

# REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE SUCESSO E INSUCESSO NA VOZ DOS GESTORES

Bela Feiman Sapiertein Silva<sup>1</sup>  
Kallen Dettmann Wandekoken<sup>2</sup>  
Gladys Amélia Véles Benito<sup>3</sup>

## Introdução

O sistema de saúde brasileiro é palco da disputa entre os vários modelos de atenção presentes (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998). Paim (2003) define modelo de atenção como uma “forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”.

Por um lado os modelos hegemônicos (médico assistencial privatista e assistencial sanitaria), apontados por Paim (2003), possuem tendência de reprodução conflitiva. Por outro, existe acúmulo de experiências na construção de modelos alternativos, buscando articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, tanto no âmbito individual quanto coletivo (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998; PAIM, 2003).

Nesse contexto, emergem modelos para organização dos serviços de saúde, dentre os quais apontamos as Ações

---

<sup>1</sup> Assistente Social da Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo. Mestre em Saúde Coletiva – UFES. E-mail: belasilva@saude.es.gov.br

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFES. E-mail: kallendw@gmail.com.

<sup>3</sup> Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). E-mail: gladysv@terra.com.br

Programáticas (NEMES, 1993; SCHRAIBER, 1993; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999), o modelo Em Defesa da Vida (MERHY, 1999; MERHY, 1998; MERHY; FRANCO, 2003; FRANCO; BUENO; MERHY, 1999), o modelo de Vigilância em Saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998) e a Promoção da Saúde (BRASIL, 2002).

Acrescentam-se também modelos voltados para as ‘demandas espontâneas’ e outros para as necessidades de saúde os quais no Brasil coexistem de forma contraditória ou complementar (PAIM, 2003).

Nesse sentido, a construção do SUS e o encaminhamento de ‘modelos alternativos’ para romper com o modelo médico assistencial de forma a negar uma assistência excludente e fragmentada se dá em um processo de constante tensão entre os princípios idealizados pelo movimento da Reforma Sanitária e o contexto contemporâneo, que se apresenta como a proposta hegemônica vigente. Assim, torna-se um desafio a garantia da saúde como direito de todos em uma sociedade que transforma o cidadão em um agente consumidor e a saúde em mercadoria. Para Bauman (2008) o sujeito consumidor precede o sujeito cidadão e apresenta a distinção entre o ‘consumidor eficiente’ e o ‘consumidor falho’. Nesta diferenciação, valoriza-se aquele que é capaz de ter acesso aos produtos disponíveis no mercado para atender não só as suas necessidades e desejos, mas também para garantir o fluxo ininterrupto de produção e descarte que impulsiona a sociedade de consumidores. A saúde assume uma característica de produto disponível no mercado acessível para o ‘consumidor eficiente’, opondo-se ao seu caráter de direito e aponta obstáculos para a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e igualdade.

Entendemos que a saúde não é um produto qualquer disponível no mercado, trata-se de um bem voltado para a vida. Nesse sentido, Barros e Barros (2007) colocam “que o que está em jogo não pode ser colocado no ampliado e diversificado mercado de bens de consumo capitalista”. Arelado a esta mudança, acreditamos ser necessário também reverter a valoração dada ao indivíduo e garantir que o sujeito cidadão anteceda ao sujeito consumidor.

A complexidade da saúde no contexto contemporâneo nos remete a uma reflexão sobre qual seria o modelo de atenção ideal. Para Teixeira (2003), nenhuma das propostas isoladamente seria capaz de dar conta do processo de mudança do modelo assistencial em todas as suas dimensões.

Para Paim (2003) é necessário ir além de simplesmente contrapor modelos, é necessário buscar a combinação de tecnologias e abordagens mais adequadas para a solução de problemas específicos existentes nos distintos territórios do país com vistas a um atendimento integral, seja de indivíduos e/ou coletivos.

Porém, Campos (1997) afirma que mesmo sendo possível a existência concomitante de várias formas de produção de saúde em uma determinada sociedade, uma delas será a hegemônica. A partir de sua identificação será possível criar estratégias que contribuam para o seu fortalecimento ou que vise uma produção contra hegemônica.

Construir e implantar modelos de atenção à saúde envolve negociações entre usuários do serviço, gestores e demais trabalhadores entre outros, que a partir da produção e/ou reprodução das práticas sociais em um contexto específico, poderão direcionar mudanças (ou não) na realidade da saúde local e nacional. No entanto, não podemos pensar no encaminhamento dado às práticas dos serviços de forma autônoma, visto que “o trabalho em saúde reflete valores da sociedade que influenciam os profissionais e a população atendida, não sendo, portanto, completamente controlável” (O'DWER; MATTOS, 2010).

Neste contexto, o estudo aponta os gestores municipais de saúde como agentes sociais que possuem representações sociais específicas e que, a partir da reflexividade da vida social, das suas ações e a dos outros, poderão reproduzir ou propor mudanças nas próprias práticas (O'DWER; MATTOS, 2010) com vistas a alcançar uma 'imagem objetivo' (GIDDENS, 2009).

