o SUS local. Embora a atenção primária seja considerada pelo PMS 2014-2017 como essencial para a organização da atenção à saúde local, ela recebe pouco mais de um terço dos recursos direcionados para a atenção especializada. Essa característica é coerente com os custos mais elevados dessa última, mas também indica um direcionamento do financiamento para perpetuação de um modelo de atenção à saúde curativo e emergencial. Reforça essa hipótese a pequena aplicação relativa de recursos na Vigilância em Saúde.

Essa situação foi problematizada pelo grupo da ESPI durante as reuniões para debate da priorização da aplicação de recursos da PAS. Porém, essa discussão esbarrou na visão medicalizada do processo saúde-doença de alguns dos conselheiros e na necessidade da gestão de manter os serviços de assistência secundária instalados em funcionamento. A despeito das considerações táticas, não existia muito espaço para realizar manobras ou modificações na situação atual. Por outro lado, considerando-se as perspectivas para o futuro, os representantes do CMS compreenderam que a implantação de novos serviços de atenção especializada poderia comprometer ainda mais o financiamento da atenção primária, caracterizada como essencial para organização do sistema de saúde de Iguatu. Os integrantes do

grupo da ESPI avaliaram que essa maior densidade crítica dos debates no CMS sobre financiamento foi um dos principais resultados alcançados pela elaboração da PAS.

4.2.4 Planejamento e trabalho em saúde: encontros e desencontros táticos

A atenção psicossocial territorial propôs uma inversão do modelo de atenção à saúde mental brasileira. A centralidade do hospital foi substituída pela capilaridade de serviços com base territorial. Para consolidar essa nova lógica de atenção considera-se necessário novas formas de organizar o processo de trabalho em saúde mental, fortalecendo o desenvolvimento de sua perspectiva interdisciplinar, horizontal, democrática e resolutiva (SAMPAIO et al., 2011). Uma possibilidade de arranjo para o processo de trabalho, coerente com esses objetivos, é baseada nos conceitos de equipe de referência e de apoio especializado matricial (CAMPOS, 1999). Essa maneira de estruturar o cuidado em saúde mental de modo colaborativo é realizada, nesse caso específico, integrando as equipes da Estratégia da Saúde da Família e de saúde mental (CHIAVERINI et al., 2011).

O apoio matricial é um dispositivo de gestão de saúde mental recentemente disseminado pelo Ministério da Saúde e adotado pelas equipes para organização de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004). Contudo, já é reconhecido como dispositivo valioso para instituição de novos modos de cuidado em saúde e com grande potencial de resolutividade (JORGE; SOUZA; FRANCO, 2013).

O estudo das tecnologias leves em saúde ocupa lugar central na compreensão das mudanças institucionais relacionadas ao processo de reestruturação produtiva no setor saúde (MERHY, 2002). Dessa forma, existe potencial heurístico na análise do apoio matricial sob a perspectiva das intervenções tecnológicas, mas também o considerando como intervenção organizacional e política.

Ainda em 2013, antes do PMS 2014-2017 fixar o matriciamento como uma de suas metas, logo antes dele se tornar estratégico, os profissionais desenvolviam algumas experiências com esse dispositivo de gestão e cuidado disparadas pela implantação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva em uma parceria da Escola de Saúde Pública do Ceará com a ESPI. Esse programa de formação em serviço contribuiu para que novos dispositivos fossem incorporados ao repertório da

rede municipal de atenção psicossocial. Os profissionais de saúde, tanto os trabalhadores do município quanto os residentes – e o grupo da ESPI apropriaram-se dessa oferta didática e utilizaram-na de modo tático para buscar novos arranjos para o processo de trabalho. A partir de 2014, dois dos profissionais engajados na equipe de apoio do matriciamento eram também integrantes do grupo da ESPI. O relativo sucesso dessa experiência e o reconhecimento de que se tratava de uma possibilidade potente para organizar os fluxos assistenciais, qualificar a assistência e compartilhar responsabilidades embasaram a inclusão desse dispositivo em várias das metas do PMS 2014-2017, inclusive fora do âmbito da saúde mental.

Algumas tentativas de realizar apoio matricial em saúde mental haviam sido desenvolvidas no Município antes da implantação da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva, mas sob a lógica de descentralizar o atendimento médico especializado para as unidades de saúde. Dessa maneira, sem enfatizar a dimensão formativa e a instituição de novas práticas de cuidado e gestão em saúde.

O início das atividades do PRM em Psiquiatria trouxe um reforço para as atividades de apoio matricial em saúde mental, pois agregou médicos psiquiatras que concebiam o matriciamento de modo mais abrangente do que a descentralização do atendimento médico. As propostas de matriciamento dos programas de residência médica e multiprofissional apresentaram muitas interfaces, contudo a integração não foi total, principalmente devido às restrições curriculares sobre a estrutura de semana padrão impostas pela legislação que rege os programas de residência.

Na avaliação do grupo da ESPI, o esforço para transformação dos processos de gestão e atenção à saúde por meio do Planejamento em Saúde obteve sucesso apenas na rede de atenção psicossocial. O apoio dos trabalhadores de saúde mental foi muito mais importante na condução desse processo do que as estratégias fixadas no Plano de Saúde ou as ações, recursos e metas desdobradas na Programação. Por vezes, os profissionais avançaram para além das estratégias, usando suas táticas e consumindo ferramentas do Planejamento e da gestão em saúde de modo autônomo. Enquanto ocuparam a gestão estratégica, Lana Carina e o autor, em sua fantasia da chefia Guarani, observaram que os trabalhadores da saúde mental eram capazes técnica, ética, política e afetivamente de organizar seu processo de trabalho com o apoio dos gestores táticos – e algumas vezes a despeito

dos gestores táticos – de modo astucioso, aproveitando-se – como Chicó – de todas as oportunidades para desenvolver uma prática efetiva e cidadã.

De forma geral, ocorreu resistência das equipes de referência das eSF quanto à implantação do apoio matricial em saúde mental. As eSF não desejavam compartilhar com a equipe de apoio do CAPS a responsabilidade pela saúde mental, considerada como uma nova responsabilidade, portanto como mais tarefas a serem executadas. A adesão ao matriciamento dependeu da capacidade de sedução da proposta inovadora da equipe de apoio.

A compreensão das equipes de referência e de apoio sobre matriciamento era bastante distinta. Para a equipe de referência, esse dispositivo poderia ser caracterizado como o atendimento ambulatorial individual do psiquiatra na atenção básica, sua perspectiva seria a de receber esse profissional na unidade para melhorar o acesso dos usuários, que não teriam de se deslocar ao CAPS. Para as equipes de apoio, o matriciamento era concebido como um dispositivo para efetivação da atenção psicossocial no território, uma proposta de mobilização crítica para trabalhadores e usuários do SUS para a produção de saúde, porém sem uma clareza sobre quais seriam seus desdobramentos concretos.

Confrontaram-se, então, lógicas distintas de atenção à saúde. A dificuldade de estabelecer um acordo conceitual levou à frustração inicial das expectativas de todos os atores. As reuniões entre as equipes abriram a perspectiva mediadora do diálogo. A discussão e o planejamento conjunto das atividades permitiu equalizar os aspectos coletivos e individuais, estratégicos e táticos, da atenção à saúde. Esse processo não foi isento de tensões, mas permitiu que o dispositivo fosse efetivado em cinco das seis equipes selecionadas para iniciar essa experiência.

Em uma das unidades de saúde não foi possível realizar as atividades de apoio matricial. O diálogo com a equipe sofreu forte interferência da enfermeira responsável pela unidade, que, de modo explícito, liderou um boicote aos profissionais da equipe de apoio, mobilizando a equipe de referência para não participar das ações de saúde mental propostas para ocorrer no território adscrito da unidade. O autor e Lana Carina não utilizaram mecanismos de poder para pressionar a equipe a aceitar o matriciamento, pois não consideraram essa imposição coerente com a perspectiva emancipadora do dispositivo.

Ao chefe Guarani cabe o convencimento pela exortação e pelo exemplo pessoal. Se os interesses do grupo não correspondem aos interesses do chefe, ele pode apenas aguardar as contingências demonstrarem que ele estava certo ou não. Parece um comportamento excessivamente passivo – até relapso – quando transposto para a gestão pública atual, mas é necessário enfatizar que não se pode obrigar pessoas ou grupos a serem autônomos ou críticos. No caso específico da saúde, dispositivos de cuidado emancipatórios não podem ser impostos de modo vertical, sob pena de ter seu conteúdo e potencial críticos esvaziados e banalizados por um consumo forçado e apressado. O termo humanização em saúde exemplifica como uma ideia potente e embasada em um conjunto de dispositivos coerentes foi esvaziada e banalizada pela imposição como panaceia para o SUS. Resultando inclusive na naturalização da humanização, expressa na retórica de muitos trabalhadores, gestores e acadêmicos como consequência lógica de pertencer à espécie biológica humana, ignorando que a humanidade, para além da dimensão biológica, possui dimensão histórica, social e afetiva.

A unidade com maior adesão da equipe de referência, e da comunidade, ao apoio matricial estava localizada em zona rural. Os profissionais da equipe de apoio não entraram em consenso se a receptividade seria uma característica da organização do trabalho e da comunidade em zona rural, considerando que a ESF surgiu nesse contexto e estaria melhor adaptada a ele do que à zona urbana, ou se foi um acaso.

O papel desempenhado pelo agente comunitário de saúde-ACS foi essencial para o apoio matricial. Seu conhecimento profundo sobre a comunidade e as pessoas que vivem nela enriqueceram as possibilidades de intervenção. Em algumas situações, o ACS conhecia o usuário em sofrimento psíquico desde sua infância. O potencial para mobilização social e o reconhecimento de sua autoridade pela comunidade facilitaram a articulação das atividades em grupo. A pequena rotatividade dessa categoria pode contribuir para a sedimentação da prática do matriciamento nas equipes de referência.

Os profissionais da equipe de apoio estavam cientes de que a reflexão crítica não faz parte do cotidiano das equipes de saúde de referência, pois a organização do processo de trabalho em saúde na atenção básica no Município é, tradicionalmente, focada na tarefa e alienante. O próprio matriciamento foi concebido

nas eSF dentro da lógica programática, devendo existir, em vista disso, um dia específico para atender à demanda de saúde mental, enfraquecendo a integralidade que se imagina inerente ao apoio matricial.

A agenda das equipes sinalizou que o apoio matricial não fazia parte de sua rotina, mesmo sob a lógica fragmentadora dos programas de saúde. Reuniões, atividades em grupo ou mesmo visitas domiciliares e atendimentos individuais foram consistentemente desmarcados devido a choque de horário com ações incorporadas à agenda da equipe em momentos posteriores. Os profissionais da equipe de apoio atribuem essa desvalorização à grande demanda de disposição, envolvimento e empenho que o apoio matricial exige dos profissionais de saúde. Esse dispositivo pressupõe um esforço de reflexão, diálogo e criatividade a que o trabalhador não está habituado e que pode gerar resistência.

O escopo das ações de apoio matricial foi bastante amplo e flexível, buscando aproveitar as oportunidades de modo astucioso. O atendimento ambulatorial e a visita domiciliar foram as mais frequentes, apesar disso ocorreram de forma compartilhada, envolvendo, em sua maioria, os membros da equipe de referência. Reuniões conjuntas de planejamento e avaliação, grupos terapêuticos com a comunidade e com os trabalhadores, discussão estruturada de casos clínicos com a equipe de referência e atividades de educação em saúde para a equipe de referência foram realizadas. O apoio matricial, portanto, não se concretizou como um conjunto estanque de ações impostas à equipe de referência, mas como uma proposta de trabalho colaborativo.

A possibilidade de subversão do matriciamento em uma estratégia de medicalização de comportamentos e do sofrimento psíquico foi uma preocupação constante dos profissionais da equipe de apoio. A pressão das equipes de referência para a resolução de demandas individuais emergentes, as crises e os pacientes graves, condicionaram a agenda da equipe de apoio, atribuindo aos atendimentos individuais e visitas domiciliares o *status* de principais ações de matriciamento.

Sobre a medicalização, é necessário relatar que um médico da atenção básica se recusava a atender os portadores de transtorno mental, limitando-se à renovação de receitas de psicotrópicos, o que se constitui como um absurdo da reificação do medicamento e da alienação da prática médica. Ironicamente, a tarde dedicada à transcrição de prescrições era registrada no cronograma do médico como

“turno da saúde mental”. Os profissionais da equipe de apoio não obtiveram sucesso em interromper essa prática, tornando necessária a intervenção dos gestores estratégicos para desligar esse profissional da unidade – até a chefia Guarani tem seus limites, as exortações foram reiteradas, mas as denúncias de usuários sobre o atendimento desrespeitoso desse profissional não deixaram outra alternativa além da transferência do profissional para outra unidade ou o desligamento da SMS. Lana Carina e o autor optaram pela transferência para outra unidade e o profissional optou por desligar-se da SMS alguns meses após esse evento para trabalhar no setor privado.

Os profissionais da equipe de apoio reconheceram que sua capacidade de intervenção frente à complexidade dos casos clínicos é muito restrita. O caso concreto de uma usuária de múltiplas drogas, portadora de comorbidade ansiosa, agredida por companheiro portador de comorbidade antissocial com vários incidentes e conflito com a lei, vivendo em extrema pobreza com seus filhos pequenos, sem casa, sem trabalho e sem comida ilustra o desafio às intervenções das políticas públicas.

Como alternativa, redirecionou-se a atenção à saúde, substituindo a perspectiva, ou talvez ilusão, da medicalização e da cura pela do cuidado e redução de danos. Esse redirecionamento exigiu mudanças na organização do processo de trabalho, favorecendo o diálogo, a cooperação e o compartilhamento de responsabilidades. Essas mudanças não são imunes a contradições, inclusive internas, às profissões de saúde e à defesa de seus interesses, geralmente, alinhados com a fragmentação do sujeito para melhor adequação a interesses corporativos.

A superação da lógica corporativa envolve uma opção do trabalhador por não se reter às especificidades do núcleo de sua profissão, mas considerar-se um trabalhador de saúde. O apoio matricial mostrou-se importante na construção da subjetividade dos trabalhadores.

Antes da implantação do apoio matricial, não ocorreu planejamento formal para o dispositivo, com definição clara de objetivos e estratégias. O PMS indica que, até 2017, o matriciamento em saúde mental deveria ocorrer em todas as unidades de saúde, contudo esse documento de gestão não traz referências à sua operacionalização. Constata-se que as relações dialéticas, entre a equipe de referência e a de apoio, entre equipes e usuário, entre profissionais e equipes, constituem processo orgânico de planejamento e gestão colaborativos, com potência

para o direcionamento e a organização da atenção à saúde mental sob a lógica psicossocial territorial.

Os trabalhadores da equipe de referência reconhecem que o apoio matricial depende de sua colaboração ativa, inclusive por se tratar de um processo pedagógico. Colocar-se à disposição para conhecer seus problemas e aprender a resolvê-los, ou seja, refletir sobre seu processo de trabalho e agir para modificação da realidade, emerge como uma situação nova para a equipe:

Isso aqui é novo e tudo que é novo é difícil. Dificuldade a gente vai encontrar mesmo. Por que é um trabalho a mais. A gente vai ter que trabalhar, sabendo a demanda, conhecendo seus próprios problemas e tentando resolver. Porque na verdade o matriciamento é isso. Ele ensina você a resolver os problemas. Pelo menos foi isso que a gente aprendeu (Enfermeira 1).

Esse “trabalho a mais” não se resume a atender aos usuários em sofrimento psíquico, mas refere-se, principalmente, a pensar antes de agir, planejar, uma característica essencial do processo de trabalho não alienado. A opção por rotinas padronizadas, obscurece a resistência de alguns trabalhadores de se apropriarem de seu processo de trabalho. Uma falha no fluxo de informações estimula a imobilidade:

Eu tive casos que encaminhei para o CAPS, casos em crise, e eu não tive nenhuma contrarreferência do CAPS. Como é que a gente vai saber o que aconteceu? A conduta? A medicação prescrita? O que é que vai acontecer com esse paciente? É muito difícil o CAPS dar contrarreferência para um profissional. Mas, eu acho que isso deveria acontecer, ser repassado (Enfermeira 2).

