**FUNDAÇÃO INSTITUTO CAPIXABA DE PESQUISAS EM
CONTABILIDADE ECONOMIA E FINANÇAS**

ROBERTA DE MENDONÇA PORTO

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS GESTORES DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

**VITÓRIA
2011**

ROBERTA DE MENDONÇA PORTO

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS GESTORES DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Administração da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas. Área de Concentração: Gestão de Pessoas.

Orientador: Profº Dr Marcelo Sanches Pagliarussi

**VITÓRIA
2011**

ROBERTA DE MENDONÇA PORTO

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS GESTORES DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração na área de concentração Gestão de Pessoas.

Aprovada em 31 de Agosto de 2011

COMISSÃO EXAMINADORA

Profº Dr.: MARCELO SANCHES PAGLIARUSSI
(Instituto Capixaba de Pesquisas em
Contabilidade Economia e Finanças)
Orientador

Profª Drª GRAZIELA XAVIER FORTUNATO
(Instituto Capixaba de Pesquisas em
Contabilidade Economia e Finanças)

Profª Drª MARIA LUISA MENDES TEIXEIRA
(Universidade Presbiteriana Mackenzie)

Dedico este trabalho a Erenita de Mendonça
Porto e Giovander Dumont razão de tudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores com os quais tive a honra de compartilhar momentos de reflexão e de troca de saberes. A todos que acompanharam essa trajetória, os meus sinceros agradecimentos.

Agradeço aos colegas da turma MAADM 2008/1 por compartilharem longas horas de estudo nos finais de semana. Em especial a Melissa Alfeu que sem medir esforços demonstrou um exemplo de companheirismo.

Ao meu orientador Prof^o Dr Marcelo Sanches Pagliarussi por me motivar a seguir o caminho.

A minha “sempre orientadora”, Prof^a Dra Priscilla Martins -Silva agradeço pelo apoio, pela orientação, pelas lições de vida e por estar sempre, sempre à disposição.

Aos funcionários da FUCAPE, especialmente ao pessoal da biblioteca, pela atenção e disposição em ajudar.

Aos gestores que me concederam as entrevistas e de alguma forma contribuem para a consolidação do SUS.

À Associação Pestalozzi de Linhares, na pessoa da Cácia S. Bolzan, pelo apoio e compreensão.

À minha mãe que me ensinou a grandeza de tornar os sonhos uma realidade.

Ao meu companheiro, amigo e amante, Giovander que incondicionalmente esteve ao meu lado nas longas horas de estudo.

“Às vezes me falta coragem até mesmo para
sorrir, e entre um fôlego e outro, suspiro
sonhos, nos quais abafos. Talvez lute contra
isso, ou talvez, deixo que sonhos não passem
de sonhos” (GIOVANDER DUMONT)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar o processo de ancoragem das Representações Sociais (RS) dos gestores da Atenção Básica à Saúde do SUS (ABS/ SUS) sobre as políticas públicas. Para tanto, foram realizadas entrevistas com treze gestores de municípios do Espírito Santo. Para análise destas falas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, que permitiu identificar a formação de três subgrupos entre os entrevistados, classificados de acordo com o grupo de pertença: profissionais de enfermagem, profissionais da área de saúde e outras categorias profissionais. Ao analisar a constituição de subgrupos é possível entender as formas e os meios que determinado grupo utiliza para entender, elaborar, transformar e interpretar as políticas públicas de saúde. Portanto a TRS enquanto conhecimento compartilhado pelo grupo de pertença orienta as comunicações e guia comportamentos destes atores sociais. O caminho percorrido pelo estudo permitiu a identificação dos pontos de ancoragem dos gestores entrevistados. Tal constatação implica fazer uma leitura dos aportes teóricos normativos e científicos, mas à luz do conhecimento cotidiano (senso comum) elaborado e compartilhado pelo grupo de pertença. Assim, é possível perceber como as representações emergem e como se estabelecem entre si, e em que medida uma determina a outra.

Palavras Chave: SUS, Políticas Públicas, Representações Sociais.

ABSTRACT

This work had as main purpose the anchorage process analysis of the managers' Social Representations (SR) of the Basic Attention to Health at SUS (ABS/SUS) concerning the public politics. Thus, the research took as source thirteen manager' interviews from municipalities of the Espírito Santo State and their speeches were analyzed through the content analysis technician that allowed to identify the structure of three sub-groups among them. They were selected according to the belonging group: nursery and health workers, in general, among other occupations. Observing the constitution of the sub-groups was possible to understand the manner and means used by the groups trying to understand, to form, to transform and to interpret the health public politics. In this way, a TRS, took as knowledge shared by the belonging groups, guides the communication and the actions of these social actors. The path followed along this study allowed to identify the anchorage points among the interviewed managers. Such conclusion is due readings of the theoretical and organizational systematic support, but through the light of the daily routine (common sense), formed and shared by the belonging group. Therefore, it was possible to verify how the representations emerge and how they organize themselves. Besides this, it was possible to know how they determine the other representations.