Logo, este artigo se propõe a reconhecer as representações sociais presentes na narrativa das práticas dos gestores do município de São Mateus-ES sobre as ações que desenvolvem e que consideram uma experiência de sucesso e de insucesso no cotidiano da sua gestão.

## 1. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório pautado em uma abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram dezesseis secretários de saúde que atuam em nove municípios que compõe a microrregião São Mateus – ES, provenientes de dois grupos. O primeiro refere-se aos nove secretários de saúde em exercício, independente do período que este estava no cargo, no momento em que a pesquisa foi realizada. Para compor o segundo grupo, resgatou-se os secretários de saúde que atuaram, na gestão anterior (2005-2008) e escolheu-se em cada município, aquele que se mantivera no cargo por mais tempo no referido período. Foram selecionados 7 sujeitos visto que em 2 municípios, os secretários de saúde selecionados se mantinham no cargo até o momento da realização da pesquisa, sendo assim, já estavam contemplados no primeiro grupo.

A coleta de dados se deu a partir de um roteiro semiestruturado, focado em três questões: 1. Conte sobre sua rotina e as ações que desenvolve em seu dia a dia enquanto secretário da saúde?; 2. Tem alguma experiência que você tenha implantado ou implementado e que avalie como uma experiência de sucesso?; 3. Tem alguma experiência que você tenha implantado ou implementado e que avalie como uma experiência que não deu certo?

O método de análise utilizado, criado por Lefevre e Lefevre (2004), foi o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que são discursos-sínteses redigidos na primeira pessoa do singular, composto por expressões-chaves (ECH) - trechos mais significativos de cada depoimento - que têm a mesma ideia central (IC) e/ou ancoragem. Assim, o DSC busca a reconstrução discursiva da(s) representação(ões) social(is) de uma coletividade como se esta fosse a emissora de um discurso.

Para auxiliar no processamento dos depoimentos e na construção dos DSCs foi utilizado o programa Qualiquantisoft, versão 1.3c, desenvolvido na Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo por Lefevre e Lefevre em parceria com Sales & Paschoal Informática. A pesquisa foi aprovada sob o número de registro 233/10

pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo.

## **2. Resultados e Discussão**

Dentre as diversas ações apresentadas pelos gestores como parte de sua rotina de trabalho, os mesmos elencaram aquelas consideradas como experiências de maior sucesso e aquelas que trouxeram resultados menos satisfatórios. Para cada questão destas, foram agregadas 6 ICs que apontavam para justificativas semelhantes em relação ao entendimento de sucesso e insucesso, sendo que para a elaboração desse artigo, foram consideradas as 3 experiências apontadas como aquelas de maior sucesso, e a partir destas, verificou-se em que ordem estavam elencadas as mesmas ações enquanto atividades de insucesso, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Ações apresentadas pelos gestores como parte da rotina de trabalho, seguindo a ordem de maior sucesso e insucesso, conforme os discursos.

<b>Ações apresentadas pelos gestores - ICs</b>	<b>Ordem de sucesso</b>	<b>Ordem de insucesso</b>
Realização de campanhas	1º	5º
Implantação e ampliação dos serviços de saúde	2º	2º
Implantação e implementação da ESF	3º	1º

A seguir, no Quadro 2, são destacados os DSC 1A e 1B referentes à IC 'Realização de campanhas' como sucesso e como insucesso, respectivamente.

Quadro 2 – Discursos relacionados às ações apresentadas pelos gestores como parte da rotina de trabalho - Realização das campanhas.

<b>Ações apresentadas pelos gestores - ICs</b>	<b>Discurso</b>
Realização de campanhas como sucesso	DSC 1A - No primeiro ano que comecei a trabalhar como secretário, nós começamos a desenhar a primeira semana da saúde e isso traz um impacto muito bom pra gente, dá um impacto de mídia e você consegue movimentar a população do interior. Tem também as campanhas de câncer de próstata, a semana de prevenção à saúde do homem, fizemos uma palestra, atendimentos com os clínicos e os enfermeiros, onde eles detectavam a necessidade de cada paciente para ser encaminhado para os especialistas que viriam na 6ª feira. Os nossos jornais, as rádios aqui do município destacaram muito o sucesso disso aí, então quer dizer, pra nós, foi muito gratificante em saber que nós tivemos dali uma aceitação enorme. Você nem imagina a quantidade de satisfação, o prefeito então, ele tá pulando de alegria pelo sucesso. A nossa preocupação é que a procura foi enorme e agora a gente não tem estrutura pra atender então, inicialmente atendemos uma grande parcela, mas ficou uma demanda reprimida muito enorme. Sabe, têm as campanhas que você apenas vai a alguns locais com panfletos, dando palestras, tentando aproximar da comunidade através de palestras e têm aquelas que além dessas palestras você oferece algo a mais, um exame. Isso aí é importante porque ai a população vai se sentir valorizada porque você está oferecendo esse algo a mais e não apenas dando uma informação nova pra população.
Realização de campanhas como insucesso	DSC 1B- Muita coisa a gente faz através das nossas opiniões, de técnicos, até ouvindo muito o Conselho de Saúde, mas quando a gente vai colocar em prática não dá certo com a população porque a população tem uma outra cultura. Mesmo que o Conselho esteja sempre opinando, parece que o Conselho não reproduz o que é vontade do povo. Por exemplo, nós fizemos a semana do bebê esse ano e foi maravilhosa em uma localidade, mas aqui no centro as mães não apareceram pra participar, então a gente viu que não dá certo isso aqui, no centro o povo não participa. Mas eu acho porque também elas estavam participando muito das orientações nos PSFs por causa do projeto da “Mamãe consciente”, elas acharam que era desnecessário ouvir outra vez, talvez seja por isso, não sei.