Reduzir o fluxo de informações entre CAPS e unidade básica de saúde ao preenchimento de fichas de referência e contrarreferência é coerente com a postura da profissional diante do “que aconteceu” e do “que vai acontecer” com o usuário, ou seja, usar a “medicação prescrita”, reduzir o cuidado em saúde ao uso de um medicamento psicotrópico. O contraponto mostra que a pactuação informal de um fluxo alternativo de informações, por exemplo uma ligação telefônica, pode agregar muita efetividade à comunicação, superando o fluxo engessado das fichas de referência:

Eu encaminho o paciente e a recepcionista [do CAPS] pergunta quem é o ACS? Quem é a enfermeira? Na hora que chega um problema lá, ela pega a

lista e liga. Ela diz, olha, fulana, aqui é do CAPS e então dá um direcionamento sobre o que deve ser feito (Enfermeira 1).

A potência pedagógica do apoio matricial foi evidente. A postura diante do transtorno mental e as práticas de cuidado dos usuários foram modificadas positivamente. A Enfermeira 1, que se mostrou criativa ao estabelecer o telefone como meio de agilizar o fluxo de informações sobre os usuários de sua unidade, apresentava, anteriormente, pouco envolvimento com a atenção integral a essas pessoas:

Antes era só a questão de referência e contrarreferência. Quando a gente precisava de um apoio, a gente encaminhava para o CAPS. O nosso contato com a equipe especializada era esse, não era contato direto. O paciente chegava e o médico ou a enfermeira encaminhava para o CAPS. Muitas vezes chegava um paciente e alguém já dizia, fulano de tal está doido, doido, doido, e a gente fazia logo um encaminhamento ligeirinho para o CAPS, para se livrar do paciente. Não ia nem atrás para saber o que foi que houve, por que aconteceu aquilo. Depois, quando estava na reunião de equipe, alguém comentava, dizia alguma coisa. Você não tomava conhecimento nem do que acontecia no CAPS (Enfermeira 1).

A mudança de comportamento não se restringiu aos profissionais de nível superior. A dimensão relacional da visita domiciliar, uma das principais ferramentas dos ACS, foi influenciada positivamente pelo apoio matricial. É relevante que os momentos pedagógicos são referidos como “conversas” e “reuniões”, o que sinaliza sua opção pelo diálogo e pela construção coletiva do saber:

Eu não sabia o que era o matriciamento. Depois, nas reuniões, eu aprendi como é que se chega na pessoa. Eu mesmo tinha medo de fazer uma visita em uma casa que tivesse paciente agitado. Eu tinha medo de chegar perto. Aí com as conversas que a gente teve no PSF, fui conhecendo melhor (ACS 1).

Os trabalhadores da atenção básica, embora conhecendo a função de coordenação do cuidado atribuída a eles pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012c), não se apropriam desse poder e dessa responsabilidade. A coordenação é definida como “estar ciente” da situação do usuário nos diferentes serviços:

Porque se a gente for estudar como deve ser, ao pé da letra, a atenção básica deve ser a coordenadora do cuidado. Então, tudo o que acontecer com aqueles pacientes, com aquela população, do território daquela unidade, a

equipe de saúde da família tem que estar ciente. É importante que esteja (Psicóloga)

A própria coordenação do cuidado é colocada em xeque, pois existiria somente “ao pé da letra” como curiosidade acadêmica. A relação hierárquica que atribui à prática do serviço especializado valor superior à do serviço de atenção básica é desdobrada em um conjunto de pares ordenados em uma escala submissão: médico e enfermeiro; enfermeiro e ACS, equipe de saúde e usuário. O autoritarismo corrói o diálogo, a perspectiva do cuidado e a ética profissional:

Se eu tenho um médico para acompanhar aquele caso, então vai ter uma resolutividade. Agora se eu não tiver uma equipe unida, não tem como. Como no caso de um paciente que usava altas doses de Diazepam. O meu médico disse que ia continuar passando a mesma quantidade, nem ia fazer o desmame, nem trocar por outra medicação para ver se diminuía o tranquilizante (Enfermeira 2)

O médico referido pela enfermeira 2 foi aquele desligado da atenção básica do município pela gestão. É comum que trabalhadores que enfrentem situações como essa apresentem sofrimento psíquico em seu processo de trabalho. A postura de rigidez diante de inovações, inclusive o matriciamento, da enfermeira 2 pode estar relacionada a uma exposição ao autoritarismo em suas experiências de trabalho. De fato, o município não se destaca por ações direcionadas à saúde do trabalhador:

Aqui, no município, ninguém se importa com a saúde do trabalhador. Quando [o profissional da equipe de apoio] chegou na nossa equipe ele começou a ver essa necessidade da saúde mental do trabalhador. Porque a gente se preocupava tanto com o paciente, tinha aquela ansiedade, tinha aquela coisa querendo resolver isso, querendo resolver aquilo. Então até nisso [o profissional da equipe de apoio] ajudou a nossa equipe. Então, ele formou um grupo com os funcionários, para começar a ver e começar a falar sobre a gente, sobre nós (Enfermeira 1).

Os trabalhadores apresentam dificuldade para enunciar seus sentimentos de frustração e seu sofrimento no trabalho. “Aquela coisa querendo resolver isso, querendo resolver aquilo” faz o trabalhador adoecer, mas não é considerada tão importante, pois causa surpresa que um profissional aborde a equipe preocupado com “a gente”.

A ampliação do apoio matricial para todas as unidades da atenção básica é apontada como essencial pelos trabalhadores. O raciocínio é o da pressão da

demanda por mais atendimentos e profissionais, a tarefa é o foco para os profissionais de nível superior e médio:

Precisaria de mais profissionais para melhorar. Teria que ser uma coisa permanente. O pessoal inventa as coisas hoje e some. E os pacientes ficam perguntando: ah, cadê o doutor? Ah, cadê a psicóloga? Todo mundo fica brincando, perguntado cadê nossa psicóloga. Se tivesse mais profissionais melhoraria muito (ACS 2)

Nas reuniões que teve com o pessoal de enfermagem, foi uma questão até comentada, o matriciamento, porque só algumas unidades têm e outras não? Eu necessito, eu tenho casos em que a gente precisa dar mais atenção. E, infelizmente, o médico não tem tanto conhecimento em saúde mental e o CAPS, também pela quantidade de profissionais ser pouca, demora para atender aqueles pacientes. E aquele paciente fica sem assistência. (Enfermeira 2)

A intensa influência do modelo biomédico hegemônico, pautado pela medicalização, entre os profissionais da equipe de referência e seu potencial para desvirtuar o matriciamento em demanda por consultas descentralizadas dos especialistas na atenção básica foi identificada nas redes de atenção à saúde de Sobral e Fortaleza por Jorge et al. (2012). Não se trata de característica específica do caso estudado, mas, provavelmente, um fenômeno estrutural.

O apoio matricial não pode ser uma imposição da gestão, ele deve ser uma opção do serviço, em uma das seis unidades abordadas nessa pesquisa ocorreu boicote ativo do enfermeiro da unidade a esse dispositivo. O significado de “assistência” é restrito à tarefa, ou a mera presença do profissional na unidade. Constata-se que a medicalização do cuidado não é exclusividade dos médicos:

O fluxo de pacientes é enorme, é muito intenso, e a equipe talvez não dê conta de fazer isso sozinho. O paciente retorna para sua comunidade, e aí? Renovação de receita, o paciente perde a receita? Controlar a medicação. E aí? (Enfermeira 2).

Essa postura não se deve apenas à disseminação genérica da concepção hegemônica de saúde e de doença ou a uma disposição pessoal da enfermeira 2. O município, desenvolveu sua primeira experiência com o matriciamento alinhada com a medicalização e precarização da atenção à saúde:

[O psiquiatra] disse: gente, eu não tenho condições, eu sou um só e exclusivo para cá [Iguatu]. Deu abertura e tacou um treinamento de um dia inteiro para a gente, médico e enfermeiro. Então ficou combinado que a gente tinha que

aprender a conhecer os nossos casos [também da saúde mental] e tentar fazer alguma coisa. Porque o CAPS estava sobrecarregado (Enfermeira 1).

A dimensão relacional foi identificada como essencial para a integralidade do cuidado. Embora as marcas da hierarquia entre médico e enfermeiro sejam evidentes, a médica “propõe” enquanto a enfermeira “repassa”, o respeito entre ambos permite o diálogo:

A minha médica, desde o início, por tudo o que a gente repassa, sempre teve muito respeito. A gente tem respeito quanto ao que ela propõe, como ela também tem esse respeito quanto a cada um de nós e quanto à equipe. A gente sempre se reúne em equipe e tudo o que a gente decide é em equipe. (Enfermeira 1).

Outras características capitais para o matriciamento são também relacionadas à postura da equipe. A importância de equipamentos, medicamentos, fluxos e rotinas padronizadas é relativizada:

O comprometimento e a participação dos diferentes profissionais, porque a gente sabe que o dentista vai lidar com paciente com transtorno mental mais cedo ou mais tarde, o nutricionista vai precisar lidar também, a agente de saúde e assim por diante. Todo mundo tem que saber lidar (Psicóloga).

A prática pública de saúde é atravessada por eixos de tensões e contradições. Existe tensão entre a perspectiva estratégica da interdisciplinaridade, caminho para a integralidade da atenção, e o combate tático do corporativismo, cidadela da sobrevivência material de cada profissão. Existe contradição entre os projetos de reconstrução da subjetividade e reabilitação social e as condições para sua realização em uma sociedade que fundamenta sua produção de riqueza na alienação do trabalhador e na negação de sua subjetividade.

O contexto concreto de tensões e contradições das práticas de saúde impõe a trabalhadores, usuários e gestores grandes desafios, destaca-se que muitos deles ultrapassam suas possibilidades de intervenção. O apoio matricial emerge como um dispositivo capaz de amparar esses atores na busca por superar, ou ao menos amenizar, essas contingências por meio da transformação de suas relações de saber e poder.

O apoio matricial instiga os trabalhadores a repensar suas concepções de saúde e doença e suas práticas. Mas o desejo por reflexão e inovação não se distribui

de modo uniforme na equipe. Alguns profissionais apresentaram resistência à implantação do dispositivo, optando pelo conformismo diante da situação atual do processo de trabalho.

O diálogo foi bastante eficaz para mediar a organização do trabalho da equipe. Ao ser estabelecido um consenso entre a equipe de referência e de apoio matricial sobre os princípios gerais da atenção psicossocial e do matriciamento, observou-se que o planejamento das ações ocorreu de modo orgânico, criativo e flexível. O Município tem como meta do PMS 2014-2017 implantar o matriciamento em saúde mental em todas as unidades de saúde básica até 2017. A execução plena dessa proposta é desafiadora, pois a adesão e colaboração dos servidores é fundamental para que o apoio matricial não se limite a uma tática para filtrar o acesso dos usuários aos CAPS.

4.2.5 Relatório Anual de Gestão 2014: o interesse no desinteresse

O RAG é singular em relação aos outros instrumentos de planejamento, pois é formulado em plataforma eletrônica específica, o SARGSUS, instituída pelo Ministério da Saúde. Muitos indicadores são preenchidos de modo automático pela plataforma, cabendo à gestão municipal a redação de análise dos resultados alcançados. Não existe flexibilidade para acrescentar ao RAG indicadores criados pela gestão local fundamentados nas condições sanitárias locais. Essa rigidez favoreceu a desvalorização dos indicadores criados localmente, embora esse não tenha sido o principal determinante de seu fracasso.

Os indicadores considerados chave pelo grupo político hegemônico, principalmente a mortalidade infantil, são monitorados e avaliados pelos gestores de nível tático e estratégico da SMS de modo rigoroso durante todo o ano, inclusive sendo anunciados como “conquistas” da gestão.

Os indicadores constantes na plataforma eletrônica do RAG são monitorados e avaliados quadrimestralmente, por ocasião da apresentação do RDQA em audiência pública na Câmara dos Vereadores. Alguns deles são calculados de modo impreciso devido à natureza dos sistemas de informações em saúde municipais, que são estruturados para coletar e encaminhar as informações para o Ministério da Saúde, que realiza sua consolidação e a torna disponível para o município. Existe,

para alguns indicadores, uma lacuna de mais de seis meses entre a coleta da informação e sua disponibilidade para análise como informações validadas pelo Ministério. Portanto, para a gestão municipal elaborar os relatórios parciais, é necessário consolidar localmente os indicadores, uma tarefa que se distancia do padrão de organização do sistema de informações em saúde implantado.

Os indicadores específicos, que não fazem parte da plataforma eletrônica do RAG, não foram sequer calculados em 2014. O grupo da ESPI observou que os gestores de nível tático enfocaram a atualização dos indicadores obrigatórios, principalmente considerando a necessidade de apresentá-los. Lana Carina e o autor reconheceram que acrescentar tantos indicadores novos aos já monitorados obrigatoriamente aumentava muito a carga de tarefas dos gestores táticos, que não foi aliviada pelas tentativas frustradas de reorganizar o processo de gestão e trabalho de modo mais descentralizados e cooperativo. Portanto, a fragilidade crônica da avaliação em saúde local, que se resumia ao PMAQ-AB, não foi superada. O grupo da ESPI compreendeu que teria sido mais coerente com a capacidade técnica da gestão e com a situação socio sanitária do Município ter elaborado poucos indicadores, mas com grande poder de síntese da situação de saúde e ter realizado seu monitoramento com assiduidade.

No RAG 2014, das 47 metas propostas, foram atingidas 29, em torno de 61%. Mas esse não é um dado totalmente fidedigno, pois alguns dos principais indicadores não foram calculados automaticamente pelo SARGSUS, consequentemente foram calculados pela SMS. Observou-se, posteriormente, quando o Departamento de Informática do SUS-DATASUS liberou para acesso as estatísticas oficiais do Município, divergências entre alguns desses indicadores e os calculados pela SMS, principalmente os relacionados à produção hospitalar e ambulatorial. Pois são dependentes do processo de faturamento que não ocorre, para os últimos meses do ano, em tempo condizente com o prazo para entrega do RAG. Por exemplo, a meta para as internações por condições sensíveis a atenção básica era de 25%, o valor calculado pela SMS de acordo com os dados de faturamento no início de 2016 foi de 57%, o valor oficial divulgado, posteriormente pelo Ministério da Saúde foi de 20%. Essa fragilidade repetiu-se no resultado de vários indicadores. Embora a orientação dos gestores estratégicos da SMS fosse calcular os indicadores de modo conservador, ou seja, “na dúvida, considerar o pior valor ou metodologia

possível”, observou-se variação positiva ou negativa em alguns dos principais indicadores. Essa imprecisão limitou tanto a análise dos indicadores pela gestão e pelo CMS na elaboração do RAG quanto pelo autor na elaboração desta Tese.

A análise dos indicadores financeiros do RAG 2014 no CMS foi iniciada pela apresentação da proporção de receita própria aplicada em saúde conforme a Lei Complementar n.º 141/2012. A meta prevista na PAS 2014 era de 20% e a meta prevista no PMS 2014-2017 para 2017 era de 22%, o resultado apresentado na plataforma do SARGSUS, de acordo com as informações do SIOPS, foi de 26,07%. Embora a PAS de 2014 não tenha orientado a elaboração da LDO ou da LOA, a proporção da aplicação de recursos próprios em saúde ultrapassou a meta proposta para esse ano em mais de 30%. As despesas em saúde por subfunção são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Despesas em saúde por subfunção orçamentária em 2014

Subfunção Orçamentária	(%)
Administração	13,32
Atenção Básica	24,77
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	59,1
Suporte Profilático e Terapêutico	0,77
Vigilância Sanitária	0,43
Vigilância Epidemiológica	1,61
Alimentação e Nutrição	0
TOTAL	100

Observa-se, na Tabela 4, o mesmo padrão discutido na PAS 2015, com a concentração da aplicação dos recursos na assistência especializada, mas, nesse caso, superando em pouco mais de duas vezes a aplicação na atenção básica. O RAG 2014 também mostrou que proporção da despesa com pessoal na despesa total com saúde no Município (40,21%) era relativamente baixa, quando comparada com os limites estabelecidos pela Lei Complementar n.º 101/2000 (BRASIL, 2000b), conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal-LRF, que fixa a despesa total com pessoal do Poder Executivo municipal em 54% da receita corrente líquida. Essa diminuição do gasto com pessoal estava relacionada à privatização do HRI, que transformou a grande maioria das despesas com pessoal dessa instituição em

despesas com a SBSC. Por fim, destaca-se que os investimentos representaram 7,38% da despesa total com saúde.

Os conselheiros não se envolveram nas discussões do RAG com a mesma intensidade do Plano e da PAS. As discussões foram breves e não se demonstrou interesse em avançar para além da perspectiva normativa. Sua estrutura rígida favoreceu uma compreensão burocrática de sua função, entendida pelos conselheiros como uma prestação de contas e não como um momento privilegiado de avaliação da gestão.