KEY-WORDS: SUS, Public Politics, Social Representation

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABS - Atenção Básica à Saúde

ACS- Agente Comunitário de Saúde

APS- Atenção Primária a Saúde

BIRD- Banco Internacional para Reconstrução e o Desenvolvimento

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do SUS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

NOAS- Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

RS - Representações Sociais

SEMU – Secretaria Municipal de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SESA ES- Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo

SUS - Sistema Único de Saúde

TRS - Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE E CRIAÇÃO DO SUS	18
2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E GESTÃO DO SUS.....	20
2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ATUALIDADE	21
2.4.TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	26
2.5.ELEMENTOS QUE CONSTITUEM AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	30
3. METODOLOGIA	34
3.1 CENÁRIO DE ESTUDO	34
3.2 AMOSTRA DO ESTUDO	35
3.3 COLETA DE DADOS	36
4 .ANÁLISE DE DADOS	38
5. RESULTADOS.....	41
5.1 CAMPO COMUM DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	42
5.2 DIFERENÇAS ENTRE GRUPOS	44
5.3 PROCESSO DE ANCORAGEM DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	67
6.2 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	67

7. ASPECTOS ÉTICOS	69
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICES	75
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	76

1. INTRODUÇÃO

Desde o embate político, social e ideológico que se estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1990 até os dias atuais, a saúde brasileira tem sido pauta constante das discussões sobre o aprimoramento das políticas sociais.

Dentre os vários pontos de discussão destacam-se aspectos relacionados às políticas de gestão de pessoas e a atuação dos profissionais. Estes itens estão imbricados ao novo modelo de atuação que exige este sistema. Um modelo que define a formação profissional, além da formação técnica acadêmica.

Para entender melhor, primeiro é necessário compreender os modelos de saúde anterior à instituição do SUS. Até 1990, as práticas hospitalares eram as principais ações de saúde oferecidas a população. Eram práticas curativistas e de caráter assistencial, ou seja, o papel do profissional da saúde era cuidar da doença instalada em pacientes no ambiente hospitalar.

A partir de 1990, com a criação do SUS, as práticas preventivas passam a ser consideradas como principais ações. A saúde passa a ser entendida como produção social, assim:

A saúde de um indivíduo, de um grupo, ou de uma comunidade, depende das coisas que o homem criou e faz das interações dos grupos sociais, das políticas adotadas pelo governo, inclusive os próprios mecanismos de atenção à doença, do ensino, da medicina, da enfermagem, da educação, das intervenções sobre o meio ambiente (SANTOS e WESTPHAL, 1999, p.3).

Essa mudança extrapola os limites da saúde assistencial, restrita ao âmbito hospitalar. O conceito de saúde passa a estar relacionado à qualidade de vida e baseados nestes paradigmas o profissional do SUS passa a atuar em práticas preventivas, na vigilância em saúde (SANTOS E WESTPHAL, 1999).

Esta ampliação no conceito de saúde significa também ampliação do campo de atuação dos profissionais. Ultrapassar os limites do hospital e entender a saúde como produção social leva a necessidade do profissional a atuar mais próximo das comunidades.

Isso significa criar estratégias para as ações de vigilância em saúde e lançar mão de uma gestão estratégica, por meio de ferramentas gerenciais. A gestão estratégica em saúde é apontada por Rivera (2003) como caminho para a obtenção de um sistema resolutivo e sólido.

Contudo na prática ainda há um longo caminho a percorrer. Diversos estudos, ao problematizarem sobre a atuação dos profissionais dentro deste novo modelo, identificam lacunas relacionadas ao modelo proposto e a prática desenvolvida.

Neto e Sampaio (2007), ao analisarem o perfil de gerentes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), identificam a necessidade de qualificação destes profissionais. O estudo mostra a dificuldade que profissionais de enfermagem tem em desenvolver ações gerenciais. Além da falta de qualificação para o cargo, desenvolvem práticas de caráter assistencial, resquícios do modelo hospitalocêntrico, que tinha o hospital como o centro das ações em saúde.

Os dados encontrados por Miranda et al (2009) em um estudo sobre as Representações Sociais de gestores acerca da política de descentralização do SUS, revela que, aqueles gestores desconhecem a definição desta política, o que acarreta em uma atuação ineficaz no âmbito do gerenciamento.

Os estudos (NETO, SAMPAIO, 2007; MIRANDA ET AL, 2009) abordam a discussão sobre a formação de profissionais para o exercício das práticas de gestão

que inclui o domínio das ferramentas gerenciais, além da compreensão sobre as políticas públicas de saúde.

Estes estudos apresentam a importância da qualificação do gestor, mas, deixam a lacuna sobre outros possíveis elementos que constituem o conhecimento e a prática dos gestores: constituídos além da formação técnica - científica. Trata-se de como estes gestores recebem e interpretam este conhecimento no cotidiano dos serviços.