O desenvolvimento de programas, projetos e campanhas são apontados pelo gestor como as experiências de maior sucesso entre as ações que realiza em seu cotidiano, conforme o DSC 1A do Quadro 2.

A justificativa para esse entendimento está diretamente relacionada com o alcance ou a superação das metas pactuadas no Pacto pela Vida, o que reflete a valorização atribuída aos resultados quantitativos. Este fato pode contribuir para direcionar as ações para a produção de serviços sem, contudo, voltar-se para a qualidade dos serviços oferecidos.

Quando o discurso apresenta ações que não afetam diretamente os referidos indicadores, o gestor apenas as aponta como um ‘projeto legal’, sem conseguir dar uma justificativa mais específica.

Já em relação às experiências de insucesso, a realização de campanhas, apesar de citada, é pouco expressiva quantitativamente, apontando que esses eventos são percebidos muito mais como ações de sucesso como de insucesso - conforme podemos observar no DSC 1B do Quadro 2.

Entendemos que o gestor não apenas define ações a serem implantadas ou implementadas, mas também a forma com que essas serão executadas apontando a forma de organizar os serviços e o modelo assistencial adotado.

Neste sentido, o discurso ressalta a organização dos serviços centrada no desenvolvimento de programas e campanhas. Esse direcionamento, segundo Paim<sup>2</sup>, aponta para o modelo assistencial sanitário que visa enfrentar os problemas de saúde a partir de campanhas e programas especiais. Ainda, pode estar direcionada para as ações programáticas que propõe a organização dos serviços a partir da programação de atendimento por grandes grupos populacionais (programa da criança, gestantes...) ou por subgrupos vinculados aos danos, definidos por critérios epidemiológicos (NEMES, 1993).

Verificamos ainda que apesar de oferecer serviços a partir de programas e campanhas, o discurso valoriza prioritariamente o atendimento médico, fortalecendo o modelo médico assistencial. Porém o discurso não aponta para uma preocupação do gestor em

definir ou direcionar as ações para um ou outro modelo, o que revela que essa reflexão não se faz presente no cotidiano do gestor.

Os programas expressos no discurso reproduzem, em sua maioria, programas propostos pelo Ministério da Saúde (MS) e, em sua maioria, implantados nos municípios a partir de incentivos federais. Neste sentido, Teixeira e Solla (2006) afirmam que os programas são ‘pacotes tecnológicos’ seguidos universalmente e ainda, Arretche (2003) e Feuerwerker (2005) resgatam os mecanismos de ‘indução’ utilizados pelo MS para alcançar os fins desejados, o que para as autoras acaba por restringir significativamente a autonomia dos municípios.

Poucas experiências mencionadas apresentam uma preocupação em aproximar as propostas nacionais à realidade local ou de criar estratégias específicas para atender demandas específicas. Esse entendimento é fortalecido ao apresentar com atividade considerada de insucesso a não realização de eventos desejados e afirmados como importante localmente, o que pode estar associado ao fato de não estarem presentes na agenda federal ou estadual.

Por outro lado, ainda que a liberação de recursos financeiros por parte do MS ou mesmo os indicadores do Pacto pela Vida sejam mecanismos de indução para a execução de determinadas ações prioritizadas pelo âmbito federal, observamos no discurso que estes também são mecanismos importantes tanto para viabilizar o desenvolvimento de ações e serviços quanto para dar um direcionamento à gestão no âmbito municipal, visto que no discurso, o gestor ainda se apresenta prioritariamente como executor e não como co-responsável e sujeito da construção e encaminhamento da política de saúde local. O discurso aponta para o fato dos municípios ainda necessitarem desse posicionamento da esfera federal, porém acrescentamos que cabe à gestão municipal ter um olhar crítico sobre as propostas no sentido de encaminhá-las de acordo com as especificidades municipais, fato não percebido nos discursos.

Entendemos que a reprodução de programas no âmbito municipal, contribui para que o gestor se mantenha numa posição passiva e aliado do processo de construção de políticas que levem em consideração a realidade local. Porém, também pode contribuir

para orientar a gestão e minimizar problemas decorrentes da rotatividade e/ou da falta de qualificação dos atores envolvidos na gestão.

Outra questão apresentada é a pouca relação entre os diversos programas e a ESF. Este ponto associado à baixa expressividade quantitativa da IC que apresenta a ESF como uma ação de sucesso aponta para uma organização dos serviços de saúde, no âmbito municipal, que não assume a referida estratégia enquanto o modelo de reorganização da APS e ainda, indica uma fragmentação entre os diversos programas.