A Resolução n.º 453/2012 resume as funções do CMS na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde. O representante dos usuários sintetiza: “O conselho é fiscalizador, consultivo e deliberativo”. O conhecimento sobre a legislação e a abrangência das funções do CMS parece claro para esse entrevistado. Entretanto, ele aponta uma distância entre legislação e prática: “A gente tem participado muito de reunião, discussão, conferência, mas não sei porque não chega na ponta” (Representante dos Usuários).

Uma possibilidade de compreensão dessa situação descrita pelo representante dos usuários está na ausência da referência aos encaminhamentos dos debates ou às resoluções emitidas pelo CMS. O grupo da ESPI observou que as reuniões do CMS, algumas vezes, eram encerradas sem um encaminhamento claro sobre a pauta discutida. O representante dos usuários ilustrou essa situação com um exemplo concreto:

Nós já chamamos o diretor do Hospital Regional para que ele se colocasse, porque há dificuldades no atendimento, na humanização, na falta de medicamentos, na falta de médicos; nós já discutimos isso, levando o diretor do hospital para nossa reunião. Para ele dar explicações, porque falta de médicos, falta de medicamentos. [...] De certa forma, algumas [perguntas] ele respondeu, né? Mas outras ficaram... A gente não ficou satisfeito com a resposta dele; essa questão de não ter médico... Eu acho que a gente até pecou, porque na verdade, é para se ter mais um punho para levar à frente, mas acontece também, nesse corre-corre, nessa vida que a gente tem, é uma loucura. Aí a gente... nós pecamos por conta disso (Representante dos Usuários).

O entrevistado descreve as condições precárias de atendimento em um serviço de saúde e a preocupação do CMS com esse fato. A lógica de ação é baseada no diálogo, discussão interna e depois com o diretor da instituição, porém a meta do

diálogo não é o encaminhamento ou a pactuação de soluções, mas receber “explicações”. A função fiscalizadora é valorizada, a propositiva é esquecida. As “explicações” parecem não justificar a situação do hospital, existe uma inquietação do entrevistado quanto a justificar essa lacuna, afinal “algumas [perguntas] ele respondeu, né?”.

Por duas vezes, o entrevistado remete ao “pecado”, ao sentimento de devoção à luta pela saúde pública tem reverberações profundas, o militante admite *mea culpa*. A responsabilidade de “ter mais punho para levar à frente” o CMS exige tanto a habilidade de encaminhar propostas de ação a partir das discussões quanto o poder político para efetivar e acompanhar essas ações. Destaca-se a convergência do discurso do representante do governo:

O que eu vejo, assim, que as ações, as discussões existentes hoje, são discussões muito pontuais, não, não têm uma abrangência, assim, dos problemas da população como um todo, nas discussões do Conselho. Tem que se dar prioridade, não só para a reunião, mas para os encaminhamentos que forem feitos (Representante do Governo).

A substituição imediata de “ações” por “discussões” é um indício da incapacidade do CMS de Iguatu ser, sistematicamente, propositivo. O representante do governo questiona a representatividade do colegiado, seu argumento fundamenta-se no caráter “pontual” das discussões, que não abrangeriam os “problemas da população como um todo”. É necessário, dessa forma, esclarecer quais são as principais pautas da reunião do CMS:

Geralmente, quando a Secretaria de Saúde vai implementar algum serviço novo, passa pela aprovação do Conselho. Essas pautas assim, são várias, eu não estou lembrando aqui, mas teriam várias aprovações, como a UPA no Iguatu. [...] Aprova tudo que for em relação à saúde que tenha que passar pelo Conselho e que tenha que ter aprovação (Representante dos Trabalhadores).

Para esse entrevistado, existe subordinação da pauta do CMS às demandas da SMS. As deliberações são distorcidas em “aprovações”, o papel do CMS é cancelar todas as decisões do gestor. O RAG foi abordado no CMS sob essa perspectiva burocrática. É também sintomático o esquecimento de algumas das “aprovações”. Essa postura de expectador também é apresentada por outro conselheiro:

Nós repassamos para a Secretaria de Saúde, o Secretário. Eu acho que precisaria para melhorar uma cobrança do secretário, e que bote em prática realmente aquilo que se faz necessário, pois só o município junto com a Secretaria poderia fazer com que as coisas pudessem tomar outro rumo. Haja visto que, as dificuldades financeiras são grandes, mas isso não quer dizer que você não possa fazer um bom atendimento; um bom trabalho. O Conselho repassa, e a gente espera que seja resolvido; e a gente fica só no aguardo que seja resolvido para a população (Representante dos Prestadores).

A passividade é manifesta, o CMS “repassa” a demanda para a SMS e “espera que seja resolvido”. A identificação com a gestão, embora seja representante dos prestadores, também, “pois só o município junto com a Secretaria” tem o poder para modificar a situação do sistema de saúde. Destaca-se o intercâmbio entre “Secretaria de Saúde” e “Secretário”, os termos são usados como sinônimos, a Secretaria torna-se o Secretário. O entrevistado parece ter traços autoritários de personalidade – que emergiram em vários dos atores entrevistados nesta Tese – coerentes com sua visão de participação política:

Acho que todos os conselheiros têm boa vontade de fazer o seu papel, mas às vezes falta conhecimento. São pessoas leigas, que não conhecem nada sobre a área de saúde. Eles só têm o papel de exigir, mas não têm o papel de compreender. Acho que isso requer uma capacitação melhor para os conselheiros, para que cada um conheça o seu papel, e possa dar uma melhor solução (Representante dos Prestadores).

A desvalorização dos representantes dos usuários é flagrante, “não conhecem nada sobre a área de saúde”. Qualquer conhecimento que não seja técnico-científico não é considerado apenas inútil, pois não se admite sequer sua possibilidade de existência. Existe uma forte rejeição aos saberes populares e à experiência subjetiva com a saúde e a doença. Dessa maneira, toda a perspectiva de diálogo é frustrada e o CMS pode seguir sem conflitos e aprovando as pautas da SMS.

O discurso do entrevistado é coerente quando designa para os usuários apenas o papel de “exigir”, mas não de “compreender”. O entrevistado não entra em contradição ao sugerir a realização de capacitação para os conselheiros, pois seu objetivo é “que cada um conheça o seu papel”. Capacitação aqui aproxima-se de adestramento para conformar-se a um papel subalterno. Por outro lado, o representante dos usuários faz um contraponto ao discurso do representante dos

prestadores quanto à densidade das discussões no CMS e relata um exemplo como argumento:

O que a gente discute é a questão da humanização no serviço de saúde. Isso é primordial na questão da humanização. A gente bate muito nessa tecla. Porque a gente escuta por aí... Um mau atendimento; a pessoa já chega no posto de saúde, no hospital, chega fragilizada e não é bem acolhida, então a gente discute muito essa questão (Representante dos Usuários).

A importância da humanização da atenção à saúde é destacada. O conselheiro contextualiza em seu discurso uma fragilidade da rede de serviços e o dispositivo da PNH que necessita de fortalecimento para superar essa situação. Demonstra, portanto, que é capaz de “compreender”, “exigir” e, também, de “propor”.

A tendência parece ser de ampliação do escopo e da densidade das discussões e deliberações do CMS de Iguatu. Durante o período de observação, o grupo da ESPI buscou articular com o Conselho táticas e estratégias de participação efetiva na elaboração do PMS 2014-2017 e da PAS de 2014 e de 2015, na avaliação do RAG 2014 e na organização da Conferência Regional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em 2014, e da Conferência Municipal de Saúde, em 2015. O esperado seria que o CMS fosse o protagonista de todos esses dispositivos, essenciais para o controle social, contudo essa não era a prática no Município. Foi necessária a indução do grupo da ESPI para que os conselheiros superassem, ainda que parcialmente, a lógica da apreciação/aprovação das pautas e se engajassem em um processo de reflexão e crítica. Um ponto essencial foi cuidado dos integrantes do grupo da ESPI para não ultrapassar o limite entre estímulo e tutela.

As entrevistas confirmam que a discussão sobre dispositivos de controle social e de planejamento se tornaram corriqueiras no CMS e que o momento é de qualificação dessas discussões e de efetivação da participação popular para modificação da realidade:

São discussões pontuais, tipo: vai acontecer a Conferência Municipal de Saúde, então a pauta é a Conferência Municipal de Saúde, sabe? O Relatório de Gestão, vamos discutir o Relatório de Gestão. São assuntos muito pontuais, que eu acho, que nas discussões, além da pauta principal, a gente deveria estar tratando da problematização, mesmo. Cada membro do Conselho tem a responsabilidade de estar buscando a melhoria para o sistema. Estar expondo suas opiniões. Eu acho que estas discussões têm que ir muito além de uma pauta amarrada (Representante do Governo).

Eu acho que já avançamos bastante, cada conselheiro sabe seu papel, e a gente acha que só através da participação é que as coisas nesse país podem mudar. A participação popular, para mim, é fundamental, no Conselho e em todos os outros segmentos tem que ter a participação popular (Representante dos Usuários).

O discurso do representante do governo e dos usuários são complementares. A gestão reconhece a necessidade do protagonismo do CMS e o estimula, ainda que na ambiguidade entre “expor suas opiniões” e “discutir”. No entanto, o representante dos usuários demonstra motivação para seguir na luta pela transformação social por meio da participação popular.

Os resultados encontrados durante os bons e maus encontros do grupo da ESPI com CMS de Iguatu aproximam-se dos descritos por Oliveira e Pinheiro (2010) no CMS de Fortaleza. Onde os conselheiros reconhecem as tensões e divergências – entre interesse público e privado, entre bem comum e corporativismo, entre liberdade e tutela – durante as discussões e deliberações; as dificuldades de engajar-se na militância e, ao mesmo tempo, desenvolver suas atividades de trabalho visando à sobrevivência e à responsabilidade de contribuir por meio da participação social para a efetivação do direito à saúde. Para as autoras, nos conselhos de saúde, as desigualdades e o autoritarismo da sociedade são reproduzidos e manifestados como assimetrias de poder e de saber, influenciando o funcionamento desses colegiados. Por outro lado, as práticas de participação são pedagógicas para gestores, usuários e profissionais, favorecendo o desenvolvimento de uma postura crítica e voltada para transformação das instituições e da cultura política. Esses resultados foram semelhantes aos encontrados no CMS de Iguatu.

A prática pública de saúde é atravessada por eixos de tensões e contradições. Existe tensão entre a perspectiva estratégica da interdisciplinaridade, abertura para a integralidade da atenção, e o combate tático do corporativismo, cidadela da sobrevivência material de cada profissão e da priorização de determinadas doenças na luta por financiamento público. Existe contradição entre o projeto de uma saúde pautado pela liberdade e solidariedade e as condições para sua realização em uma sociedade que fundamenta sua produção de riqueza na alienação do trabalhador e na negação de sua subjetividade.

Os conselheiros mostraram-se dispostos a participar da construção de políticas públicas de saúde, articulando visões diferentes e divergentes, até contraditórias, sobre o processo saúde-doença e seus determinantes. O diálogo foi,

em muitas ocasiões, eficaz para mediar a negociação entre os atores. Mas o diálogo não seguiu como pressuposto apenas a simetria entre os atores, em alguns momentos o diálogo se tornou assimétrico, hierarquizando saberes e subjetividades. O limite da possibilidade de diálogo é o reconhecimento do outro como sujeito, em alguns momentos, essa fronteira foi ultrapassada no CMS de Iguatu.

Durante o ano de 2014, as apresentações do RDQA em audiências públicas na Câmara dos Vereadores foram caracterizadas, de forma geral, pelo pequeno interesse despertado nos vereadores em comparação com suas pautas cotidianas. As bancadas produziram apenas comentários superficiais sobre o tema em debate, muito mais direcionados à *performance* oratória e ao domínio técnico sobre o tema de Lana Carina e do autor na apresentação dos resultados do que sobre os resultados. A situação ovacionou as apresentações, pois ovacionar um representante da gestão é parabenizar indiretamente o prefeito e o grupo politicamente hegemônico, ou seja, eles mesmos. A oposição contestou a veracidade dos resultados dos indicadores, sua argumentação fundamentou-se em visitas esporádicas feitas pelos vereadores a unidades de saúde, onde supostamente constatarem uma grande insatisfação da população e dos trabalhadores com a gestão municipal. No geral, a discussão dessa pauta demorou poucos minutos e os relatórios foram todos aprovados, mesmo quando a situação não possuía maioria.

Com certa melancolia, o grupo da ESPI afasta-se da gestão estratégica em dezembro de 2014. Lana Carina solicita exoneração no final desse mês para assumir um cargo de gestão na Policlínica Regional e o autor permanece até março de 2015 como Secretário Adjunto fazendo a transição para um novo grupo assumir a gestão estratégica, que tenta equilibrar uma perspectiva democrática, mas sem esquecer a necessidade de “ter pulso”.

4.2.6 Trabalho em saúde: precarização e precariado

O resultado do trabalho humano, segundo Codo e Sampaio (1995), apresenta implicações positivas e negativas na condição humana, que podem ser expressas no processo saúde-doença. Entre as características positivas, pode-se arrolar a construção da subjetividade, da autoestima e da cidadania. Características negativas são a precariedade ambiental e dos contratos, a hipertrofia dos desgastes

somatopsíquicos e psicossomáticos, o vazio existencial e o sentimento de desumanização.

Em uma primeira aproximação com o tema, pode-se definir precarização como sinônimo de menor proteção da legislação sobre os vínculos trabalhistas – conhecida na retórica neoliberal como flexibilização – e de condições de trabalho inadequadas ou insalubres. Essas duas características não atuam de modo disjunto, observa-se uma retroalimentação perniciosa. Por exemplo, a menor proteção legal permite que os empregadores submetam os trabalhadores a piores condições de trabalho e, conseqüentemente, de vida, que, por sua vez, dificultam o processo de organização dos trabalhadores para a reivindicação da melhoria dessas condições.

Alguns autores como Standing (2015), Braga (2012) e Alves (2013) apontam que o trabalho precário se constitui, atualmente, como uma característica sistêmica do modo de produção capitalista e fornecem subsídio teórico para a identificação de um grupo emergente de atores sociais, o precariado. A compreensão sobre origem e função histórica desse grupo – ou classe social – não é consenso entre os autores, por outro lado, sua relevância na arena política dos países centrais e periféricos é evidente.

Para Standing (2015), o precariado é uma nova classe social. Esse fenômeno global segue a esteira das reformas neoliberais das décadas de 1970 e 1980, que propuseram a organização da produção por meio do acirramento da lógica competitiva do mercado. A flexibilização do mercado de trabalho foi justificada pela manutenção da capacidade das empresas de se manterem competitivas em um mercado global. Entenda-se que a flexibilização de salários, geralmente, é flexibilização para baixo e que a flexibilização dos vínculos é facilidade e diminuição das despesas necessárias para demitir funcionários. Ocorreu, portanto, uma socialização desigual dos riscos inerentes à produção de bens e serviços na sociedade capitalista, com uma carga excessiva sobre os trabalhadores que compensa o alívio dos empregadores. O resultado seria a precarização do proletariado, constituindo o precariado.

Ainda seguindo Standing (2015), existe uma dificuldade de definição do que é o precariado. O autor elenca algumas garantias relacionadas ao trabalho que não são estendidas a esse grupo: garantia de mercado de trabalho, garantia de vínculo empregatício, segurança no emprego, segurança no trabalho, garantia de reprodução

de habilidade, segurança de renda e garantia de representação. Alguns termos-chave podem ser emparelhados para esboçar o perfil do indivíduo pertencente a essa classe social em formação e tornar essa definição mais clara. O exemplo seria o estudante universitário que tem um emprego de meio período como operador de telemarketing e que trabalha como garçom aos finais de semana, tendo já trabalhado como vendedor autônomo e recepcionista. Temporário e casual são adjetivos que denotam a mobilidade do trabalhador precário entre diversas ocupações, muitas vezes simultâneas, observa-se uma falta de proteção e informalidade nos vínculos e a baixa remuneração, que exige um acúmulo de diferentes ocupações. Um de seus resultados é a ausência de identidade ocupacional e a baixa adesão à organização sindical. Essa condição de fragilidade, muitas vezes, não se encerra com a aquisição do diploma universitário, tradicionalmente, identificado com um importante reforço na disputa por uma posição melhor no mercado de trabalho. Uma característica-chave do precariado é a dissonância de *status* e a ausência de perspectivas de futuro, embora esse jovem possa ser o primeiro membro de sua família a ter um diploma universitário, isso não significa que suas condições de trabalho e vida serão melhores que a de seus pais ou que deixarão de ser precárias. Por fim, completa esse retrato a ausência de uma agenda política, seu comportamento político, portanto, é errático, flutuando desde a apatia até o extremismo de esquerda ou direita.