A forma com que os servidores recebem e interpretam as políticas, pode estar relacionada ao grau comprometimento e responsabilidade com o trabalho. De acordo com Wagner (1998) um mesmo objeto social é visto a partir de diferentes olhares pelos diferentes grupos sociais. Cada um destes grupos “incorpora” algumas práticas conforme o sentido e o grau de relevância deste objeto.

Ceccim e Feuerwerker (2004) chamam atenção para os aspectos que envolvem a formação do profissional para o SUS e destacam a necessidade de extrapolar a formação técnica - científica. Os autores orientam sobre as diferenças entre a formação do profissional de saúde e a formação do profissional do SUS.

Estas diferenças estão pautadas na compreensão sobre os paradigmas e conceitos históricos da saúde, necessários para a atuação deste profissional. Isso reafirma que a falta de clareza pode criar obstáculos na busca de competências para a atuação conforme o modelo proposto.

Ao discutir as formas de interpretar a política de saúde, assume-se que o conhecimento dos indivíduos é composto por um conjunto de valores sociais e culturais, e que cada sujeito, o adquire conforme o grupo que pertence.

Cada um destes grupos tem uma forma de interpretação, que está relacionada ao seu conhecimento acadêmico e pelas trocas estabelecidas entre os

sujeitos em seu cotidiano. Tais interpretações, constituídas como diferentes maneiras de construir conhecimentos são tratadas como Representações Sociais, Moscovici (1978).

Para este autor, a Representação Social é uma forma de entender o conhecimento dos indivíduos, derivado do cotidiano. Além disso, demonstra como estes sujeitos se utilizam do conhecimento para interpretar a realidade e estabelecerem práticas sociais (MOSCOVICI, 1978).

As Representações Sociais são constituídas a partir de dois processos: ancoragem e objetivação. A ancoragem trata da aproximação de um novo conteúdo/objeto, a uma rede preexistente (JODELET, 1984).

Conforme Moscovici (1984), as decisões dos indivíduos estão ligadas àquelas representações com maior grau de ancoragem. A aproximação entre as pessoas se dá a partir da partilha destes pontos de ancoragem.

A objetivação, o outro processo de formação das Representações Sociais, trata em dar forma a estes conteúdos/objetos, dando sentido e a localizando dentro desta rede, de forma a tornar-se palavra (JODELET, 1984).

Tomando o elemento de ancoragem das Representações Sociais como base teórica, esta pesquisa visa analisar a forma que os gestores interpretam as políticas públicas de saúde. Reveladas estas RS, o estudo busca verificar a possível relação entre RS e práticas alinhadas aos princípios do SUS.

Para tanto, buscou-se como questão norteadora: **Quais são as Representações Sociais (RS) dos gestores da Atenção Básica em Saúde/ SUS (ABS/SUS) sobre as políticas públicas de saúde?**

Foi definido como objetivo geral compreender o processo de ancoragem das representações sociais dos gestores da Atenção Básica à Saúde/SUS, sobre as políticas públicas de saúde.

Compreender como são formadas as RS, evidencia alguns elementos que constituem a concepção do gestor sobre o que são as políticas públicas. Com isso a pesquisa revela como administração pública pode adotar ações no cotidiano dos serviços que facilite na implementação das políticas públicas.

Espera-se contribuições à área da administração, por possibilitar reflexões sobre sua dimensão transdisciplinar e provocar questionamentos às demais áreas, como a saúde, sobre suas bases epistemológicas. O diálogo elaborado entre Representações Sociais e os estudos organizacionais revela a pluralidade do fenômeno e orienta sobre as várias maneiras de explicar a realidade.

O lócus da pesquisa foi a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA ES) e as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Vitória (ES), Colatina (ES) e Aracruz (ES).

Foram escolhidos, como sujeito de pesquisa, os gestores da Atenção Básica, por se tratar do programa central do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Para o levantamento dos dados foi elaborado um roteiro de entrevistas semi estruturado com dezenove itens relativos ao cotidiano dos gestores.

Para análise dos dados foi eleita a análise de conteúdo que resultou em três grupos distintos de gestores, de acordo com o grupo de pertencimento (DOISE, 2002). Os sujeitos dos grupos compartilham alguns comportamentos, valores e pensamentos e se subdividiram em: Profissionais da área de saúde, Profissionais de enfermagem, Outras categorias profissionais.

O estudo demonstrou que o processo de ancoragem destes indivíduos sobre as políticas públicas é uma forma que cada grupo se utiliza para entender, elaborar, interpretar e vivenciar estas políticas em seu cotidiano. As RS demonstraram-se como o conhecimento compartilhado pelos gestores, definido de acordo com seu pertencimento no grupo dado pela formação técnica- acadêmica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O PROCESSO HISTÓRICO DA SAÚDE BRASILEIRA E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

A história da assistência à saúde pública no Brasil está diretamente vinculada às atividades do Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio de autarquias como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 2003).