O discurso ainda aponta para a idealização de projetos de forma generalizada nos municípios, sem respeitar as especificidades de cada área. Essa prática, para nós, reproduz os encaminhamentos dados pelos outros entes federados, isto é, assim como a esfera federal e estadual repassam propostas para o âmbito municipal, sem levar em consideração as especificidades regionais e municipais, os municípios também constroem estratégias de intervenção sem levar em consideração as especificidades de cada área, descaracterizando a proposta da ESF.

Ainda, segundo o gestor, os Conselhos Municipais de Saúde não reproduzem as expectativas e necessidades da população e consequentemente não garantem a respectiva representatividade. Esse ponto nos leva a reflexão tanto sobre a efetividade de uma democracia representativa e a necessidade de agregar outras estratégias para garantir a participação social na condução das políticas e serviços de saúde, quanto à efetividade dos Conselhos, atrelado à autonomia e ao empoderamento dos conselheiros.

Além do alcance de metas, o discurso afirma que as campanhas possibilitam a mobilização e conscientização da população, a divulgação dos serviços ofertados pela secretaria de saúde, um impacto positivo na mídia local e contribuem para a avaliação positiva da população e satisfação do prefeito.

Contrariamente ao entendimento de que mobilização é mais do que um evento e representa uma comunidade que decide e age com um objetivo comum, buscando no cotidiano resultados decididos por todos com vistas a um projeto de futuro (TORO, 2015), o

discurso, aponta para um entendimento de que mobilizar representa ter a participação da população nos eventos propostos.

Já a conscientização, no entendimento do gestor, reflete a adesão desta população as ações propostas. Porém, Freire (1980) apresenta o conceito de uma forma mais complexa e afirma que conscientização está relacionada com o diálogo e com a prática da liberdade. Refere-se à construção de conhecimento a partir de uma aproximação crítica da realidade. Assim, trata-se de um processo e não de um saber específico.

Ainda, o discurso apresenta a campanha enquanto uma forma de oferecer serviços extra muros, o que no entendimento do gestor representa deixar de ser uma saúde 'hospitalocêntrica'. Acreditamos que não é apenas o espaço físico que determina o sentido das práticas em saúde. Mesmo com uma mudança desse espaço, as práticas podem continuar reproduzindo o modelo médico assistencial. Compreendemos ser necessária uma reflexão sobre os limites das campanhas e ações pontuais para alcançar os propósitos apresentados.

As campanhas são eventos que favorecem a venda de uma imagem dos serviços de saúde, com repercussão positiva na mídia além de envolver um grande número de pessoas. Referimo-nos à imagem, pois entendemos que o valor atribuído às campanhas refere-se aquilo que ela representa ser e não o que ela realmente é.

A imagem de acesso universal aos serviços de saúde é fortalecida, ainda que na rotina dos serviços nem sempre seja garantida de forma universal. Ainda, vendem uma imagem de que a secretaria está cumprindo o seu papel, porém Paim (2003) afirma que as campanhas assumem para si as ações que deveriam ser realizadas no cotidiano dos serviços de saúde. Assim, as campanhas, de fato, apontam para as deficiências do serviço e não para a efetividade do mesmo.

Por um lado, a saúde se torna um conjunto de 'produtos-serviços' adquiridos nas campanhas. E partindo da lógica do mercado, o valor atribuído a este evento é relacionado à participação maciça da população, valorizando-se novamente os resultados quantitativos.

Por outro lado, as campanhas se apresentam como uma estratégia para garantir o acesso a alguns serviços de saúde e até de outros

direitos do cidadão que no cotidiano, não estão sendo garantidos e assim, contribuem para minimizar as deficiências do sistema e garantir a saúde como um direito do cidadão. No entanto, entendemos que as campanhas não poderiam se tornar o foco prioritário da organização dos serviços, mantendo-se apenas como ações complementares, se necessário.

Para o gestor, que vive em constante tensão entre os interesses da população e os interesses da classe política, os quais coexistem, porém apresentam-se muitas vezes, de forma contraditória, as campanhas se tornam importante estratégia para ganhar a aprovação dos dois segmentos e conseqüentemente contribuir para que ele próprio se transforme em uma mercadoria de valor, alvo de desejo desses diversos atores, inibindo a possibilidade de seu próprio descarte.

A IC 'Implantação e ampliação de serviços de saúde' é apresentada em 2º lugar tanto entre as experiências consideradas de sucesso quanto de insucesso na prática do gestor, conforme o DSC 2A e o DSC 2B, do Quadro 3.