Braga (2012) elabora uma crítica à compreensão de Standing (2015) sobre o precariado enfatizando as especificidades das diferentes formações sociais no centro e na periferia do capitalismo e o papel desempenhado pela precariedade na constituição da relação salarial. Para Braga (2012), as relações de emprego fordistas tanto na Europa quanto nos Estados Unidos da América foram efetivas para assegurar a estabilidade da fração da classe assalariada especificamente branca, masculina, adulta, nacional, qualificada e sindicalizada, enquanto a fração não branca, feminina, jovem, migrante, não qualificada e não sindicalizada permaneceu, durante o século XX, excluída dessa condição privilegiada. A cidadania fordista, sitiada pelas reformas neoliberais, não foi, portanto, uma conquista social ampla, mas limitada a algumas frações da classe trabalhadora. Essa situação seria reproduzida nos países da periferia do capitalismo, contudo com a extensão da cidadania fordista a uma fração ainda mais reduzida da classe trabalhadora. A insegurança do mercado de trabalho com a consequente pauperização dos trabalhadores, ou a existência do

subproletariado ou do precariado, não seriam um retrocesso a uma condição enfrentada pela classe trabalhadora urbana do final do século XIX, mas uma condição inerente ao modo de produção capitalista. A cidadania fordista seria a exceção, não a regra. Braga (2012) defende que o precariado não se constitui como nova classe social, mas como fração da classe trabalhadora.

Retomando o pensamento de Karl Marx, Braga (2012) argumenta que a produção do desemprego e da precarização é inerente e necessária para o capitalismo, sendo possível apontar quatro frações desse excedente da classe trabalhadora. A população flutuante seria formada pelo conjunto de trabalhadores atraídos e repelidos pelas empresas periodicamente. A população latente seria constituída por trabalhadores jovens alocados em setores produtivos tradicionais, com baixas taxas de produtividade, especialmente a agricultura, aguardando oportunidade de engajarem-se em setores modernos e de maior produtividade. A população estagnada seria composta por uma parte da força de trabalho engajada em funções deterioradas e mal pagas com consequente queda de suas condições de vida para níveis abaixo da normalidade. A população pauperizada seria formada pelos indigentes, acidentados, doentes e incapacitados para o trabalho. Na concepção do autor, o precariado seria o conjunto daquilo que Marx definiu como “superpopulação relativa” excluídos o lumpemproletariado e a população pauperizada. Nessa perspectiva, a existência do precariado é identificado como um dos mecanismos-chave para a existência do modo de produção capitalista e uma dimensão própria da mercantilização do trabalho.

Alves (2013, p. 199) traz uma definição mais restrita do precariado, situando-o como o conjunto dos trabalhadores “jovens-adultos altamente escolarizados, desempregados ou possuindo vínculos de trabalho precários”. Esse autor contribui com a compreensão da dimensão psíquica da condição de precariedade. A dissonância entre as expectativas de vida e trabalho fomentadas pelo arcabouço ideológico da sociedade fordista e a realidade pouco auspiciosa da precariedade, caracterizada pela absoluta incerteza quanto ao futuro geram um sofrimento psíquico crônico nessa população. Contribui para essa situação a incapacidade de projetar utopias coletivas, tendo em vista o marcante individualismo que sustenta as fantasias de sucesso na ideologia capitalista contemporânea.

Ao focar as primeiras décadas do século XXI no Brasil, é esclarecedora a contribuição de Oliveira (2010) para a compreensão de uma nova possibilidade de acomodação entre capital e trabalho, descrita como “hegemonia às avessas”. A direção do país é deslocada para as classes sociais subalternas, mas de acordo com o programa das classes burguesas, por meio do comando do aparato estatal pela burocracia sindical. Incluindo não apenas o Estado, mas também os grandes fundos de pensão e seguro social, que transformaram os sindicalistas em aspirantes, ao menos na identificação simbólica, a capitalistas. A vitória política dos “de baixo” fortalece dialeticamente a exploração em benefício dos “de cima”. Resume essa situação a constatação feita pelo Presidente Lula de que os banqueiros nunca ganharam tanto dinheiro como durante seu governo.

Oliveira (2010) observa que a unificação e ampliação dos programas de distribuição de renda, o Bolsa Família, transformou a luta social contra a miséria e a desigualdade social em uma questão de racionalização de gestão de políticas públicas, sem buscar transformação radical, ou parcial, da maneira de produzir e distribuir a riqueza. O reducionismo e a instrumentalização da luta social favoreceram uma despolitização e desmobilização de movimentos sociais progressistas ao mesmo tempo que trouxe para o partido dos trabalhadores um novo contingente eleitoral, formado por frações bastante pauperizadas da classe trabalhadora rural e urbana das regiões Norte e Nordeste e da periferia das grandes metrópoles.

Singer (2012) recorda que o eleitorado tradicional do Partido dos Trabalhadores se concentrava nas zonas urbanas entre trabalhadores sindicalizados e frações progressistas da classe média e que os eleitores dos “rincões” do país e das periferias urbanas tendiam a votar em candidatos com projetos conservadores, em especial aqueles que os submetiam a relações de dependência. A modificação dessa situação está em curso. A classe média progressista afastou-se do Partido dos Trabalhadores após as denúncias do “Mensalão” e ainda não encontrou um partido capaz de defender sua agenda. Os trabalhadores sindicalizados urbanos experimentam uma aceleração de sua transformação em trabalhadores precários pela flexibilização do mercado de trabalho fomentada pelo próprio Partido dos Trabalhadores e seguem politicamente à deriva, flutuando entre a apatia e o extremismo político, de direita ou esquerda, característicos do precariado. A classe trabalhadora pauperizada das periferias e rincões do país experimenta a apatia após

o esvaziamento dos movimentos sociais e a instrumentalização da questão da luta social, transformada em problema passível de solução por meio de política pública apenas.

Para Standing (2015), a transformação da política em mercadoria nas democracias de massa por meio do investimento maciço em propaganda favoreceu o esvaziamento de seu conteúdo, transmutado em imagens e *slogans*. Os eleitores consumidores seriam estimulados a escolherem candidatos-marca, como ocorreu com Obama nas duas últimas eleições norte-americanas. Ainda segundo Standing (2015, p. 224), essa fragilidade da democracia é preocupante, pois “pessoas inseguras produzem pessoas com raiva, e pessoas com raiva são voláteis, propensas a apoiar uma política de ódio e amargura”. Existem algumas evidências objetivas da aliança entre o precariado e atores políticos autoritários e de extrema direita, para o autor, Berlusconi, na Itália, seria o primeiro representante dessa vertente.

Retornando à situação brasileira, é possível identificar no cenário político dos dois últimos anos elementos da canalização da incerteza econômica e social em um discurso político moralista e sectário, que ensejou grandes passeatas por todo o país e o afastamento de Dilma Rousseff da Presidência da República por meio de um processo de impeachment fundamentado em supostas manobras contábeis para mascarar o déficit fiscal. A análise da conjuntura política sem distanciamento temporal é portadora de riscos para o pesquisador, que, por outro lado, não pode se esquivar de trazer algumas sugestões sobre quais seriam as relações entre: 1- o fim da ilusão da cidadania fordista (BRAGA, 2012); 2- o aumento da concentração de riqueza em um momento de crise de um capitalismo periférico, dependente e precocemente financeirizado, consequentemente, aproximando as condições objetivas de vida e trabalho da classe média às enfrentadas pelo proletariado em uma espécie de nivelamento por baixo; 3- a desmobilização de atores sociais progressistas devido à instrumentalização do combate à pobreza fomentada por políticas públicas instituídas por um partido cuja base histórica são esses mesmos atores sociais progressistas (OLIVEIRA, 2010); e 4- a precarização do trabalho e da vida como tendências globais do capitalismo contemporâneo (STANDING, 2015).

A aparente ausência de respostas políticas democráticas e progressistas para as contradições atuais no Brasil não deve ser considerada como uma situação específica do Brasil, de fato, transcendendo-o, pois faz parte de uma tendência global de

esvaziamento do conteúdo crítico da política e de crescimento do precariado, fenômenos que se relacionam de maneira complexa. Mais urgente do que definir academicamente o que é o precariado, ou quem faz parte dele, é compreender quais as implicações das fragilidades da organização política e social desse grupo em situações concretas.

A precarização das condições de trabalho dos servidores públicos municipais da SMS de Iguatu expressa as contradições entre capital e trabalho em três níveis: 1- entre o modelo neoliberal de estado mínimo e a consolidação de políticas de proteção social; 2- entre as lutas em defesa de interesses corporativos e a luta por políticas de proteção social; e 3- entre a produção de procedimentos de saúde e a produção de cuidado. O ambiente político em que essas contradições ocorrem é essencial para a compreensão de suas articulações. Fisiologismo, clientelismo, autoritarismo e desrespeito à coisa pública, são muito mais que um cenário para as contradições entre capital e trabalho, pois suas relações de determinação são complexas e dialéticas, sendo ingenuidade buscar mecanismos diretos de causa e efeito.

A precarização do trabalho em Iguatu não se restringe ao serviço público. Não existe pesquisa atualizada sobre a População Economicamente Ativa, o último levantamento foi realizado no Censo de 2000. Contudo, é possível comparar a quantidade de pessoas ocupadas em 2010, 40.955, sendo que 38.392 dessas no município de residência (IBGE, 2016), com a quantidade total de empregos formais no mesmo ano, 11.521 (CEARÁ, 2016), e constatar que existe um déficit consistente de empregos formais no município. A situação dos empregos formais é analisada em detalhes para Iguatu e para o Ceará, respectivamente, nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5 – Empregos formais em 2014 em Iguatu

Discriminação	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
Extrativa Mineral	26	0,17	26	0,31	0	0,00
Indústria de Transformação	3.610	23,04	2.262	26,60	1.348	18,81
Serviços Industriais de Utilidade Pública	119	0,76	95	1,12	24	0,33
Construção Civil	351	2,24	337	3,96	14	0,20
Comércio	4.782	30,52	2.916	34,29	1.866	26,04
Serviços	2.687	17,15	1.182	13,90	1.505	21,00
Administração Pública	3.862	24,65	1.481	17,42	2.381	33,23
Agropecuária	233	1,49	205	2,41	28	0,39
TOTAL	15.670	100,00	8.504	100,00	7.166	100,00

Fonte: Elaborado a partir de CEARÁ (2016).

Tabela 6 – Empregos formais em 2014 no Ceará

Discriminação	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
Extrativa Mineral	3.336	0,21	3.034	0,35	302	0,04
Indústria de Transformação	264.640	17,05	162.810	18,69	101.830	14,94
Serviços Industriais de Utilidade Pública	8.974	0,58	7.435	0,85	1.539	0,23
Construção Civil	92.801	5,98	85.779	9,85	7.022	1,03
Comércio	274.168	17,66	160.615	18,44	113.553	16,66
Serviços	489.854	31,55	275.286	31,61	214.568	31,49
Administração Pública	391.925	25,25	152.560	17,52	239.365	35,12
Agropecuária	26.749	1,72	23.460	2,69	3.289	0,48
TOTAL	1.552.447	100,00	870.979	100,00	681.468	100,00

Fonte: Elaborado a partir de CEARÁ (2016).

Constata-se nas tabelas 5 e 6 que a distribuição proporcional do emprego formal por ramo de atividade é similar em Iguatu e no restante do Ceará. As diferenças se resumem à inversão do predomínio do comércio sobre os serviços no setor terciário, em Iguatu o primeiro supera o segundo, e a maior taxa de emprego na indústria e menor na construção civil, considerando o Município estudado. Em ambos, constata-se: 1- concentração de empregos no setor terciário, incluindo, aproximadamente, 25% dos empregos na administração pública; 2- participação da mulher no emprego formal próxima de 45%; 3- predomínio da administração pública

como maior gerador de empregos formais para as mulheres; 4- pequena participação da agropecuária na geração de empregos formais; 5- predomínio masculino na indústria de transformação e construção civil. Destarte, é possível defender que a situação do mercado de trabalho é sistematicamente frágil em todo Ceará, inclusive em sua capital e região metropolitana, todavia essas considerações extrapolam o escopo dessa discussão. Por outro lado, a situação do mercado de trabalho em Iguatu pode ser considerada como paradigmática para municípios de médio e grande porte do interior cearense.

A situação adversa do mercado de trabalho nos municípios do interior cearense converge com a crítica de Braga (2012) a Standing (2015) sobre a cidadania fordista ter se constituído em pequenos enclaves nos países da periferia do capitalismo, protegendo segmentos de categorias específicas de trabalhadores, como os metalúrgicos da região Sudeste. Ao se tomar como exemplo Iguatu, constata-se uma condição de tripla periferia, discutida anteriormente e que enseja uma fragilização do mercado de trabalho que parece favorecer uma distorção da representação dos trabalhadores quanto à condição de precariedade.

Em estudo sobre o trabalho de teleatendentes em um *Call Center* público localizado em Canindé, município cearense com um perfil de mercado de trabalho semelhante ao de Iguatu, Sampaio e Garcia-Filho (2011) encontraram repetidas declarações de teleatendentes sobre a estabilidade ser a principal vantagem e fator de atração de seu emprego. Essa estabilidade, contudo, era mais um desejo, ou uma fantasia, que uma realidade. Pois o emprego no *Call Center* era regulado por meio de contrato temporário com uma empresa que terceirizava mão de obra para o Estado e era substituída periodicamente, antes dos funcionários completarem tempo de serviço suficiente para gozarem do direito a férias.

A situação do mercado de trabalho em Iguatu e Canindé, que pode ser extrapolada para outros municípios de médio e grande porte do interior cearense, é suficientemente ruim para que essa condição de ausência de proteção ao vínculo de trabalho e incerteza quanto ao futuro seja considerada um oásis de estabilidade pelos trabalhadores. Esse fenômeno destoa das premissas da literatura, pois o fenômeno da precariedade pode ser uma condição de vida e trabalho considerada positiva diante das outras possibilidades oferecidas aos jovens do interior cearense. Com certo pragmatismo, e ironia, aponta-se que ser precariado em sua cidade natal é melhor

que emigrar para experimentar essa condição longe de casa e que vínculos extremamente frágeis, como o contrato temporário, são melhores que vínculo nenhum. Essa é a lógica perversa que faz do *Call Center* de Canindé ou do emprego por contrato temporário na SMS de Iguatu uma das oportunidades de emprego mais desejadas da região.

A contradição entre as prescrições neoliberais de estado mínimo e o avanço do SUS pode ser identificada, em primeiro nível, na LRF. Não se questiona a importância da responsabilidade fiscal, especialmente frente às denúncias e evidências crônicas de apadrinhamentos e funcionários fantasma em todas as esferas de governo. Contudo, ao estabelecer um limite genérico e global para o Poder Executivo municipal, a LRF criou uma situação de constante tensão para os municípios de pequeno e médio porte do interior do Ceará, caracterizados por baixa capacidade de arrecadação e forte dependência de repasses financeiros federais e estaduais. Pois, uma diminuição dos repasses financeiros, em momento de crise econômica, por exemplo, influi fortemente na redução da receita corrente líquida e, portanto, no limite financeiro destinado a gastos com pessoal. De outra forma, é nos momentos de crise econômica que o sistema de seguridade social é mais acionado. Logo, ocorre a diminuição do quadro de pessoal e a redução de seus benefícios e garantias, gerando insatisfação entre trabalhadores e a diminuição da qualidade dos serviços prestados concomitante a um momento de maior demanda quantitativa e qualitativa dos usuários do SUS por atenção à saúde. A crise econômica torna-se uma crise social, uma de suas correias de transmissão é a LRF.

A primeira greve de servidores municipais de Iguatu, iniciada em 10 de junho 2015 e encerrada em 6 de outubro do mesmo ano, permitiu observar de modo concreto as contradições entre o modelo de estado neoliberal e as políticas de proteção social. O movimento foi liderado por uma frente sindical composta pelo Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Iguatu, Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Estado do Ceará, Sindicato dos Odontologistas do Estado do Ceará, Sindicato dos Agentes Municipais de Segurança Pública do Estado do Ceará e Sindicato dos Professores de Iguatu.

As entrevistas realizadas com os servidores grevistas da SMS apontam que a principal pauta do movimento eram os direitos trabalhistas e a melhoria das condições de trabalho diante de uma situação de crise da atenção à saúde no SUS:

Mas, verdadeiramente, quando nos encontramos [os servidores] foi quando foi enviado o projeto de plano de cargos. Tem um de 1990, muitos já ganharam na Justiça. E ele [o prefeito] enviou um projeto que dava o quê? 2%. Quando a gente viu isso foi falar com os procuradores, que apresentavam isso como algo muito bom (Grevista 1).