O INAMPS era mantido a partir da contribuição dos trabalhadores brasileiros, aqueles que pagavam a previdência social - os previdenciários. Estes tinham o direito de usufruir da assistência à saúde provida pela previdência social por meio do INAMPS. Este Instituto beneficiava trabalhadores empregados formalmente e seus dependentes - os previdenciários (BRASIL, 2003).

Portanto, a assistência à saúde não tinha caráter universal. O INAMPS era responsável em repassar os recursos destinados à saúde aos estados, de acordo com o número de previdenciários. Esta assistência era oferecida por uma rede própria e por convênios com prestadores de serviço (BRASIL, 2003).

Aquelas pessoas que não faziam a contribuição – os não-previdenciários - eram atendidos em hospitais públicos, mantidos pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) e em hospitais filantrópicos, como as Santas Casas (BRASIL, 2003).

Nesta realidade, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados e municípios limitavam-se a controlar endemias e realizar campanhas de vacinação (BRASIL, 2003).

Diante a desarticulação dos serviços de saúde e insatisfação do acesso restrito, tem início o Movimento Sanitário, um movimento de transformação dos paradigmas do sistema de saúde. Este processo apontava as diversas mudanças que estavam por acontecer, sendo marcado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986.

Nesta conferência usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço, gestores e acadêmicos das principais universidades de saúde pública, elaboraram um relatório que ampliava o conceito de saúde e a determinava como uma produção social.

Diante disso, entende-se saúde como resultado das condições de “alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, moradia, saneamento básico e acesso aos programas sociais” – o que significa qualidade de vida (BRASIL, 2003, p. 24).

Este relatório final foi base das discussões na Assembléia Nacional Constituinte em 1987 e resultou na aprovação da proposta de criação do Sistema Único de Saúde.

Em 1988 a Constituição Federal reconhece a saúde como direito de todos os brasileiros e que deve ser garantido pelo Estado, pautado nos “princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de forma descentralizada, hierarquizada e com participação popular” (BRASIL, 2003, p. 24).

Em 1990, ocorreu a regulamentação do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde, foram definidos meios para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e como estes serviços deveriam estar organizados. Esta lei foi validada em todo território nacional às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2003).

2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A GESTÃO DO SUS

A Lei Orgânica da Saúde de 1990 legitima o SUS e confere embasamento jurídico para seu funcionamento. Mas, para sua regulamentação prática, foram necessárias adotar medidas e políticas que permitisse operacionalizar as transformações previstas em lei (BRASIL, 2003).

Dentre estas medidas foram instituídas as Normas Operacionais Básicas - NOB INAMPS/91, NOB SUS/93 e NOB SUS/96 e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/01 e NOAS/SUS 01/02, - caracterizadas como políticas responsáveis pelos avanços deste novo formato de assistência a saúde (FADEL, et al., 2009).

Tais NOBs são instrumentos utilizados para que gestores definam estratégias e re-operacionalizem suas ações, por meio de avaliações periódicas de implantação e desempenho do SUS (BRASIL, 2003).

Entre os objetivos das Normas Operacionais Básicas SUS de acordo com BRASIL (2003, p. 105) estão:

Induzir e estimular mudanças no SUS; Aprofundar e reorientar a implementação do SUS; Definir novos objetos estratégicos, prioridade, diretrizes e movimentos tático- operacionais; Regular as relações entre seus gestores; Normatizar o SUS.

Estas normas de maneira geral designaram as responsabilidades dos governos: municipal, estadual e federal e promoveu maior autonomia a esfera municipal, já que os recursos são repassados pelo Ministério da Saúde diretamente para seus fundos, trata-se do financiamento descentralizado (BRASIL, 2003).

Além disso, as NOBs/NOAS redefinem as modalidades de gestão, sendo adotadas normas para o financiamento e designadas as responsabilidades dos administradores destes recursos (BRASIL, 2003).

Entretanto, devido diferenças encontradas entre os estados, já que nem todas as unidades federativas se encontram no mesmo nível de capacidade na gestão, cria-se o Pacto pela Saúde como estratégia para superar este “desacordo evolutivo”. Este pacto tem o objetivo de ultrapassar a multiplicidade das regiões do país, na busca de tornar viável a implantação do sistema (FADEL et al 2003, p. 3).

Este Pacto foi editado a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e de maneira geral, constitui-se como uma política que direciona as ações para a equidade social, afim de, sanar as lacunas deixadas pelas NOB e as NOAS, dando autonomia de gestão aos estados e municípios de acordo com as múltiplas realidades (BRASIL, 2003).

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ATUALIDADE

O SUS é considerado um dos grandes sistemas de saúde mundiais, devido sua cobertura populacional e atendimento aos mais variados tipos de risco a saúde. Outro dado que o eleva é sua política universal que prevê a igualdade dos direitos.

Até sua criação, a maioria da população ficava a mercê de atendimentos em hospitais filantrópicos, já que a assistência a saúde estava vinculada ao serviço previdenciário e tinha caráter contributivo. Com a instituição do SUS, a saúde torna-se um direito garantido por lei e torna-se papel do Estado fornecê-la a toda população.