Quadro 3 – Discursos relacionados às ações apresentadas pelos gestores como parte da rotina de trabalho - Implantação e ampliação dos serviços de saúde

<b>Ações apresentadas pelos gestores - ICs</b>	<b>Discurso</b>
Implantação e ampliação dos serviços de saúde como sucesso	DSC 2A - Mas, agora, orgulho: o laboratório. Nós implantamos o laboratório. Também teve a farmácia, o número de itens de medicamentos, então assim, orgulho mesmo. Uma outra conquista foi o RX 24 horas, porque o nosso município ele tinha uma clínica que funcionava só de 9 às 4 da tarde. Outra experiência é que a gente tinha 1 clínico só pra atender tudo na UMI, aí colocamos 2 clínicos pra atender a população e graças a Deus, hoje a gente tem de plantão o anestesista, o pediatra, menos no final de semana, infelizmente. Outra coisa é que só tinha 2 enfermeiras pra cobrir todos os plantões, hoje a gente tem enfermeira de plantão 24 horas, foi uma conquista muito boa. Tem outra coisa, reabrimos a maternidade, essa foi

	<p>uma grande vitória porque hoje só sai do município gestante de risco habitual, se quiser. E ainda tem a questão odontológica, que nós implantamos e logo, aumentamos a cobertura, foi um avanço muito grande também. Na verdade, as coisas fluem bem, é quando o paciente, o usuário, ele foi bem atendido, quando nós conseguimos chegar no que o usuário precisa né, então aí são um leque de coisas, é o paciente que foi fazer uma consulta especializada em Vitória que deu tudo certo, é o paciente que foi na farmácia básica que tinha a medicação correta, é o paciente que tem o encaminhamento pra uma especialidade e que a AMA conseguiu marcar com agilidade, com carinho, aí a gente se sente bem.</p>
Implantação e ampliação dos serviços de saúde como insucesso	<p>DSC 2B - Pois é ainda não deu certo, é a ampliação da UMI, porque ali hoje tem dia que não tem consultório pra médico, não tem consultório pra todo mundo, a população às vezes fica frustrada. Tem outra coisa, o povo daqui sofre muito com o atendimento em outro município e nós tentamos abertura do PA 24 horas, mas devido à condição financeira, ou por falta de um investimento maior, de um comprometimento maior do gestor municipal então nós não conseguimos. Também tem uma coisa que eu planejei, não, ainda não tenho ela como não conseguida, é a clínica municipal de fisioterapia. Isso na minha cabeça é um grande projeto pra cidade, e a clínica de especialidades odontológicas, o CEO, eu não consegui avançar no projeto físico. E tem outro negócio ruim que envolve a questão da saúde mental, um projeto que não está dando certo, nós estamos há 4, 5 anos aqui tentando implantar algum serviço na questão de tratamento de dependentes químicos. Se consegui um recurso, construiu um centro de recuperação, mas nós não conseguimos colocar plenamente pra funcionar porque quem assumiu, pessoal ligado a igreja, aí eles trabalham só o lado espiritual, não trabalham o lado técnico. É uma experiência assim muito, muito ruim, tá sendo ruim, é bem complicado!</p>

Ambos os discursos apontam para um sistema de saúde precário, com necessidades de investimentos em todos os níveis. O discurso refere-se às ações implantadas ou implementadas, seja na atenção primária ou em serviços de maior complexidade tecnológica, porém não apresenta uma preocupação em articular os serviços em rede.

Por outro lado, apresenta a limitação para a construção dessa rede a nível microrregional, na medida em que o discurso confirma o vazio assistencial da região.

As causas apresentadas para o não alcance desses propósitos são a escassez de recursos financeiros, a falta de vontade política do gestor municipal, entraves burocráticos e a falta de espaços físicos adequados para implantação de determinados serviços.

Outro aspecto é que o discurso não expressa uma continuidade das ações em relação à gestão anterior, como se nada ou muito pouco tivesse sido realizado até então. Emerge uma representação de que para o gestor as obras e ações realizadas anteriormente ao seu período de gestão inexistem ou não tem valor, o que aponta para uma gestão construída a partir de interesses individuais sem a participação de um coletivo que pudesse garantir a continuidade das ações, independente das mudanças nos cargos políticos.

O discurso aponta para o desejo do gestor em melhorar as condições das unidades de saúde e ampliar a oferta de serviços e de insumos. Esses pontos expressam a realidade e as dificuldades vividas na região e o sentimento de satisfação do gestor ao conseguir atender a necessidade da população, ainda que seja de forma individualizada, fato que vai ao encontro de interesses de uma sociedade de consumidores que individualiza os desejos e a forma de satisfazê-los, e distancia a perspectiva de coletivos.

Outra ideia central encontrada nos discursos dos gestores foi a implantação da ESF, conforme o DSC 3A e o DSC 3B, do Quadro 4 abaixo.

Quadro 4 – Discursos relacionados às ações apresentadas pelos gestores como parte da rotina de trabalho - Implantação e implementação da ESF

<b>Ações apresentadas pelos gestores - ICs</b>	<b>Discurso</b>
Implantação e implementação da ESF como sucesso	DSC 3A - Pra mim a ESF foi o melhor projeto que nós conseguimos implantar. Nós, hoje, reduzimos pelo menos 60% da demanda de hospital indo para os PSF's. Então eu quero aumentar a cobertura, pra que exatamente a gente possa desafogar a frequência aos postos de saúde e a porta do