A gente vê que pessoas da própria saúde começam a adoecer por que têm um trabalho que faz elas ficarem doentes, porque uma das nossas reivindicações é a insalubridade e o assédio moral, que causam doenças. [...] A gente não tem EPI de qualidade, e a gente está pedindo insalubridade, por que não tem um EPI de qualidade (Grevista 2).

É um processo delicado. A saúde no Brasil está precária, está na UTI. [...] Quando você vê o caos por aí afora, a gente vê que Iguatu deixa muito a desejar, mas existe um grande esforço do Poder Público em investir em campanha, vacinas, para prevenir as doenças aqui em Iguatu (Grevista 3).

Segundo o IBGE (2016), o PIB brasileiro diminuiu 3,8% em 2015, a última queda na série histórica ocorrera em 2009, mas de apenas 0,1%, sendo a única observada desde 1996. Seria ingênuo atribuir à crise econômica brasileira uma relação direta de causalidade com a greve dos servidores municipais de Iguatu, entretanto não se pode deixar de constatar que considerar essa associação como uma coincidência seria também ingênuo. Sob pena de perder-se no labirinto das determinações, a LRF continuará a ser utilizada como exemplo de mecanismo legal de transmissão das consequências da crise econômica para o campo social e a greve de servidores como estudo de caso.

As consequências da LRF, principalmente para o Prefeito Municipal, que pode ser condenado por improbidade administrativa caso desrespeite o limite de contratação de pessoal, sendo assim, tornando-se inapto para assumir cargo público, enseja um conjunto de medidas para precarização do trabalho. A mais explícita é a aversão à realização de concurso público de provas e títulos para provimento dos cargos do município. A justificativa expressa pela Administração Municipal é a temeridade de engessar os gastos da administração pública com pessoal em um patamar que pode ser forçado acima do limiar da LRF em momentos de crise econômica. As justificativas veladas agregam: 1- o receio de que os servidores efetivos busquem alguma forma de organização para reivindicação de direitos trabalhistas, como adicional de periculosidade e insalubridade e PCCV; 2- a possibilidade de continuar utilizando as contratações temporárias como moeda político-partidária, favorecendo apadrinhados; e 3- a compreensão de que o

trabalhador estável é menos produtivo e mais arreado às determinações da chefia que o trabalhador temporário.

Retomando a pauta do movimento paredista, percebe-se que uma condição necessária para sua existência foi a realização de concurso público, os grevistas reconhecem a dificuldade que os trabalhadores submetidos a vínculos temporários apresentam para se organizar e reivindicar. De outro modo, apontam que essa característica não é relacionada apenas à precariedade de vínculo, mas, também, ao modo de fazer política no município:

O Iguatu passou oito anos sem fazer concurso, a maioria das pessoas que trabalhava era prestador de serviço e o prestador não tem muito o que reivindicar (Grevista 3).

Por alguns relatos, os contratados não tinham férias, não tinham décimo terceiro, tinham seus contratos encerrados com seis meses e tiravam do bolso para garantir algumas festas. [...] Os servidores não foram acostumados à luta, eles foram formados no voto de cabresto. Então, você tem servidores que foram contratados e agora são concursados, mas que ainda vivenciam a mesma lógica (Grevista 1).

Quanto ao uso político e arbitrário da gestão de pessoal, o discurso dos grevistas denuncia algumas práticas que não seguem o princípio da impessoalidade da administração pública. O apadrinhamento, na perspectiva dos grevistas, não se restringe à contratação de pessoal, mas se estende à concessão de adicional de insalubridade, enquadramento em um PCCV criado pela Lei Municipal n.º 77, de 7 de junho de 1990, e pagamento de incentivos financeiros. Nesse sentido, revelam:

A gente conseguiu uma folha [de pagamentos] e viu que tem gente que recebe insalubridade, como tem gente que ganha? Tem pessoas que são determinação judicial e outras que não são. Nessa folha tem uma telefonista que ganha 40% de insalubridade. [...] Como é que Iguatu tem dezessete secretarias? Ele [o prefeito] ignora nossas sugestões. Tem uma casta burocrática muito grande. Se um lugar tem um chefe dos médicos e um chefe do nível médio, para que ter outro chefe? (Grevista 2).

Nós sabemos da folha de pagamento. Existe muito serviço prestado no município e existe cargo de confiança que nem trabalha. No cargo de [conselho de] gestão as pessoas ganham 4.500 (Grevista 3).

Nós sabemos que são doze servidores que recebem esse plano [plano de cargos da Lei n.º 77/1990] com altos salários. [Entrevistador pergunta por quê?] Essa é uma pergunta que não temos resposta. [...] Têm funcionários que recebem [incentivos salariais] por acordos políticos, o prefeito ficou de enviar um decreto para regularizar (Grevista 4).

Os adicionais de insalubridade, periculosidade ou penosidade são garantidos pela Lei Municipal n.º 2.092, de 16 de maio de 2014, que dispõe sobre o regime jurídico único dos servidores públicos do município, das autarquias e das fundações municipais. Contudo, esse texto legal não define qual o valor a ser pago aos servidores como adicional. Essa lacuna é utilizada pela gestão como uma justificativa para não implementar esses adicionais para todos os servidores que trabalham em condições insalubres, perigosas ou penosas. Por sua vez, os servidores acusam a gestão de distribuir esses adicionais com base em critérios arbitrários e não em laudos emitidos por especialistas conforme determina a Lei Municipal n.º 2.092/14. A aprovação da Lei Municipal n.º 2.231, de 17 de junho de 2015, regulamentando o adicional de periculosidade trouxe uma maior transparência aos procedimentos administrativos necessários para concessão desse benefício, no entanto o adicional de insalubridade seguiu sem regulamentação e as denúncias quanto à arbitrariedade de sua concessão persistiram.

Em 2015, apenas doze servidores municipais estavam enquadrados no PCCV instituído pela Lei Municipal n.º 77/1990. O aumento de vencimentos proporcionado para os servidores por esse plano pode ser considerado como bastante satisfatório, por exemplo, um dos servidores de nível médio beneficiado por esse plano recebia R\$3.097,86 como vencimento base, sendo acrescidos ainda anuênio e demais vantagens. Fora do plano, seu vencimento base diminuiria para R\$788,00, sendo acrescidos ainda anuênio e demais vantagens. O questionamento sobre o porquê do plano ser restrito a doze servidores não se resumiu apenas aos grevistas. Em 2014, a Procuradoria do Município, identificou essa anomalia e recomendou abertura de Processo Administrativo Disciplinar para averiguar possíveis irregularidades. A demora da investigação levou o MPE a tomar parte nesse processo e recomendar, no segundo semestre de 2015, a imediata suspensão do enquadramento dos servidores nesse plano.

A aprovação da Lei Municipal n.º 2.284, de 18 de novembro de 2015, que instituiu o PCCV das áreas Auxiliares e Técnico-Administrativas e da Saúde foi considerada pelos grevistas, em conjunto com a Lei Municipal do adicional de periculosidade, como a grande conquista do movimento paredista. Essa nova Lei Municipal do PCCV encerrou a esperança dos doze servidores enquadrados na Lei Municipal n.º 77/1990, e de todos os demais que demandaram esse direito por via

judicial, de receber seus vencimentos de acordo com o PCCV antigo. É importante salientar que o novo PCCV concedeu aos servidores ganhos reais bastante inferiores aos anteriores. Retomando o exemplo do servidor que teria vencimento base de R\$3.097,86 pelo plano antigo, no plano novo, seu vencimento foi reajustado para R\$887,42.

O incentivo financeiro a que o entrevistado (Grevista 4) se refere é o Incentivo de Desempenho do PMAQ-AB instituído pela Lei Municipal n.º 1.649, de 28 de março de 2012, seu objetivo é distribuir aos servidores parte do saldo financeiro do incentivo federal homônimo. O texto legal que o instituiu é bastante genérico e não expressa valores e critérios para sua concessão. Os servidores, durante o período da greve, realizaram denúncia no MPE alegando arbitrariedade da gestão municipal na implementação desse incentivo, inclusive, com ameaças de corte do incentivo dos servidores que aderissem à greve. O MPE reconheceu que a Lei Municipal n.º 1.649/2012 era juridicamente frágil e recomendou a elaboração de decreto municipal para sua regulamentação, especialmente quanto ao princípio da impessoalidade. A gestão municipal acatou essa recomendação e publicou os Decretos Municipais n.º 53/2015 e n.º 61/2015 para regulamentar o pagamento do incentivo. O MPE assumiu papel de mediador nessa situação, evitou abrir inquérito civil contra a gestão a respeito das arbitrariedades alegadas pelos servidores, mas garantiu que a gestão adotasse práticas mais transparentes e impessoais para concessão do incentivo.

O temor do gestor quanto ao maior potencial de mobilização dos servidores estatutários em relação aos contratados para reivindicação de melhores condições de trabalho mostrou-se bem fundamentado. Sua menor disposição a submeter-se às imposições da chefia, registradas no discurso dos grevistas como “cabresto”, também fica evidente. Quanto ao desrespeito ao princípio da impessoalidade da administração pública na gestão de pessoal, as denúncias de abusos são reiteradas e convergentes. Embora não seja possível, nem seja o objetivo desse trabalho, apresentar evidências mais concretas dessas alegações, observa-se que denotam uma percepção dos trabalhadores quanto à sua ocorrência e do MPE quanto à necessidade de investigação. Portanto, questiona-se quais foram as razões para realização dos concursos públicos municipais em 2013 e 2014, pois não serviriam aos interesses da

gestão municipal nem da LRF, entendida como sinalizadora da consolidação de um modelo de estado mínimo.

Os concursos não foram uma iniciativa da gestão municipal, mas uma imposição do Poder Judiciário, no caso, do MPE, por meio de um TAC. Embora a LRF seja de inspiração neoliberal quanto ao controle de gastos com pessoal, a Constituição Federal aproxima-se do modelo de estado de bem-estar social ao definir a investidura em cargo público como dependente de aprovação em concurso público e garantir ao servidor público o direito à estabilidade, por isso pode-se apontar uma incompatibilidade, ou até uma contradição, entre esses dois mecanismos legais. O TAC do concurso público foi um desdobramento da condenação do ex-prefeito, que governou o município de 2005 a 2012 por improbidade administrativa devido a contratações irregulares. Segundo o Tribunal de Justiça do Ceará:

A 1ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Ceará (TJCE) manteve sentença que suspendeu por quatro anos os direitos políticos do ex-prefeito de Iguatu, [nome do ex-prefeito]. Ele foi condenado pela contratação irregular de servidores temporários, sem concurso público.

[...] De acordo com a magistrada [relatora do processo no TJCE], “a contratação em afronta aos princípios constitucionais, sem a realização de concurso, à evidência causa prejuízo a toda coletividade, eis que os cargos públicos foram providos em razão de interesse particular do antigo alcaide, em total desrespeito à “res publica” (bem público) e com evidente desvio de finalidade, eis que o interesse público deve ser o objetivo precípua buscado pelo agente público”.

[...] Segundo denúncia do Ministério Público do Ceará (MP/CE), em janeiro de 2009, [ex-prefeito de Iguatu] contratou para a prefeitura de Iguatu 1.029 pessoas para exercer atividades temporárias sem a realização de concurso público. Em dezembro de 2010, o ex-prefeito publicou a Lei Municipal nº 1.474/2010, buscando regulamentar as contratações, que chegaram a 1.840, representando 86,26% do total de servidores municipais. Ainda de acordo com o MP, a lei municipal não atenderia as excepcionalidades descritas na Constituição Federal. O ex-gestor negou as acusações (CEARÁ, 2015).

Em um cenário concreto, as finalidades da LRF – qualificar o planejamento, transparência e eficiência da gestão – são invertidas, transformando-se em justificativas para que práticas de gestão antiquadas perseverem. Os entrevistados apontam que:

O prefeito dialoga, mas só dialogar não adianta, o que é necessário é ação. Mas ele está travado agora com essa folha [de pagamentos], ele tem que enxugar a folha (Grevista 2).

Se o município enxugar folha ele vai dar conta de atender às reivindicações dos servidores (Grevista 3).

De modo geral, o Poder Judiciário, desempenhou um papel de protagonismo errático em relação à garantia de melhores condições de trabalho para os servidores. Sua ação parte de denúncias específicas sobre o descumprimento de dispositivos legais específicos, como no caso das injustificadas contratações temporárias ou da concessão arbitrária de vantagens e benefícios aos trabalhadores. Não se observa um programa que direcione esse protagonismo. Sua prerrogativa é a de zelar pelo cumprimento da legislação, mas em uma perspectiva fragmentada, que se pauta pelas denúncias recebidas.

Os trabalhadores agiram por meio de iniciativas individuais e coletivas para melhorar suas condições de trabalho. Ao notar que a primeira via se esgotou, um grupo de trabalhadores buscou na organização sindical uma nova, no contexto municipal, estratégia de luta. Sinaliza essa característica de novidade ser esse o primeiro movimento paredista envolvendo todos os servidores, anteriormente, ocorrera greve restrita aos professores. Embora recente, o movimento geral dos trabalhadores compreende a necessidade de sobreviver em um cenário político local dicotômico, isso posto apontam a manutenção da independência em relação aos partidos e, principalmente, às lideranças políticas locais, como estratégia para demonstrar a assertividade de suas ações:

O movimento, apesar de colocarem que não, sempre foi em defesa dos trabalhadores. A gente tem colegas que se identificam com os partidos, e isso é uma liberdade da democracia. Mas ali é para além do movimento. Sabemos que em alguns momentos existem certos oportunismos e isso dá brecha para que as pessoas achem que o movimento está ligado a A, B, C ou D. [...] Várias vezes fomos para a Câmara dos Vereadores, se a oposição de lá se coloca a favor do movimento para dar mais visibilidade a nossas pautas, não vamos negar. Do mesmo jeito a situação, se a situação deu um projeto e se coloca a favor. Mas não somos nós que vamos atrás de partido. Por que é um receio que a gente tem, nesse mundo não da política, da politicagem, muitas vezes você se utiliza de estratégias que o que importa é o resultado final (Grevista 1).

Todas as atividades que fazemos é com dinheiro do sindicato. Não tem dinheiro de patrão, de vereador. Não por que não tenham oferecido. Já nos ofereceram panfletos, ônibus. A luta tem que ser autônoma. [...] A gente não pode servir de trampolim ou palco para ninguém (Grevista 2).

O Grevista 1 parafraseia e critica Maquiavel, lembrando que os fins são utilizados para justificar os meios na política, mais especificamente em uma política qualificada como politicagem, portanto desvirtuada, corrompida. É nessa perspectiva

que a LRF foi utilizada pela gestão municipal em um momento de crise econômica para justificar não apenas o cerceamento dos direitos trabalhistas, mas também para justificar queda da qualidade dos serviços de saúde devido à necessidade de redução de quantidade de servidores temporários.

Na greve de servidores de Iguatu, observa-se a agudização das contradições entre as lutas em defesa dos interesses corporativos e a luta por políticas sociais, especificamente o fortalecimento do SUS. Seguindo a lógica do estudo de caso, o foco da investigação será um dos mecanismos de efetivação do controle social em saúde, a VI Conferência Municipal de Saúde, realizada em 30 de junho de 2015, portanto ao final do primeiro mês de greve.

A crítica ao papel de espectador do CMS na Conferência está registrada anteriormente, neste capítulo, e a discussão, resgatando a literatura sobre esse tema, mostrou que não se trata de fenômeno específico do caso estudado, mas genérico ao controle social em saúde brasileiro. A razão para abordar novamente a Conferência relaciona-se à análise de como ocorreu a participação dos grevistas nela, principalmente, seu desinteresse em desempenhar um papel estratégico de protagonismo institucional e sua opção pela tática de pressão pública do gestor. O movimento optou por não participar de modo assertivo e crítico de um momento institucionalizado de construção coletiva de uma política pública, que envolve, inclusive a valorização do trabalhador como um de seus pressupostos. Essa opção sinaliza que, na ação política do movimento, a luta por suas pautas não apresenta interseção com a luta pela consolidação do SUS.