O sucesso de alguns programas, como o de combate à AIDS, são exemplos concretos destes avanços (LIMA, 2007). Mas na prática este mesmo sistema que garante tratamento aos portadores de HIV, deixa crianças e adultos morrerem de dengue, ou, deixa pessoas esperarem meses por consultas para doenças menos complexas (JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 02/10/2008 *apud* REDE HUMANIZA SUS).

Para reforçar esta dicotomia, o SUS apresenta uma rede com programa de transplantes que se destaca mundialmente, ao mesmo tempo em que, pessoas têm dificuldades para fazer um exame considerado simples como uma ecografia (JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 02/10/2008 *apud* REDE HUMANIZA SUS).

Estes exemplos denunciam a contradição entre a realidade e o proposto e demonstra uma contradição dos princípios pautados na integralidade, equidade e universalização.

Tal contradição é apontada no relatório do XXIV Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, realizado em abril de 2008, em Belém do Pará, apresentado por Silva (2008). Este relatório faz a comparação do sistema brasileiro com os sistemas de saúde europeus.

Para isso foram escolhidos alguns índices, como o número de médicos por habitante, o número de exames realizados por habitante, entre outros. A seguir estão os dados considerados mais relevantes para a pesquisa.

Nos países europeus número de médicos por habitantes é maior que no Brasil, isso tem reflexo no número de consultas realizadas nas duas regiões. Em 2007, foram realizadas 2,39 consultas por habitante no SUS, considerando a população brasileira total (SILVA, 2008, p.9).

Esse número passa para 3,15 se tomar como base 75% do total de usuários do SUS, isso significa menos da metade de consultas dos países europeus que é de 7,4 consultas por habitante (SILVA, 2008, p.9).

A falta de médicos no SUS pode estar associada à alta rotatividade dos profissionais que atuam na Atenção Básica. Os médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) na maioria dos municípios são profissionais com contratos temporários e assalariados (SILVA, 2008, p.15).

O alto número de contratos temporários fragiliza o vínculo entre empregador e empregado, isso contribui para o pouco tempo de permanência nos serviços. Cerca de 60% dos médicos permanecem menos de dois anos no posto de trabalho (SILVA, 2008, p. 16).

A remuneração é feita a partir de uma base salarial, não há um tipo de remuneração estratégica, baseada em incentivo por melhoria de indicadores e reconhecimento pela qualidade do serviço prestado (SILVA, 2008, p.8).

O relatório do CONASEMS (2008) aponta outro entrave: o acesso da população aos exames. A porcentagem de mulheres que realizou exame preventivo de câncer de colo de útero, por exemplo, variou de 36,7% na Itália a 74,9% na França e 83,6% na Suécia, no ano de 2005 (SILVA, 2008, p.7).

O relatório utilizou dados do IBGE e Datasus, e verificou que no ano de 2007, 24,6% das mulheres de 20 a 69 anos de idade no Brasil, fizeram coletas de papanicolau no SUS. Considerando que 25% da população têm planos de saúde, a cobertura do sistema público passa para 32,8%, número menor que nos países europeus (SILVA, 2008, p 7).

Este relatório ainda destaca que, na prática observa-se um conflito entre o que se pretende no SUS e o que efetivamente acontece. “O modelo de atenção é

médico-centrado, em virtude da hegemonização desse modelo na cultura das organizações da saúde e da própria população” (CONASEMS, 2008, p.18).

Este problema já havia sido indicado por Bresser Pereira (1998), referente aos altos investimentos dedicados à medicina curativa, hospitalar e ambulatorial, que naquele período já absorvia cerca de 80% dos investimentos em saúde, reproduzindo o modelo médico – curativo – hospitalocêntrico.

Dez anos após esta publicação, os dados apontados pelo relatório do CONASEMS (2008) demonstram que o modelo de atendimento pouco avançou. O modelo de atenção à saúde ainda permanece no modelo centrado na medicina curativa, tendo os hospitais, como a base do sistema (SILVA, 2008).

Este modelo de gestão vai de encontro ao modelo almejado pelo SUS, menos médico-centrado. Nos princípios do SUS, a base do sistema são os programas de prevenção e educação em saúde, desenvolvidos pela Estratégia da Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde.

Além disso, os investimentos e a cobertura do sistema público nos países europeus ultrapassam a porcentagem brasileira em relação aos gastos totais (SILVA, 2008).

Nos países europeus os gastos públicos de saúde giram na ordem de 60% (mínimo) a 85% (máximo), sendo que quase 100% da população recebem estes atendimentos. No Brasil este gasto em 2007 girou em torno de 49% do total (SILVA, 2008; p. 10).

Os dados deste relatório são similares aos encontrados por uma pesquisa, feita pelo Banco Internacional para Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD, 2008), instituição do Banco Mundial. Destacou-se os mesmos problemas de gestão e mau uso dos recursos aplicados à saúde no Brasil.