	<p>hospital. Isso é importante porque primeiro, hoje, se a gente for querer colocar tudo dentro do hospital, não dá conta. Outra coisa, pra mim, o mais importante na estratégia e que difere é a questão da ação multiprofissional porque aí você consegue dar qualidade ao serviço. Nós sempre tivemos aqui muito orgulho de falar em ESF, dos profissionais que estão, porque a gente consegue ter psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista. É quase que o alicerce, ou seja, a nossa base. Tem que estar sempre bem estruturada para que os serviços, para que as pessoas tenham acesso a esse serviço, e que seja o máximo que a gente puder resolver, da resolutividade. Eu acredito que a gente conseguiu colocar, pelo menos a importância das pessoas pensarem em procurar a unidade de saúde antes mesmo de estar adoecendo.</p>
Implantação e implementação da ESF como insucesso	<p>DSC 3B - Eu fico frustrado com a Estratégia de Saúde da Família como é feito no estado. É um projeto bom, é um projeto que pra mim ele é lindo no papel, só que pra mim ele não atende a essência. Por quê? Hoje nós temos no PSF pediatra, ortopedista, clínico cirurgião, obstetra, quando na verdade nós tínhamos que ter um médico generalista, aquele médico que vai 'pegar' da criança ao idoso, ele vai atender de forma que ele pode entender o paciente como um todo. Na verdade, a população ela quer ser bem atendida e nós temos um problema no município, os médicos não atendem as 40 horas semanais que é obrigatório do PSF, então é onde as pessoas vão procurar o hospital. Um dos maiores problemas é a fixação do médico na equipe, às vezes eles, por causa de 100, 200 reais acabam largando toda uma estrutura pra poder, ou por causa da vantagem de trabalhar menos e a essência do PSF fica, se perde. E ainda tem essa questão dos vínculos empregatícios, isso é muito ruim, muito ruim. Eu acho que uma das grandes coisas que me marcaram muito foram isso dessas questões dos vínculos porque você investe nos profissionais, na formação e capacitação, quando o serviço está começando a engrenar e volta tudo porque tem que demitir, porque encerra contrato. Sabe, a gente não tem como suprir tudo isso, oferecer salários melhores pra fixar esse profissional lá no interior, não tem como.</p>

O DSC construído com a referida IC expressa uma preocupação prioritariamente com a melhoria de acesso da população aos serviços

de saúde e a diminuição da demanda nos hospitais, ainda que expresse de forma tímida uma preocupação em garantir o maior grau de resolutividade possível.

O discurso ainda expressa que a qualidade dos serviços oferecidos é garantida a partir da inclusão de outras profissões no atendimento que segundo a representação do gestor, garante a ação multiprofissional. Neste aspecto, não fica claro o entendimento do gestor em relação à equipe multiprofissional. Porém, entendemos que não basta incluir novos profissionais no contexto da saúde, é necessário legitimar socialmente a sua inserção, possibilitar a interação dos diversos saberes e reorganizar o processo de trabalho. É possível inserir novos profissionais e manter cada um centrado numa parcela do cuidado, sem nem perceber que assim contribuem para a fragmentação desse cuidado (Porto e Almeida, 2002). Porém, também pode possibilitar o encaminhamento de processos de trabalho e práticas que rompam com a fragmentação e a especialização do saber e do fazer e possibilitem a interação dos diversos saberes na busca de um objetivo comum.

Porto e Almeida (2002) e Minayo et al (2003) afirmam que a prática interdisciplinar ainda é um desafio e, a partir da forma que a questão é expressa no DSC, nos parece que apesar de ter diversos profissionais envolvidos no atendimento, ainda prevalece o trabalho conforme apresentado acima por Lopes, Henriques e Pinheiro (2007).

Segundo o DSC 3B, apesar do gestor considerar a ESF uma proposta boa, afirma que a mesma não funciona na prática. A causa desse insucesso é atribuída a fatores relacionados à precarização dos vínculos de trabalho, a falta de capacitação dos profissionais e a organização do atendimento a partir da atuação de especialista.

Diante desses insucessos, o discurso aponta para uma posição de conformismo e passividade do gestor o qual delega a responsabilidade por essa situação ao sistema ou ao próprio profissional. Assim, apresenta poucas iniciativas para mudar essa realidade ou apresenta iniciativas pontuais, também consideradas de insucesso.

Entendemos que a precarização dos vínculos de trabalho é um reflexo das novas relações de trabalho apresentadas pela sociedade contemporânea, caracterizadas pela restrição aos direitos trabalhistas e desregulamentação das mesmas. Porém acreditamos que a forma de organização do trabalho pode interferir na atuação do profissional e nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (2009) pode contribuir para a reorganização dos processos de trabalho de forma a contribuir tanto com a produção de saúde quanto com a produção de sujeitos.

Neste sentido, acreditamos que o gestor, tem potência para contribuir com o encaminhamento de tal política e contribuir com uma mudança na forma de se fazer saúde, a partir de ações que valorizem a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade do trabalhador. Porém, no discurso o gestor não se percebe como corresponsável dos ‘insucessos’ desse processo, com potência para propor mudanças macro estruturais ou contribuir para mudanças do processo de trabalho.

Por fim, destacamos o DSC sobre planejamento. Ressaltamos que este discurso não foi citado como uma ação considerada de sucesso ou insucesso na rotina dos gestores, no entanto, foi apontado como uma das atividades mais importante da gestão apesar de, no entendimento do gestor, esta não ser concretizada, conforme o Quadro 5.

Quadro 5 – Discurso relacionado à ação de Planejamento apresentada pelos gestores como parte da rotina de trabalho, mas não referida como sucesso ou insucesso.