A Conferência foi sediada no auditório principal do *Campus* Multi-institucional Humberto Teixeira, que abriga três instituições de ensino superior públicas, a Faculdade de Educação, Ciências e Letras de Iguatu da UECE, a Unidade Descentralizada de Iguatu da URCA e a Faculdade de Tecnologia do Instituto Centro de Ensino Tecnológico. As atividades da Conferência iniciaram-se pela manhã com solenidade de abertura, conferências de palestrantes e leitura e votação do regimento. Durante a tarde, foram realizadas rodas de discussão em grupo e a sessão plenária para elaboração do relatório final. A escolha dos delegados foi pactuada com o CMS e buscou ampliar a participação comunitária, o grupo da ESPI tentou reativar os CLS com apoio do CMS e da SMS de Iguatu, mas não obteve sucesso, experiência também descrita anteriormente.

Pouco depois da chegada do Prefeito Municipal, autoridades – presidência do CMS, vereadores da situação, secretários municipais, coordenador da CRES de Iguatu – e conferencistas, um grupo de aproximadamente cinquenta trabalhadores grevistas reuniu-se em frente aos portões do *Campus*. Por se tratar de instituição estadual, a responsabilidade patrimonial do *Campus* é da Polícia Militar-PM, sendo patrulhado de modo rotineiro e com posto fixo. Ao observar a movimentação dos grevistas, os policiais fecharam os portões do *Campus* para evitar sua entrada. Recorde-se que era uma terça-feira, portanto dia de atividades normais, com fluxo de alunos, professores e servidores das instituições de ensino superior. Em torno de trinta alunos solidarizam-se com a manifestação dos grevistas e uniram-se a eles. Os manifestantes comportavam-se pacificamente, expressando-se por meio de palavras de ordem, entoadas em coro e por meio de carro de som, e uma batucada improvisada. Sua reivindicação mais evidente era o diálogo com o Prefeito sobre as pautas do movimento.

Informações sobre a manifestação chegaram ao auditório principal. A mesa de autoridades já havia sido composta e, enquanto os oradores faziam seus discursos, a gestão municipal e o CMS decidiram que um dos integrantes do grupo da ESPI deveria negociar com os grevistas sua participação na Conferência. Para essa negociação, o integrante do grupo da ESPI buscou auxílio de um professor do Curso de Enfermagem da URCA, pois seria necessária mediação com os diretores das instituições de ensino superior.

A justificativa explícita da PM para barrar os grevistas era a inviabilização das atividades regulares do *Campus*, especialmente as aulas, devido ao ruído da manifestação. Os diretores de duas das instituições, presentes no momento, concordavam com essa posição. Uma justificativa implícita para eles manterem essa decisão, provavelmente, seria o temor de uma ameaça às instalações físicas recém-inauguradas, após um processo de construção que demorou alguns anos para ser concluído e superou as expectativas da comunidade acadêmica pela boa qualidade do resultado final, resultando em um zelo exagerado.

A negociação foi iniciada com os diretores, que concordaram com a entrada dos grevistas no *Campus*, mas sem manifestações ruidosas e garantindo a integridade do patrimônio público. Após a pactuação com a direção, o integrante do grupo da ESPI atravessou o portão e buscou as lideranças do movimento grevista

para negociação, fato que causou surpresa nos manifestantes, que não consideravam que a gestão municipal estaria disposta a dialogar. Foram oferecidas duas opções: 1 - escolher até cinco delegados com prerrogativa de voz e voto para participar da Conferência; e 2 - participação livre na Conferência, mas sem interrupção das atividades com palavras de ordem ou batucada. As lideranças, no primeiro momento, optaram por uma estratégia de soma zero: “ou entramos todos com carro de som e batucada ou não entra ninguém”.

O Presidente da Câmara dos Vereadores, eleito pela coligação da situação, mas agregado à oposição, chegou ao local da manifestação e participou como mediador da negociação. Após consultar sua base, as lideranças optaram pela participação de todos os manifestantes, mas sem interromper as atividades da Conferência. Quando os portões foram abertos, os grevistas hesitaram em entrar no *Campus*. Percebendo essa situação, o Presidente da Câmara não disfarçou sua surpresa e perguntou ao grupo por que não entravam, se os portões estavam abertos. Pouco a pouco, os manifestantes dirigiram-se ao auditório central, percebia-se certa perplexidade entre os integrantes do grupo, que se manteve enquanto assistiram os discursos dos oradores durante toda a manhã. O Prefeito considerou tático permanecer na Conferência por toda a manhã para arrefecer o ímpeto dos manifestantes e esperar que se dispersassem. Contudo, eles permaneceram no auditório e em suas imediações aguardando oportunidade para abordar o Prefeito, que agendou reunião durante a tarde, no próprio *Campus*, para negociar com as lideranças do movimento paredista.

O grupo da ESPI avaliou que os grevistas não consideraram a possibilidade de participar ativamente da Conferência, aparentemente, não acreditavam nem que poderiam entrar no *Campus*, portanto não havia um consenso sobre o que fazer se a participação fosse conquistada. O diálogo direto com o Prefeito foi avaliado como mais importante que o diálogo institucional com usuários do SUS, trabalhadores de saúde e gestão. A opção das lideranças apontou para uma estratégia política alinhada com a pressão pública sobre o Prefeito para que as reivindicações do movimento fossem atendidas, logo reforçando a dicotomia na disputa pelo poder: grevistas *versus* Prefeito. O movimento não valorizou as possibilidades de ampliar sua base de apoio, participando das deliberações da Conferência, que possibilitariam a inclusão de suas pautas no relatório final, documento base para o direcionamento das ações de saúde

municipal. Desse modo, a estratégia política de construção ampliada de consensos foi descartada pelo movimento. O resultado dessa opção dos paredistas ilustra os limites da dicotomização da negociação, o Prefeito abriu o canal de negociação quando a pressão pública foi intensa, mas o corta quando pressente sua distensão. Essa situação foi expressa no discurso de um dos grevistas entrevistados:

No dia que nós fomos na Conferência de Saúde, fomos tratados de maneiras questionáveis, a Polícia foi chamada, embora sejamos pacíficos. O diálogo que nós abrimos na Conferência, o executivo foi para conversa. Foi muito importante termos participado. Naquele dia nós conseguimos dialogar. Na semana seguinte nós fomos para outra reunião. Naquele dia já houve mudança do discurso. Foi conversado na conferência que não seria cortado PMAQ, quando foi para lá não teve conversa (Grevista 1).

Explorando o tema da participação nos espaços institucionalizados de controle social do SUS, o discurso dos entrevistados converge em pontuar a ausência de sua efetividade, mas não apresenta como alternativa ocupar e fortalecer esses espaços:

O controle social não vem fazendo seu papel, quem está nesses conselhos? Quem é? [...] As conferências são um problema, nós precisaríamos fazer uma análise das conferências passadas. Há uma sobreposição de ações. Eu era delegado e não fiquei na Conferência (Grevista 1).

Como contraponto a essa desvalorização dos espaços institucionalizados de participação do SUS, a organização autônoma dos trabalhadores revela o desenvolvimento de uma postura mais crítica sobre a determinação social do processo saúde-doença e de sua relação com os modelos assistenciais e de sociedade, contudo ainda sem uma agenda propositiva para efetivação das transformações consideradas necessárias:

Marxista, acredito na história dialética, acredito que tudo está em conjunto, a saúde não está desvinculada do funcionamento da sociedade, é uma extensão. Quando a gente vai falar de saúde tem que falar num contexto. Porque a gente sabe que a saúde tanto pública quanto privada estão um caos, as coisas não são feitas como deveriam ser, há muitos problemas organizativos. (Grevista 2)

O estilo político dos grevistas assemelha-se, de modo geral, ao da gestão. Utilizando a tipologia de Matus (1996), observa-se a mistura entre os tipos Chimpanzé

e Maquiavel. Na avaliação do grupo da ESPI, as lideranças do movimento perderam a oportunidade de acrescentar a seu repertório o estilo político Gandhi, caracterizado por subordinar o avanço do projeto político ao consenso, à cooperação e aos meios pacíficos; liderança capaz de representar o consenso e com poder embasado nele e no exemplo pessoal; utilização da persuasão, diálogo e negociação; e baixa valorização da violência e do engano. Como contraponto, o grupo da ESPI também considerou que adotar o estilo Gandhi não se caracteriza como opção pessoal dos líderes, mas é uma característica também intrínseca ao projeto político. Portanto, se o projeto político dos grevistas tendia à defesa dos interesses corporativistas, sobrepondo-se aos interesses coletivos pela defesa do SUS, sua escolha de estilo político foi coerente com seu projeto político. Nessa avaliação sobre os estilos políticos, fica evidente que a chefia Guarani apresenta muitas aproximações com o estilo político Gandhi. O grupo da ESPI tentou consumir essas metáforas de modo astucioso e crítico, transpondo-as para o campo do planejamento e gestão em saúde, mas sem reivindicar autoria ou monopólio.

Compreender as características estruturais das relações de trabalho é essencial para uma aproximação crítica com as dificuldades encontradas para efetivar uma proposta alternativa de organização do processo de trabalho na SMS de Iguatu. Por outro lado, é necessário considerar também as articulações e mediações desses fatores estruturais com a subjetividade dos trabalhadores. Sampaio (1998), estudando as relações entre processo de trabalho e saúde mental sob a perspectiva da Epidemiologia Crítica, define ideologia como conjunto de normas e princípios que orienta, sustenta e justifica teoricamente a ação dos grupos e classes sociais, desenvolvidas e incorporadas pelo indivíduo em sua ação cotidiana, ocultando a parcialidade e a fonte externa. Pode ser explícita, revelada logicamente no discurso, mas descontextualizada de sua parcialidade. E pode ser implícita, experimentada como criação interna, pensada como espontânea e comum, desgarrada de um interesse produtor, portanto naturalizada e eternizada. Sua função social prática é fazer a vida ser levada sem maiores sofrimentos e sem evidência dos interesses supra individuais em ação. A alienação, categoria intrinsecamente acoplada à ideologia, expressa em nível individual a síntese das experiências de estranhamento e perda de relação entre elementos da objetividade e representações da subjetividade, a partir de contradições objetivas, gerando antagonismo de aparência entre criador e criatura,

produtor e produto. No caso específico da saúde, essa contradição é materializada na dicotomia entre a produção de procedimentos e a produção de cuidado, entendendo-se a primeira como focada na tarefa e a segunda na integralidade.

O grupo da ESPI constatou que, a despeito das intervenções para democratização da gestão, não se observou transformação efetiva do processo de trabalho, exceto no caso da saúde mental, apresentado nesta Tese como paradigmático da potência do apoio matricial como dispositivo disparador de práticas de saúde mais críticas e criativas. Em todos os outros setores e serviços da SMS de Iguatu, não se observou nenhuma transformação das práticas dos trabalhadores. Por outro lado, foram comuns nas conversas informais entre os trabalhadores e os integrantes do grupo da ESPI os comentários positivos sobre uma maior abertura da gestão da SMS para o diálogo com os trabalhadores e uma diminuição sobre as reclamações quanto a supostas perseguições. Esse clima organizacional perdurou até o início da greve, quando o “pulso” da gestão da SMS tornou-se mais pesado.

Retomando o processo de privatização do HRI, concebido pela Administração Municipal como a solução para sua situação de crise crônica, o grupo da ESPI observou que a influência dos interesses eleitorais dos políticos e privados dos médicos foi desconsiderada no diagnóstico dos problemas assistenciais da instituição, que se resumiriam à falta de capacidade técnica da gestão municipal para sua administração. O processo de privatização, por meio de uma instituição filantrópica que administra hospitais públicos e privados em vários estados do país, foi realizado de modo atropelado, considerando que o impacto financeiro de médio e longo prazo do convênio firmado com a SBSC seria coberto pela ampliação do financiamento federal do hospital, o que não se concretizou, ou seja, “contou-se com dinheiro novo que nunca chegou”. Por outro lado, a nova gestão do HRI não buscou de modo assertivo e efetivo a articulação com os serviços de saúde locais e regionais, o que dificultou a integração do hospital com a rede local e regional de saúde. Essa dificuldade de organizar os fluxos assistenciais não era novidade, mas foi agravada durante a gestão da SBSC.

O grupo da ESPI realizou uma análise do custo do uso dos serviços do HRI pelos municípios vizinhos e constatou que ele superava o aporte de recursos financeiros para financiamento regional realizado por meio da Programação Pactuada Integrada e da Política Estadual dos Hospitais Polo. O resultado foi a aplicação de

recursos do tesouro de Iguatu para custear a saúde regional, em uma proporção de aproximadamente 40% de seu investimento de recursos próprios para a instituição. A fragilidade de financiamento tornou-se insustentável, pois parte do sucesso da Administração Municipal depende de sua capacidade de administrar seus credores. A existência de atraso no pagamento de fornecedores é um fato dado desde o processo de licitação, o que resulta em produtos e serviços com preços sempre acima do valor de mercado, pois incluem um adicional pelo atraso e pelo risco de inadimplência. A instituição responsável pela administração do hospital não considerou essa peculiaridade da gestão municipal quando firmou seu convênio, portanto não admitindo atrasos de pagamento. Essa situação levou a um confronto direto, constante e desgastante entre as partes mediadas pelo MPE.

O conflito entre a gestão do município polo e a SBSC, motivado pelo atraso de repasse de recursos, resultou em deterioração da qualidade assistencial do HRI em meio a um cenário político regional permeado por intensa disputa que mobiliza de prefeitos da região, deputados estaduais e o próprio Governo Estadual. Configurou-se uma politização partidária de todos os problemas assistenciais, que foram agudizados por esse processo.

No início de 2015, o grupo da ESPI buscou mobilizar a SMS de Iguatu para desempenhar uma postura crítica diante das consequências dos embates políticos partidários na saúde da região. Sua proposta foi a mobilização dos secretários de saúde da região e da Coordenadoria Regional de Saúde por meio da CIR para mediação da crise assistencial do HRI. Foram debatidas novas propostas de gestão da saúde regional, como o fortalecimento e a inclusão do HRI no Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Iguatu. Os prefeitos da região também foram envolvidos na discussão sobre a política de saúde regional e compreenderam que essa responsabilidade deveria ser compartilhada. Os debates, contudo, não conseguiram avançar quando se levantou a necessidade de participação no financiamento do hospital regional utilizando recursos de seus tesouros municipais.

A tensão entre os grupos políticos rivais cresceu e a discussão sobre a responsabilidade pelo financiamento do HRI chegou às rádios locais. A troca de acusações entre os prefeitos bloqueou qualquer possibilidade de articulação intermunicipal. O Governo do Estado, prontamente, embarcou na polêmica e alinhou-se à sua base de sustentação política regional contra as pretensões do

Município polo de instituir uma nova modalidade de financiamento para o hospital ou de ampliar o aporte de recursos destinados a ele.

Esse esforço para articulação regional, durante primeiro semestre de 2015, coincide com o afastamento do autor do cargo de gestor estratégico. O desgaste subjetivo gerado pela politização partidária dos debates em saúde levou o autor a apressar sua exoneração do cargo de Secretário Adjunto e dar por completa a transição da gestão para um novo momento, caracterizado pelo grupo da ESPI como “democrático, mas com pulso forte”. O autor assumiu, posteriormente, o cargo de Secretário de Políticas Públicas, que ainda tentou utilizar de modo simbólico para manter aceso alguns traços da chefia Guarani, mas suas exortações, na maioria das vezes, dirigiram-se a colinas vazias.

No segundo semestre de 2015, a instituição filantrópica responsável pela administração do HRI não suportou mais os atrasos no repasse de recursos financeiros próprios de Iguatu e solicitou a rescisão do convênio e a execução judicial da dívida do município. Destaca-se que os financiamentos estadual e federal mantiveram uma regularidade razoável durante esse período. A crise assistencial do HRI agravou-se durante o processo de transmissão da administração para o Município, principalmente devido à interrupção da realização de cirurgias ortopédicas com consequente aumento da fila de espera, resultou em mais desgaste político. O HRI retornou para a gestão municipal em novembro de 2015 e encerrou-se a experiência da privatização. A última atividade do grupo da ESPI foi oferecer apoio técnico a esse processo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Eu disse comigo mesmo: “Eis que amontoei e acumulei mais sabedoria que todos os que me precederam em Jerusalém. Porque meu espírito estudou muito a sabedoria e a ciência, e apliquei o meu espírito ao discernimento da sabedoria, da loucura e da tolice. Mas cheguei à conclusão de que isso é também vento que passa. Porque no acúmulo de sabedoria, acumula-se tristeza, e quem aumenta a ciência, aumenta a dor”....”