De acordo com o BIRD (2008) as ações de saúde estão centradas nos hospitais, sendo a maior fonte de gastos do sistema. Entretanto, são poucas as informações sobre estes gastos e o seu desempenho registrado pelo ministério. Sabe-se que tratam-se de serviços caros e que nem sempre contribuem para a boa saúde da população.

Os dados indicam que 30% das internações são desnecessárias, o que causa desperdício de 10 bilhões de reais por ano. Em muitos casos, o cidadão é atendido na rede de alta complexidade quando, na verdade, precisaria apenas de um procedimento médico simples (BIRD, 2008).

Na prática as contradições entre as políticas públicas de saúde e a realidade do SUS se reafirmam. Há uma estrutura jurídica administrativa, mas com deficiência na efetivação. Contudo ao analisar os entraves, é necessário adotar uma postura crítica e levar em consideração o modelo econômico e a lógica dos interesses que se desenha o SUS.

Além disso, o sistema deve ser analisado sob uma gama de aspectos que interferem em seus avanços e impasses, por se tratar de uma política pública multifacetada, delineada sobre diversas realidades culturais e sociais.

Ao assumir estas várias faces e a gama de aspectos que produzem os avanços e geram os impasses, será apresentada no próximo capítulo a Teoria das Representações Sociais (TRS).

Esta teoria nos dá subsídios para compreender como são construídos os conhecimentos dos gestores acerca do sistema e de suas políticas públicas. Além disso, a TRS ajuda a compreender como esta construção de conhecimentos, pode conduzir a prática destes gestores e seu papel no processo de implementação das políticas de saúde.

2.4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Este subcapítulo apresenta a Teoria das Representações Sociais (TRS), utilizada como teoria que sustenta este estudo e visa compreender como os gestores do SUS entendem as políticas públicas em seu cotidiano.

A TRS é uma teoria psicossociológica que define o conjunto de conceitos, proposições e explicações dos indivíduos sobre determinado tipo de conhecimento, como construídos e compartilhados a partir de seus diálogos e vivências cotidianas (MOSCOVICI, 1981).

Conforme destaca Farr (1994), a TRS têm sua constituição como teoria, a partir de diferentes disciplinas e comunidades acadêmicas. Desde sua introdução há 40 anos a Teoria da Representação Social, têm sido utilizada pelas mais diversas áreas do conhecimento em suas pesquisas.

A TRS permite um olhar multifacetado sobre os fenômenos, conceitos, disciplinas e áreas de conhecimento, e pode ser considerada uma teoria transdisciplinar. Isso porque a TRS permite atuar nos níveis individuais e coletivos dos sujeitos. Assim, é uma teoria que interessa tanto as ciências humanas como as sociais (JODELET, 1989).

O campo da Administração tem cada vez mais se apropriado da TRS para estudar seus fenômenos. Este inclusive foi tema de destaque no ensaio sobre o livro “Representações sociais na área da gestão em saúde: teoria e prática”, organizado pela autora Neusa R. Cavedon (2005), publicado na Revista de Administração Contemporânea (julho- setembro, 2007), em que o autor destaca:

O estudo das representações sociais tem ganhado ênfase por parte de pesquisadores brasileiros que buscam arcabouço teórico sólido e consistente para a investigação qualitativa de fenômenos organizacionais de forma contextualizada, descritiva e reveladora de significados subjetivos, significados estes que, muitas vezes não podem ser captados e/ou explicados pelas abordagens científicas tradicionais (PIMENTEL, 2007, p. 1)

Outro dado que aponta para esta realidade são as diversas pesquisas em periódicos de administração encontradas com este tema, como o estudo de Figueredo (2008), que trata das RS dos grupos de um Centro Comercial como fundamentais na institucionalização das práticas sociais.

Outro estudo na área da administração foi realizado por Macedo e Boava (2007) e analisa a visão de mestrandos sobre jogos de negócios, a partir da TRS. Assim como Santos (2005), utilizou-se desta mesma teoria para verificar a visão de um grupo de trabalhadores sobre responsabilidade corporativa.

Por este motivo a TRS pode ser considerada uma teoria transdisciplinar. Seu aporte teórico é composto por uma multiplicidade de conceitos e pensamentos como conceitos das ciências sociais, da psicologia cognitiva e da psicologia social (JODELET, 1989). Cada uma destas áreas traz sua contribuição na constituição de seu aporte, seja nos níveis individuais, seja coletivos.

A TRS foi construída por Serge Moscovici (1976) e teve seu marco inicial com a publicação da obra intitulada *La psychanalyse, son image et son public*.

Os estudos de Moscovici partem do pensamento de Durkheim, sobre Representações Coletivas. Durkheim ao elaborar teorias sobre assuntos referentes a religião e conhecimento místico destacou que os fenômenos sociais não estão restritos aos comportamentos individuais, trata-se de produtos construídos socialmente. (SÁ, 1993).