Ações apresentadas pelos gestores - IC	Discurso
Planejamento	A atividade mais importante é justamente planejar e eu tento dar esta prioridade pro meu trabalho, só que eu não consigo. É aquela história, a gente acaba tendo que apagar muito incêndio, muitas vezes a gente planeja as coisas e não consegue executar, por causa da correria. Eu acho que o que o secretário de saúde tem que fazer é planejar a promoção e a prevenção, isso é o mais importante, mas a gente acaba lidando muito com a doença, a gente acaba dando prioridade pra assistência e eu não acho que essa deveria ser minha prioridade. A verdade é essa, por mais que a gente queira e tente trabalhar com planejamento, tem muita coisa do dia a dia que não está devidamente organizado e que acaba trazendo transtorno de tirar gente da agenda. Então, assim, um ponto falho meu é esse, de me empenhar muito realmente nos resultados da execução e não pensar tanto no planejamento. Porque você trabalha muito como bombeiro né, você apaga muito incêndio, então assim, as demandas vão surgindo e você vai se envolvendo nelas e no momento de planejar, de acompanhar, de estar monitorando as ações como um todo do município isso daí fica talvez até meio deficiente por essa falta mesmo de tempo, então a gente acaba fazendo um pouco de cada coisa e pra chegar no final do ano estar lá com as nossas metas alcançadas.

Na percepção do gestor esta situação é causada por alguns fatores, entre eles, o excesso de serviços considerados inadiáveis na rotina dos mesmos, definidos no discurso como ‘incêndios’.

Também expressam um fluxo de duas vias: o gestor não consegue planejar ou realizar as ações planejadas pelo intenso volume de demandas urgentes e por outro lado, não consegue organizar a rotina do dia a dia por falta de planejamento. Neste sentido, não fica claro, qual a ordem dos fatores, a falta de planejamento causa uma desorganização ou a desorganização impede o planejamento. Em

ambas as situações emergem uma representação de que discursivamente o planejamento é prioridade, porém na prática, a prioridade é dada a ‘atender os incêndios’.

Entendemos que os referidos ‘incêndios’ e a postura de ‘bombeiros’ que os secretários se identificam estão associados às exigências da sociedade contemporânea, pois é necessário agilidade para dar respostas às demandas que emergem. Neste sentido, valorizam-se respostas às demandas explícitas vindas tanto da população quanto do próprio grupo político o qual o secretário de saúde está inserido, em detrimento de uma ação que necessite um tempo maior para apresentar resultados, como é o caso do planejamento.

Associar as exigências técnicas inerentes ao cargo de gestor no que se refere ao planejamento das ações e as expectativas da sociedade contemporânea torna-se um grande desafio para a gestão.

Outra dificuldade apresentada no discurso refere-se ao fato de que as ações planejadas nem sempre são concretizadas. No discurso, não expressam a ‘utilização viva’ de instrumentos de planejamento, isto é, fazem referência sobre a sua elaboração, porém não os apresentam como instrumentos norteadores da ação.

Resgatamos a proposição de O'dwyer e Mattos (2010) que afirmam que o planejamento registrado não necessariamente, encaminhará a ação, visto que pode se limitar a uma exigência formal, mas não representar exatamente a intencionalidade do agente. Ainda, entendemos que o planejamento deve ser um ‘instrumento vivo’ que realmente acompanhe o dia a dia da produção de saúde, a fim de que as exigências impostas pela sociedade, identificadas no discurso como ‘incêndios’, não se sobreponham às ações e aos compromissos assumidos coletivamente.

Outro ponto que o discurso levanta é o entendimento de que o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde deveria ser priorizado. Emerge a representação de que para o gestor há uma dicotomia entre as ações de prevenção e promoção da saúde e as ações de assistência. Ainda, o discurso aponta para o fato de que os ‘incêndios’ que surgem e inviabilizam o planejamento de ações de

prevenção e promoção referem-se às ações assistenciais, o que reforça a hegemonia, na prática, do modelo médico assistencial.

No entanto, consideramos fundamental o encaminhamento de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de forma indissociável a fim de construir um planejamento pautado no princípio da integralidade.

Diante do exposto, levantamos alguns questionamentos: Se o gestor considera tal atividade tão importante e se não consegue executar, porque então esta não foi apontada nas experiências consideradas de insucesso? E ainda, esta ausência não representaria que a justificativa encontrada para a não realização de planejamento é convenientemente utilizada para escamotear a real intencionalidade do agente, apontando para a priorização de ações assistenciais?

## **Considerações Finais**

Ainda que os gestores apresentem experiências que, segundo eles, levam em consideração a valorização dos trabalhadores, a participação da população, as atividades interdisciplinares, intersetoriais e interfederativas, o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde e as ações de assistência, o entendimento de que a saúde extrapola os aspectos biológicos o que se verifica nas narrativas das práticas é que a fragmentação entre as ações de prevenção e promoção da saúde e as ações de assistência se mantém, as atividades interdisciplinares e intersetoriais ainda se caracterizam prioritariamente por atividades realizadas por diferentes atores e direcionadas para o mesmo público alvo, porém sem necessariamente garantir a integralidade da atenção e os trabalhadores e a população não são apontados como co autores na condução das políticas públicas. Ainda, percebemos que a preocupação prioritária do gestor é em ampliar o acesso aos serviços de saúde com ênfase nos procedimentos médicos e para tanto, utilizam como estratégias a realização de campanhas e desenvolvimento de programas específicos.