Eclesiastes 1:16-18

Contingência e acaso perpassaram o processo de elaboração desta Tese. O autor não buscou ocultar ou disfarçar os bons e maus encontros, mas compreendê-los como oportunidades para ação e reflexão sobre o objeto de pesquisa, as propostas desenvolvidas pela SMS de Iguatu para enfrentar uma situação concreta de crise assistencial e financeira em seu sistema de saúde. O grupo da ESPI desempenhou papel central no processo de ação e reflexão desenvolvidos, reitera-se que a elaboração da Tese foi monográfica, mas polifônica. O apoio dos conselheiros de saúde, trabalhadores e gestores táticos e estratégicos foi constante. De modo geral, prevaleceram os bons encontros e o desejo compartilhado de transformar o sistema de saúde e a situação socio sanitária de Iguatu por meio da construção dos dispositivos de planejamento, do fortalecimento da descentralização e democratização da gestão e da instituição de novas práticas de cuidado em saúde.

A aproximação entre a pesquisa-ação participante crítica e a Epidemiologia Crítica mostrou-se coerente e permitiu estabelecer algumas recomendações sobre como tornar a Epidemiologia mais propositiva, aproximando o pensamento de Paulo Freire e Jürgen Habermas às contribuições de Jaime Breilh e Asa Cristina Laurell. O uso das esferas públicas para mediar ação e reflexão por meio do diálogo e do consenso relaciona-se estreitamente com a pedagogia freireana, permitindo que o processo político seja pedagógico, ao mesmo tempo, em que o processo pedagógico torna-se político. Embora a narrativa desta pesquisa pontue muitas dificuldades para se implementar espaços de deliberação livres de coerção, reconheceu-se nessa alternativa uma proposta ética e politicamente adequada aos pressupostos emancipatórios defendidos pelas correntes teóricas a que se recorreu como fundamento desta Tese.

A visão alternativa de tática e estratégia derivada do pensamento de Michel de Certeau, complementada pela discussão sobre a *métis* de Marcel Détienne e Jean Pierre Vernant, possibilitou uma visão também alternativa sobre as metodologias do Planejamento em Saúde, compreendidas nesta Tese a partir de seu consumo. Essa escolha metodológica foi aliada a um compromisso emancipatório, registrado na dicotomia entre Chicó e Ulisses, e subsidiou o debate sobre o poder no campo da gestão e do planejamento em saúde, agregando as inquietações de Pierre Clastres e Marilena Chaui sobre as relações entre Estado e sociedade. Desse modo, ampliou-se as discussões estabelecidas no campo da Saúde Coletiva no diálogo entre Michel Foucault, Mario Testa e Carlos Matus.

A chefia Guarani emergiu como desafio ético e político para o grupo da ESPI oferecer suporte para a transformação participativa e democrática das práticas de atenção e gestão à saúde na SMS de Iguatu. Os resultados foram moderadamente satisfatórios nos serviços de saúde mental, mas apenas neles. Não se observou modificação expressiva do processo de trabalho e gestão em saúde nos demais setores e serviços da SMS de Iguatu. Por outro lado, o grupo da ESPI considerou que as discussões no CMS tornaram-se mais densas e críticas após a experiência da elaboração dos dispositivos do planejamento em saúde. Quanto aos CLS, o fracasso da mobilização e da participação sinalizam uma fragilidade estrutural da democracia brasileira agravada pelas singularidades autoritárias e clientelistas do modo local de se fazer política.

A experiência de privatização da gestão do HRI também não foi bem-sucedida. Os determinantes dessa situação não se restringem à mistura de interesses públicos e privados conjunturais, mas devem ser entendidos em uma perspectiva mais ampla, considerando-se o modo singular – retardatário, distorcido e precário – que caracteriza a incorporação das inovações tecnológicas, organizacionais e políticas em uma cidade submetida à condição de tripla periferia. Destaca-se que a dimensão histórica das políticas de saúde locais e a precarização do trabalho foram os eixos de análise utilizados para debater a articulação entre as duas propostas contraditórias de enfrentamento da crise assistencial e financeira na SMS de Iguatu. A despeito de serem opostos irreconciliáveis, ambas sofreram com as especificidades políticas locais.

A implicação ética, política e afetiva do autor no processo de planejamento e gestão da SMS de Iguatu foi densa e subjetivamente desgastante. O suporte afetivo dos integrantes do grupo da ESPI foi essencial para que o autor suportasse as demandas de ser gestor e pesquisador de modo simultâneo. A ironia foi utilizada em vários trechos desta Tese como lenitivo para a decepção diante do fracasso em transformar as práticas de saúde da SMS de Iguatu.

Por se tratar de um estudo de caso, esta pesquisa apresenta pequeno potencial de generalização no seu todo. Contudo, algumas de suas partes podem ser consideradas como paradigmáticas para outros municípios de médio e grande porte do interior cearense como a precarização do processo de trabalho e a incorporação de novas tecnologias em saúde. Reitera-se que esta Tese não apresentava como objetivo criar ou avaliar metodologias de planejamento em saúde, mas compreender como ocorre o seu consumo, portanto sua contribuição para o Planejamento em Saúde seria recomendar o consumo crítico e astucioso das metodologias existentes e a mediação dialógica do consenso entre os atores envolvidos no processo.

A Tese está concluída, mas minha vida continua e a dos amigos integrantes do grupo da ESPI também. Se a transformação da realidade esteve aquém de nossos desejos, a transformação de nossa subjetividade superou todas as nossas expectativas. Durante a elaboração desta Tese, compartilhar essa possibilidade de construção da subjetividade por meio do trabalho e dos afetos consistiu no melhor encontro.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). In: GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Émerson Elias (Org.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. Cap. 7. p. 155-170. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 jun. 2016.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da precarização do trabalho: ensaios de sociologia do trabalho**. Bauru: Projeto Editorial Praxis, 2013. 259 p.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009. 287 p. (Mundo do Trabalho).

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268 p.

BARBOSA, José Policarpo. **História da saúde pública do Ceará: da Colônia à Vargas**. Fortaleza: Edições UFC, 1994. 147 p.

BAREMBLITT, Gregório F. **Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: Teoria e Prática**. 6. ed. Belo Horizonte: Fgb/ifg, 2012. 260 p.

BOBBIO, Norberto. **Direita e esquerda: razões e significados de uma distinção política**. 3. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2011. 191 p. Tradução de: Marco Aurélio Nogueira.

BRAGA, Ruy. **A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2012. 263 p.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A pesquisa participante e a participação da pesquisa: um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo Romeu (Org.). **Pesquisa participante: o saber da partilha**. 2. ed. Aparecida: Ideias e Letras, 2006. Cap. 1. p. 21-54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS: organização e funcionamento**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 98 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000a. Altera os 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. **Emenda Constitucional n.º 29**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 01 jul. 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei n.º 8.080**. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. 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. **Lei n.º 8.142**. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012a. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Lei Complementar n.º 141**. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000b. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Lei Complementar n.º 101**. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Decreto n.º 7.508**. Brasília, DF: Casa Civil, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde-Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito

do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria n.º 2.135**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde-Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Portaria n.º 204**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde-Gabinete do Ministro. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009b. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Portaria n.º 837**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html>. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde-Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012b. Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Resolução n.º 453**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 25 jun. 2016.

BREILH, Jaime. Componente de metodologia: La Construcción del Pensamiento en Medicina Social. In: FRANCO, Saúl et al. **Debates en medicina social**. Quito: Organización Panamericana de La Salud, 1991a. p. 138-248. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/11859.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2011.

_____. **Epidemiologia**: Economia, Política e Saúde. São Paulo: Hucitec, 1991b. 276 p.

_____. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 317 p.

_____. Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream. **Int. J. Epidemiol.**, London, v. 37(4), Aug 2008. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/content/37/4/745.full>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123199900200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde paideia**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 185 p.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2006. 293 p.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. **Perfil Básico Municipal**. 2016. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/perfil_basico/index_perfil_basico.htm>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. Tribunal de Justiça do Estado do Ceará. Estado do Ceará Poder Judiciário. **Justiça condena ex-prefeito de Iguatu por improbidade administrativa**. 2015. Disponível em: <<http://www.tjce.jus.br/noticias/justica-condena-ex-prefeito-de-iguatu-por-improbidade-administrativa/>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, June 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2016.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: 1. Artes de fazer. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 316 p. (Tradução: Ephraim Ferreira Alves)

CHAUI, Marilena. **Contra a servidão voluntária**. 2. ed. São Paulo: Autêntica, 2013. 205 p. Organização: Homero Santiago.

_____. **Introdução à história da Filosofia**: dos Pré-Socráticos a Aristóteles. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 539 p.

_____. **Entrevista Memória Roda Viva**: Chaui discute, nesta entrevista, o papel do intelectual, da filosofia e da religião na sociedade moderna. 1999. Elaborada por FAPESP de acordo com entrevista concedida ao Programa Roda Viva em 3/5/1999. Disponível em: <http://www.rodaviva.fapesp.br/materia/61/entrevistados/marilena_chau_i_1999.htm>. Acesso em: 16 jul. 2016.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p.

CLASTRES, Pierre. **Sociedade contra o Estado**: pesquisas de antropologia política. São Paulo: Cosac Naify, 2013. (Portátil 3). Tradução de: Theo Santiago.

CODO, Wanderley; SAMPAIO, José J. C. (Org.). **Sofrimento psíquico nas organizações**. Petrópolis: Vozes, 1995.

CORDEIRO, Hésio. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980. 229 p.

DATASUS-DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

DEAN, Warren. **A ferro e fogo**: a história e a devastação da Mata Atlântica brasileira. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 484 p. Tradução: Cid Knipel Moreira.

DEMO, Pedro. **Educar pela pesquisa**. 4. ed. Campinas: Editora Autores Associados, 2000. 120 p. (Coleção educação contemporânea).

DENZIN, Normam K. **Interpretative autoethnography**. 2. ed. Thousand Oaks - California: Sage, 2014. 107 p.

DÉTIENNE, Marcel; VERNANT, Jean Pierre. **Métis: as astúcias da inteligência**. São Paulo: Odysseus, 2008. 301 p. Tradução de Filomena Hirata

ENGELS, Friedrich. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Trabalho relacionado com as investigações de L. H. Morgan. Rio de Janeiro: Edições Best Bolso, 2014. 223 p. (Tradução: Leandro Konder)

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Ligia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 10. p. 333-384.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1864 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Ligia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 11. p. 385-434.

FALS-BORDA, Orlando; RAHMAN, Mohammad Anisur (Ed.). **Action and knowledge: breaking the monopoly with participatory action-research**. Nova York: Apex Press, 1991.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Globo, 2001. 837 p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 432 p.

_____. **A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982)**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010. 506 p.

_____. **O Nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. 231 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 57. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014. 253 p.

FRIEDMANN, Georges e NAVILLE, Pierre. **Tratado de Sociologia do Trabalho - vol. 1**. Trad. Octávio Mendes Cajado. 1. ed. São Paulo: Cultrix, Ed. da Universidade de São Paulo, 1973.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, Mar. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2013.

GARCIA FILHO, Carlos; SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Determinantes sociais da violência interpessoal fatal em Fortaleza:** um estudo ecológico. Fortaleza: EdUECE, 2013. 155p.

GRANDA, Edmundo; BREILH, Jaime. **Saúde na sociedade:** guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 215 p.

GRISOTTI, Márcia; PATRICIO, Zuleica Maria; SILVA, Andréia da. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, May 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2015.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde:** nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **IBGE Banco de Dados Agregados / Sistema IBGE de Recuperação Automática-SIDRA.** Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/default.asp?z=t&o=1&i=P>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

JAEGER, Werner. **Paideia:** a formação do homem grego. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2013. 1433 p.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento governamental em saúde no Estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3839-3858, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903839&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2015.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2383-2393, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2015.

JONES, Stacy Holman; ADAMS, Tony E.; ELLIS, Carolyn. Introduction: Coming to Know Autoethnography as More than a Method. In: JONES, Stacy Holman; ADAMS, Tony E.; ELLIS, Carolyn (Ed.). **Handbook of autoethnography.** Walnut Creek - California: Left Coast Press, 2013. p. 17-48.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. A transversalidade de olhares na aplicabilidade para o cotidiano do SUS: inovações e potencialidades. In: JORGE, Maria Salete Bessa et al (Org.). **Matriciamento em saúde mental:** múltiplos olhares na diversidade da integralidade do cuidado. Feira de Santana: UEFS Editora, 2012. Cap. 10. p. 291-306.

JORGE, Maria Salete Bessa; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; FRANCO, Túlio Batista. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-744,

Oct. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2015.

KEMMIS, Stephen. Critical Theory and Participatory Action Research. In: REASON, Peter; BRADBURY, Hilary (Ed.). **The sage handbook of action research: participative inquiry and practice**. 2. ed. Londres: Sage, 2013. Cap. 8. p. 121-139.

KEMMIS, Stephen; MCTAGGART, Robin; NIXON, Rhonda. **The action research planner: doing critical participatory action research**. Singapura: Springer, 2014. 200 p.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing: a edição do novo milênio**. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000. 764 p.

LA BOÉTIE, Etienne de. **Discurso da servidão voluntária**. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1999. 239 p. (Coleção Elogio da Filosofia). Comentários: Claude Lefort, Pierre Clastres e Marilena Chauí. Tradução Laymert Garcia dos Santos.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, Nísia Trindade. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 353-384.

LEAL, Vinícius Barros. **História da medicina no Ceará**. Fortaleza: Secretaria de Cultura, Desporto e Promoção Social, 1979. 232 p.

LIMA, Átila de Menezes. **A geografia histórica de Iguatu: uma análise da cultura algodoeira de 1920 a 1980**. 2011. 250 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Acadêmico em Geografia, Centro de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.uece.br/mag/dmdocuments/atila_dissertacao.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2016.

LINCOLN, Yvonna S.; LYNHAM, Susan A.; GUBA, Egon G. Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences, Revisited. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Ed.). **The sage Handbook of Qualitative Research**. 4. ed. Los Angeles: Sage, 2011. Cap. 6. p. 97-128.

LOEWENSON, Rene et al. **Participatory action research in health systems: a methods reader**. Harare-Zimbábue: EQUINET, TARSC, AHPSR, WHO e IDRC, 2014. 125 p. Disponível em: <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/PAR_Methods_Reader2014_for_web.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2016.

LORD, Lúcio. Distinções entre a esfera pública habermasiana e os espaços públicos brasileiros. In: DAGNINO, Evelina; TATAGIBA, Luciana (Org.). **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007. p. 453-474.

LÖWY, Michael. **A jaula de aço: Max Weber e o marxismo weberiano**. São Paulo: Boitempo, 2014. 138 p. (Tradução: Maria Echalar)

LUKÁCS, Georg. **História e consciência de classe: estudos de dialética marxista**. Lisboa: Publicações Escorpião, 1974. 378 p.

LUZ, Madel T. **Natural, racional, social:** razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.

LUZ, Madel T. **As instituições médicas no Brasil.** 2. Ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014. 362 p.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 jul. 2016.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogério e MURICY, Katia. **Danação da norma:** medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. 559 p.

MATUS, Carlos. **Estratégias políticas:** Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. São Paulo: Fundap, 1996. 294 p. (Tradução: Giselda Barroso Sauveur).

MATUS, Carlos. **Adiós, Señor Presidente.** Santiago: Lom Ediciones, 1998. 338 p.

MAYS, Nicholas; POPE, Catherine. Qualidade na pesquisa qualitativa em saúde. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 8. p. 97-116. (Tradução: Ananyr Porto Fajardo).

MEDEIROS, Cleyber Nascimento de. Análise da estrutura fundiária da região nordeste e do Estado do Ceará durante o período 1970-2006. In: ENCONTRO ECONOMIA DO CEARÁ EM DEBATE, 6, 2010, Fortaleza. **Anais do VI Encontro Economia do Ceará em Debate.** Fortaleza: Ipece, 2012. p. 1 - 19. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/2010/trabalhos/Análise da estrutura fundiária da.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2016

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994 278 p.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MERHY, Emerson Elias. Planejamento como Tecnologia de Gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil. In: Gallo, Edmundo (Org.) **Razão e Planejamento:** Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 117-194.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política:** um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Editora HUCITEC, 1992. p. 2214

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 1993.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Apresentação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 9-16.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. Cap. 1. p. 9-29.

MONTESUMA, Francisca G.; MOURA FÉ, Márcia A.B.; GOMES, Sílvia C. C.; FERNANDES, Teresa C. de L.; SAMPAIO, José J. C. Saúde pública no Ceará: uma sistematização histórica. **Cadernos da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará**, vol. 2, p. 05-19, 2006.

MOTTA, Pedro Mourão Roxo da; BARROS, Nelson Filice de. Resenha. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1339-1340, June 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000601339&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2016.