Moscovici baseado neste conceito de Representações Coletivas, passa a considerar o “nascer” das representações coletivas, e assume que os indivíduos da sociedade são portadores e usuários destas representações coletivas (Sá, 1993).

Entretanto, as representações coletivas de Durkheim incluíam qualquer crença, idéia ou emoção compartilhada socialmente. Na perspectiva de Moscovici, as representações restringem-se as formas de conhecimento da vida cotidiana, responsável em possibilitar diálogos e nortear comportamentos dos sujeitos (SÁ, 1993).

Além disso, Durkheim tinha uma concepção estática das representações. Para Moscovici, devido a heterogeneidade e as rápidas transformações na sociedade, as representações são dinâmicas. Daí se constitui as diferenças entre as duas teorias: em Durkheim, representações de caráter estático, em Moscovici são consideradas dinâmicas (SÁ, 1993).

Em resumo, as representações coletivas, tratam das idéias em geral, enquanto que as representações sociais podem ser consideradas como fenômeno que se constitui a partir das relações sociais.

A partir disso, Moscovici questiona a dicotomia indivíduo-sociedade observada na Psicologia Social americana e busca uma renovação a partir do diálogo entre os saberes da psicologia e das ciências sociais. Sua inspiração parte da crítica aos pensamentos positivistas e funcionalistas das demais teorias e, a partir disso insere a dimensão histórico - crítica na TRS (ALEXANDRE, 2004).

É comum que na constituição de uma teoria ocorra uma série de debates divergentes e convergentes. Na TRS, estes debates giram em torno da expectativa da TRS resgatar as dimensões sociais da psicologia, mas alguns criticam sua pouca estruturação para inserir esta dimensão em suas análises.

Para Spink (1993) estas críticas ocorrem devido a dificuldade de alguns pesquisadores em formular conceitos em torno da teoria e sobre a carência do rigor metodológico. Entretanto Moscovici desde 1978 chama a atenção para a importância do rigor metodológico nas pesquisas que envolvem a TRS, tendo em vista o objetivo de tornar a teoria cada vez mais refinada conceitualmente.

A teoria assume que as RS são constituídas a partir das relações interpessoais, permeadas por assuntos diversos que geram curiosidade e aproximam os sujeitos em torno de conceituações e explicações. Segundo Moscovici (1976, p. 48),

...esses conjuntos de conceitos afirmações e explicações são tratadas como Representações sociais, que devem ser consideradas verdadeiras teorias de senso comum, ciências coletivas, pelas quais se procede à interpretação e mesmo à construção das realidades sociais.

Moscovici (1976) trata a TRS dentro de uma perspectiva psicossociológica, que leva a sociedade a um *status* de sociedade pensante. Os sujeitos são tidos como responsáveis na construção da realidade de maneira ativa.

Mediante aos acontecimentos os indivíduos “produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam em si mesmas” (MOSCOVICI, 1976, p 16).

Vale ressaltar que esta descrição não se aplica a todas as formas de conhecimento que são produzidas em uma sociedade. Segundo Moscovici (1981, 1984) nas sociedades contemporâneas coexistem duas classes distintas de universo de pensamentos: os universos reificados e os universos consensuais que atuam concomitantemente para “dar forma” a realidade.

Aos universos reificados estão ligados o “conhecimento científico, com seu rigor metodológico, sua objetividade e a especialização das disciplinas”. Os

universos consensuais correspondem “às atividades intelectuais da interação social cotidiana, em que são produzidas as Representações Sociais” (SÁ, 1993, p.36).

No universo consensual, cada indivíduo, “é livre para se comportar como um ‘amador’ e um ‘observador curioso’, que demonstra suas opiniões, apresentam suas teorias e tem uma resposta para todos os problemas” (MOSCOVICI, 1981, p. 186).

Portanto, um novo saber é composto diante conhecimentos reificados da ciência e tecnologia. Este saber que emerge leva a uma exposição a um “novo” que introduz a não familiaridade, ou a estranheza na sociedade. O processo da não familiaridade para o familiar permite a construção de uma realidade social, quando este “novo” é incorporado aos universos consensuais (SÁ, 1993, p. 37).

Este processo de aproximação, ou seja, familiarização constitui uma realidade socialmente construída, que envolve basicamente dois elementos: Ancoragem e Objetivação. Estes dois elementos são responsáveis em elaborar as representações sociais.

2.5 ELEMENTOS QUE CONSTITUEM AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A TRS assume que partir dos processos de ancoragem e objetivação os indivíduos são capazes de interpretar e atribuir significados a determinado objeto social. Neste estudo o objeto a ser interpretado são as políticas públicas de saúde.

É preciso entender que no processo de familiarização, o “novo” passa a penetrar os diversos saberes já constituídos. Nesta via de acomodação o “novo” vai sendo compreendido, transformado, influenciado pela pressão do grupo e finalmente integrado na constituição cognitiva do indivíduo. Com isso, este “novo” se transforma em um saber que entra na camada social (MOSCOVICI, 1978, JODELET, 1984).