Fatos estes confirmam a hegemonia do modelo médico assistencial na região, ainda que a narrativa dos gestores aponte algumas características de modelos alternativos. Desta forma, os gestores expressam nas narrativas o distanciamento existente entre a teoria e as práticas, as tensões entre os propósitos do movimento da reforma sanitária e os interesses da sociedade contemporânea e consequentemente, a manutenção de forma contraditória e concomitante da saúde enquanto mercadoria e como um direito do cidadão.

Assim, torna-se necessária uma reflexão constante sobre as próprias práticas, a realidade da sociedade contemporânea e as limitações e possibilidades de construir estratégias criativas e responsáveis de forma conjunta entre gestores, sociedade e profissionais envolvidos na saúde se houver a intenção de se romper com o modelo médico assistencial que ainda se apresenta como o modelo hegemônico.

## Referências

ARRETCHE M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Cien saúde colet**, v. 8, n. 2, 2008. 331-45.

BARROS, M. E. B.; BARROS, B. R. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO S, BARROS, M.E.R. (Org.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em Saúde. Ijuí: Unijuí; 2007. p. 61-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

BAUMAN, Z. **Vida para o consumo**: a transformação das pessoas em mercadorias. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2008.

CAMPOS, G.W.S. **A reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1997.

FEUERWERKER, L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, 2005. p. 489-506.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, 1999.

FREIRE, P. **Conscientização**. São Paulo: Moraes, 1980.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

KEINERT, T.M.M.; ROSA, T.E.C.; MENEGUZZO, M. **Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcio, parcerias e terceirização no setor saúde**. São Paulo: 2006. p. 13-22.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: A negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004.

LOPES, T.C.; HENRIQUES, R.L.M.; PINHEIRO, R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: 2007. p. 29-40.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: 2001. p. 39-64.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S.; CECILIO, C.L.C. (Org.). **Inventando a mudança**. São Paulo, 1994a.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. **Democracia e saúde: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1998. p. 125-141.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, 2003.

MINAYO, M.C.S. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Ciênc saúde colet**, v. 8, n. 1, 2003.

NEMES, M.I.B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de Programação. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: 1993. p. 65-116.

NORONHA, J.C; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Cien Saúde Colet**, v. 6, n. 2, 2001. p. 445-450.

O'DWER, G.; MATTOS, R.A. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis**, v. 20, n. 2, 2010.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-86.

PORTO, M.F.; ALMEIDA, G.E.S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciênc saúde colet**, v. 7, n. 2, 2002.

SANTOS, L. **O SUS e o sentido de pertencimento**. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania; 2010.

SCHRAIBER, L.B. Programação hoje: a força do debate. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.) **Programação em saúde hoje**. São Paulo: 1993. p. 11-35.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, 2003. p. 257-277.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. IESUS, VII, 1998.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA; 2006.

TORO, B. **O que é Mobilização Social**. Disponível em: <<http://www.nossasalvador.org.br>>. Acesso em: out. 2015.

Recebido em 06/03/2017 e  
aceito em 03/08/2017.

---

**Resumo:** *O objetivo foi reconhecer as representações sociais presentes na narrativa das práticas dos gestores de São Mateus - ES sobre as ações desenvolvidas consideradas experiências de sucesso e de insucesso. Trata-se de pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevista com 16 gestores, a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Partiu-se das 3 experiências apontadas como de maior sucesso as quais foram agregadas por Ideias Centrais. Por ter essas mesmas experiências sido também apontadas como experiências de insucesso, este estudo apresenta os contrapontos de ambos discursos, destacando-se a realização de campanhas, a oferta de serviços de saúde e a implantação e implementação da Estratégia da Saúde da Família. Compreende-se ser necessária a reflexão sobre as próprias práticas, com foco nas limitações e possibilidades de se construir estratégias criativas e responsáveis entre os atores envolvidos na saúde se houver a intenção de se romper com o modelo médico hegemônico.*

**Palavras-chave:** *Gestor de Saúde; Política de Saúde; Sistema Único de Saúde.*

---

**Title:** *Social representations on the experiences of success and insuccess in the voice of managers*

**Abstract:** *This work aims recognizing the social representations present in the narrative of managers who work in São Mateus - ES about actions that they consider and develop as experiences of success or failure. This is a qualitative research conducted through interviews with 16 managers, using the Collective Subject Discourse. We considered three experiences, from Main Ideas, cited as the most successful and, from these experiences, those which were failure, highlighting the campaigns realization, the provision of health services and the establishment and implementation of the Family Health Strategy. We understood that it is necessary to reflect on their own practices, focusing on the limitations and possibilities of building creative strategies and responsible among the actors involved in health if we intend to break with the medical model hegemonic of care.*

**Keywords:** *Health Manager; Health Policy; Unified Health System.*

---