NOBRE, Maria do Socorro Silva. **História da medicina no Ceará**: período colonial. Fortaleza: Secretaria de Cultura, Desporto e Promoção Social, 1979. 142 p.

NOGUEIRA, Alcantara. **Iguatu**: memória sócio - histórico - econômica. 2. ed. Fortaleza: [s.n.], 1985. 268 p.

O'BRIEN, Bridget C. et al. Standards for reporting qualitative research. **Academic Medicine**, [s.l.], v. 89, n. 9, p.1245-1251, set. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

OLIVEIRA, Francisco de. **Elegia para uma Re(li)gião**: SUDENE, Nordeste, Planejamento e Conflito de Classes. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 132 p.

OLIVEIRA, Francisco de. Hegemonia às avessas. In: OLIVEIRA, Francisco de; BRAGA, Ruy; RIZEK, Cibele (Org.). **Hegemonia às avessas**: economia, política e cultura na era da servidão financeira. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 21-27.

OLIVEIRA, Lucia Conde de; PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2015.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. 166 p.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2013. 100 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. Cap. 25. p. 827-844.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Fiocruz, 2008. 356 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia et al (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Cap. 15. p. 547-574.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Cap. 19. p. 567-586.

PERÄKYLÄ, Anssi; RUUSUVUORI, Johanna. Analyzing talk and text. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Ed.). **The sage handbook of qualitative research**. 4. ed. Los Angeles: Sage, 2011. Cap. 32. p. 529-544.

PEREIRA, Marcus Abílio Gomes. Modelos democráticos e participativos: similitudes, diferenças e desafios. In: DAGNINO, Evelina; TATAGIBA, Luciana (Org.). **Democracia, sociedade civil e participação**. Chapecó: Argos, 2007. p. 421-452.

PETROVIC, Gajo. Práxis. In: BOTTOMORE, Tom et al (Ed.). **Dicionário do pensamento marxista**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. p. 292-296.

PINHEIRO, Francisco José Pinheiro. Mundos em confrontos: povos nativos e europeus na disputa pelo território. In: SOUZA, Simone de. **Uma nova história do Ceará**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2000. p. 17-55.

PORTELLI, Hugues. **Gramsci e o Bloco Histórico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. 144 p.

PORTER, Michael E. What is strategy. **Harvard Business Review**, Boston, nov/dez. 1996. p.61-78.

RAMOS, Fernando Augusto de Cunha; PENELLO, Liliane Mendes; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Aplicação da *démarche stratégique* ao Instituto Philippe Pinel: pensando em rede. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Análise Estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Cap. 3. p. 97-149.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. 213 p.

_____. Planejamento e Gestão em Saúde: Flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Cap. 1. p. 17-36.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Análise estratégica hospitalar e projeto assistencial: a perspectiva de Michel de Crémadez e François Grateaus. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Cap. 2. p. 37-96.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GOLDBAUM, Moisés. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. Cap. 2, p. 17-36.

SAGER, Tore. **Reviving Critical Planning Theory**: Dealing with pressure, neo-liberalism, and responsibility in communicative planning. Londres e Nova York: Routledge, 2013. 238 p.

SAMAJA, Juan. Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología "Miltoniana"). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n. 2, Junho 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2011.

SAMPAIO, José Jackson Coelho et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, Dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jun. 2015.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; GARCIA FILHO, Carlos. Saúde mental e trabalho em telesserviço: um estudo de caso em *call center* público. **Cadernos Esp**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p.21-28, 2011. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/42/39>. Acesso em: 10 maio 2016.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia da Imprecisão**: o processo saúde/doença mental como objeto da Epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 133 p.

SAMPAIO, José Jackson C.; GARCIA FILHO, Carlos; GUIMARAES, José Maria X. ; ARAUJO, Frederico Emanuel L.; GUIMARÃES, Tiago M. ; NUNES, Jamine M. S. Humanização da Atenção à Saúde na Prática Hospitalar Terciária: O Caso Hospital Geral de Fortaleza - HGF. In: SIEBRA, Ana Valeska e Silva; COSTA, Edina Silva; OLIVEIRA, Sílvia Morgana Araújo de. (Org.). **Saberes e práticas na saúde coletiva**: diversidades teóricas e metodológicas na produção do conhecimento. 1ed. Fortaleza: EdUECE, 2014, p. 108-128. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/saberes.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2016

SANTOS, Lenir. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. 2. ed. Campinas-são Paulo: Saberes, 2012. 221 p.

SCHWANDT, T. A. Evaluation as Practical Hermeneutics. **Evaluation**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.69-83, 1 jan. 1997. SAGE Publications. Disponível em: [10.1177/135638909700300105](http://dx.doi.org/10.1177/135638909700300105). Acesso em: 18 jun. 2016.

SINGER, André. **Os sentidos do Lulismo: Reforma Gradual e Pacto Conservador**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. 276 p.

SIOPS - Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Ministério da Saúde (Org.). **Indicadores**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6092-indicadores>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN (São Paulo). Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Sobre a Sociedade: Missão, Visão e Valores**. 2016. Disponível em: <<http://www2.einstein.br/SOBRE-A-SOCIEDADE/Paginas/missao-visao-e-valores.aspx>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

STANDING, Guy. **O precariado: a nova classe perigosa**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015. 285 p.

SWAYNE, Linda E.; DUNCAN, W. Jack; GINTER, Peter M.. The Nature of Strategic Management. In: SWAYNE, Linda E.; DUNCAN, W. Jack; GINTER, Peter M. **Strategic management of health care organizations**. 6. ed. Chichester-West Sussex: Jossey-Bass/Wiley, 2008. Cap. 1. p. 3-33.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2013.

TEIXEIRA, Carmen (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 160 p.

TENDLER, Judith. **Bom governo nos trópicos: uma visão crítica**. Rio de Janeiro/Brasília: Revan/ENAP, 1998. 286 p.

TESTA, Mario. **Pensar em salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009. 233 p.

_____. **Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007. 295 p.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 136 p.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, [s.l.], v. 19, n. 6, p.349-357, 16 set. 2007. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

TORRANCE, Henry. Qualitative research, science, and government: evidence, criteria, policy, and politics. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Ed.). **The sage handbook of qualitative research**. 4. ed. Los Angeles: Sage, 2011. Cap. 34. p. 569-580.

UGÁ, Maria Alícia D.; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 6. p. 193-233.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista estruturada aplicada aos gestores táticos

Renda (Secretaria da Saúde):

Renda (Outros)(Especificar):

Escolaridade:

Profissão:

Ocupação (Função no serviço):

- 1- Quais as dificuldades que você encontra para realizar seu trabalho como gestor?
- 2- Quais as informações que você recebe e que devem ser informadas aos servidores que você lidera?
- 3- Quais outras informações você recebe sobre o próprio trabalho?
- 4- Você poderia descrever o perfil social e sanitário dos clientes/usuários que são atendidos com mais frequência no serviço de saúde sob sua responsabilidade?
- 5- No que diz respeito à gestão superior, como você caracteriza o relacionamento dos trabalhadores?
- 6- No que diz respeito aos colegas de trabalho, como você caracteriza o relacionamento?
- 7- No que diz respeito aos usuários e acompanhantes, como você caracteriza o relacionamento?
- 8- Como você caracteriza a organização do serviço em que você trabalha?
- 9- Como você avalia a capacidade da gestão superior em resolver dificuldades?
- 10- Enquanto gestor, como você avalia sua capacidade de resolver dificuldades?
- 11- Como são tomadas as decisões no serviço em que você trabalha?
- 12- Ocorrem reuniões periódicas no serviço em que você trabalha? O que acontece nesses momentos?
- 13- Você, ou algum colega de trabalho, já participou de alguma atividade de planejamento? O que acontece nesse momento?
- 14- Como sua rotina de trabalho é organizada?
- 15- Você, ou algum colega de trabalho, já participou de alguma atividade de avaliação? O que acontece nesse momento?
- 16- Como você mesmo avalia seu trabalho como gestor?

- 17- Você, ou algum colega de trabalho, já participou de alguma atividade de auditoria ou fiscalização? O que acontece nesse momento?
- 18- Como os gestores são selecionados para o exercício profissional? E você, como tornou-se gestor?
- 19- Você está satisfeito com o salário e os benefícios?
- 20- Como as questões salariais e de direitos trabalhistas são resolvidas?
- 21- Existe(m) código(s) de direitos e deveres para os trabalhadores? Há conhecimento e debate sobre ele(s)?
- 22- Você ou algum de seus colegas de trabalho já se sentiu perseguido ou violentado em seus direitos?
- 23- Como você avalia a comodidade das instalações do serviço em que você trabalha?
- 24- Você gosta de seu trabalho como gestor? E de trabalhar nesse serviço como gestor?
- 25- Como você enxerga seu futuro em quatro anos?
- 26- O que você tem feito para alcançar a realização desse desejo?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevistas

Meu nome é Carlos Garcia Filho e estudo na Universidade Estadual do Ceará no Doutorado em Saúde Coletiva. Estou coordenando essa pesquisa sobre planejamento em saúde, que é uma ferramenta utilizada para fazer a gestão do Sistema Único de Saúde-SUS.

Título da pesquisa: Articulação entre Epidemiologia e Planejamento em Saúde: estudo interdisciplinar de caso em Iguatu-CE

Propósito da Pesquisa: esta pesquisa busca compreender como os diferentes atores sociais (trabalhadores de saúde, gestores do SUS, conselheiros de saúde e usuários do SUS) se relacionam e utilizam diferentes saberes para realizar o planejamento em saúde, principalmente a epidemiologia (estudo da distribuição e das causas das doenças na população).

Procedimentos: Solicitaremos que você participe de uma entrevista comigo. Você está sendo convidado a participar dessa entrevista porque sentimos que sua experiência pode contribuir muito para essa discussão. Nós gostaríamos de ouvir sua opinião sobre as questões que serão colocadas, baseadas na sua experiência pessoal e na sua experiência dentro da comunidade. Se você desejar não responder alguma pergunta ou não participar de algum momento da discussão, você pode dizê-lo e se manter em silêncio. A discussão inteira será gravada, mas você não será identificado pelo nome na fita. Além disso, a fita será mantida na Universidade Estadual do Ceará. A informação gravada é considerada confidencial, e ninguém exceto eu e meu professor orientador (Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio) terá acesso à informação documentada durante sua entrevista. A duração esperada da entrevista é de aproximadamente 30-75 minutos.

Riscos e Constrangimentos: Há um pequeno risco que você compartilhe alguma informação pessoal ou confidencial por acaso ou que você se sinta desconfortável falar sobre algum assunto. Entretanto, nós não queremos que isso aconteça. Você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou a participar de alguma parte da discussão caso você sinta que a(s) pergunta(s) são constrangedoras.

Benefícios: Não haverá nenhum benefício direto para você, mas é provável que sua participação nos ajude a descobrir mais sobre como melhorar a qualidade do planejamento em saúde em sua cidade.

Incentivos: Você não receberá nenhum incentivo para participar desta pesquisa.

Sigilo: A informação coletada neste projeto de pesquisa será mantida confidencial. A informação sobre você que será coletada neste estudo será guardada em um arquivo que não terá seu nome e sim um número designado a ele. O nome associado ao número designado a cada arquivo será guardado a chave e ninguém além de mim e do meu professor orientador terá acesso. Fitas de áudio contendo informações sobre você serão guardadas a chave e ninguém além de mim e do meu professor orientador terá acesso.

Direito de recusar-se ou retirar-se: Você não tem que participar desta pesquisa caso não queira. Recusar-se a participar não afetará em nada suas futuras relações com o SUS. Você continuará tendo os benefícios que teria no SUS. Você pode parar de participar da discussão a qualquer momento sem perder seus direitos.

Disseminação dos resultados: Os resultados serão disseminados para a comunidade através de grupos de discussão. Os resultados também serão divulgados em canais científicos como congressos, livros e artigos científicos.

Quem contatar: Se você tem perguntas pode fazê-las agora ou depois. Poderá contatar as seguintes pessoas: Carlos Garcia Filho ou José Jackson Coelho Sampaio pelo telefone (85) 31019601.

Esta proposta foi revisada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Ceará, que é um comitê cuja tarefa é assegurar que os participantes de pesquisas sejam protegidos de danos. Se você quiser saber mais sobre o Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, contate o Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública – UECE, Av. Paranjana 1700, Doutorado em Saúde Coletiva, Itaperi – FORTALEZA 60740-000, CE – Brasil.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar desta.

Iguatu, CE, ____/____/____.

Assinatura do(a) Participante

Carlos Garcia Filho
Coordenador da pesquisa
Universidade Estadual do Ceará

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para grupo focal

Meu nome é Carlos Garcia Filho e estudo na Universidade Estadual do Ceará no Doutorado em Saúde Coletiva. Estou coordenando essa pesquisa sobre planejamento em saúde, que é uma ferramenta utilizada para fazer a gestão do Sistema Único de Saúde-SUS.

Título da pesquisa: Articulação entre Epidemiologia e Planejamento em Saúde: estudo interdisciplinar de caso em Iguatu-CE

Propósito da Pesquisa: esta pesquisa busca compreender como os diferentes atores sociais (trabalhadores de saúde, gestores do SUS, conselheiros de saúde e usuários do SUS) se relacionam e utilizam diferentes saberes para realizar o planejamento em saúde, principalmente a epidemiologia (estudo da distribuição e das causas das doenças na população).

Procedimentos: Solicitaremos que você participe de uma discussão com outras quatro a oito pessoas com experiências similares. A discussão será moderada por mim. Você está sendo convidado a participar nessa discussão porque sentimos que sua experiência pode contribuir muito para essa discussão. Nós gostaríamos de ouvir sua opinião sobre as questões que serão colocadas ao grupo, baseadas na sua experiência pessoal e na sua experiência dentro da comunidade. Se você desejar não responder alguma pergunta ou não participar de algum momento da discussão, você pode dizê-lo e se manter em silêncio. Apenas as pessoas que participarão da discussão e eu estaremos presentes durante essa discussão. A discussão inteira será gravada, mas ninguém será identificado pelo nome na fita. Além disso, a fita será mantida na Universidade Estadual do Ceará. A informação gravada é considerada confidencial, e ninguém exceto eu e meu professor orientador (Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio) terá acesso à informação documentada durante sua entrevista. A duração esperada da discussão é de aproximadamente 40-75 minutos.

Riscos e Constrangimentos: Há um pequeno risco que você compartilhe alguma informação pessoal ou confidencial por acaso ou que você se sinta desconfortável falar sobre algum assunto. Entretanto, nós não queremos que isso aconteça. Você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou a participar de alguma parte da discussão caso você sinta que a(s) pergunta(s) são constrangedoras.

Benefícios: Não haverá nenhum benefício direto para você, mas é provável que sua participação nos ajude a descobrir mais sobre como melhorar a qualidade do planejamento em saúde em sua cidade.

Incentivos: Você não receberá nenhum incentivo para participar desta pesquisa.

Sigilo: A informação coletada neste projeto de pesquisa será mantida confidencial. A informação sobre você que será coletada neste estudo será guardada em um arquivo que não terá seu nome e sim um número designado a ele. O nome associado ao número designado a cada arquivo será guardado a chave e ninguém além de mim e do meu professor orientador terá acesso. Fitas de áudio contendo informações sobre você serão guardadas a chave e ninguém além de mim e do meu professor orientador terá acesso.

Direito de recusar-se ou retirar-se: Você não tem que participar desta pesquisa caso não queira. Recusar-se a participar não afetará em nada suas futuras relações com o SUS. Você continuará tendo os benefícios que teria no SUS. Você pode parar de participar da discussão a qualquer momento sem perder seus direitos.

Disseminação dos resultados: Os resultados serão disseminados para a comunidade através de grupos de discussão. Os resultados também serão divulgados em canais científicos como congressos, livros e artigos científicos.

Quem contatar: Se você tem perguntas pode fazê-las agora ou depois. Poderá contatar as seguintes pessoas: Carlos Garcia Filho ou José Jackson Coelho Sampaio pelo telefone (85) 31019601.

Esta proposta foi revisada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Ceará, que é um comitê cuja tarefa é assegurar que os participantes de pesquisas sejam protegidos de danos. Se você quiser saber mais sobre o Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, contate o Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública – UECE, Av. Paranjana 1700, Doutorado em Saúde Coletiva, Itaperi – FORTALEZA 60740-000, CE – Brasil.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar desta.

Iguatu, CE, ____/____/____.

Assinatura do(a) Participante

Carlos Garcia Filho
Coordenador da pesquisa
Universidade Estadual do Ceará