Esta integração pode ser definida como ancoragem. Por meio disso os sujeitos buscam entender, interpretar, classificar e nomear fenômenos, objetos, pessoas, acontecimentos, etc (XAVIER, 2002).

A ancoragem integra a elaboração dos indivíduos sobre objetos a serem interpretados e faz parte da aproximação entre eles. À medida que compreendem e se posicionam, compartilham os mesmos valores e estabelecem relações sociais (MOSCOVICI, 1984).

Isso compõe a identificação de pertencimento a um grupo social. Cada sujeito define suas ações, posicionamentos e estabelece suas relações a partir de uma representação dominante que compartilham entre si. Este fenômeno pode ser entendido de acordo com o grau de ancoragem, ou seja, como um grupo legítima e compartilha determinado conhecimento (MOSCOVICI, 1984).

A ancoragem permite que cada grupo tenha diferentes posicionamentos em torno de um mesmo fenômeno. Em cada grupo, os elementos são “peneirados” e partilhados. Para Xavier (2002), é na ancoragem que a representação assume sua dimensão social, em que os fenômenos são percebidos conforme uma representação dominante.

Outro elemento que constitui as RS é o processo de objetivação. Este tem a função de tornar um conceito tangível, assim, materializá-lo em palavra. É a maneira que os indivíduos externalizam os conteúdos internalizados, dando ao fenômeno um caráter de realidade. A objetivação permite a comunicação, pois cada grupo dá sentido próprio aos conceitos elaborados (MOSCOVICI, 1978; JODELET, 1984).

Mesmo a TRS sendo constituída por estes dois elementos: ancoragem e objetivação, pesquisadores desenvolveram três abordagens para estudar estes elementos: a abordagem estrutural, a processual e a societal. Não se trata de

antagonismos e sim diferentes análises definidas pelas características dos objetos e fenômenos.

A abordagem estrutural trata dos aspectos cognitivos e as condições em que as RS são construídas individualmente o núcleo central e os aspectos periféricos que dialogam entre o mundo concreto e o núcleo central (ABRIC, 1994). O grupo de estudiosos que inaugurou esta perspectiva, denominada de núcleo central foram Claude Flament e Jean Claude Abric entre outros.

A abordagem processual trata sobre como as RS são produzidas cognitivamente e como circulam entre os indivíduos. Este enfoque leva em consideração aspectos epistemológicos que constituem as RS e como estas representações são disseminadas (BANCHS, 2000).

Nesta abordagem entende-se que as RS são geradas a partir das necessidades e desejos dos diversos grupos. Esta abordagem tem Denise Jodelet como autora de referência (BANCHS, 2000).

A terceira linha de abordagem das representações, a societal, dá um enfoque ao processo de ancoragem, marcado pelas condições sociais. Entende-se que estas condições são o princípio organizador das RS. Assim, os estudos que se utilizam desta abordagem procuram entender como os diversos grupos sociais constroem diferentes conceitos sobre um mesmo objeto (BANCHS, 2000).

Nesta abordagem, entende-se que características compartilhadas socialmente em determinado subgrupo existem devido a identificação daqueles sujeitos por determinado conhecimento e/ou objeto (WAGNER, 1998; BANCHS, 2000).

Esta aproximação é responsável pela formação do grupo de pertença, ou seja, os indivíduos se aproximam de acordo com a relevância dos diferentes aspectos de um mesmo objeto (WAGNER, 1998; BANCHS, 2000).

De acordo com a identificação dos indivíduos, alguns grupos são “escolhidos” como pontos de ancoragem para suas opiniões e crenças mais do que outros grupos (DOISE, 2002).

Como exemplos, temos o estudo de Moscovici que inaugurou a teoria e os estudos de Willem Doise (2002), que buscou entender os limites da universalidade dos direitos humanos e as representações sociais em relação a diversidade cultural em contextos sociais específicos.

Os pressupostos da abordagem societal foram utilizados neste estudo, com o objetivo de identificar as RS do grupo de gestores da ABS sobre políticas públicas de saúde. Assim, espera-se que seja possível identificar os princípios organizadores, ou, os elementos de ancoragem destas representações sociais.

Esta abordagem possibilita a identificação de diferentes pontos de ancoragem entre os indivíduos de um grupo e verificar como são formados possíveis subgrupos.

3. METODOLOGIA

O presente estudo insere-se nos pressupostos do método qualitativo de pesquisa. Por meio deste método é possível entender os múltiplos significados dos fenômenos sociais.

Neste tipo de estudo pressupõe-se que os sujeitos constroem múltiplas realidades, assim, a investigação busca compreender de que maneira os indivíduos interagem com os fenômenos (CRESWELL, 2007).

A pesquisa qualitativa assume que os fenômenos são constituídos por meio da interação entre a realidade e o indivíduo. Mas, no processo de investigação qualitativa a realidade também se constrói a partir do caminho metodológico adotado pelo autor (CRESWELL, 2007).

Assim, por meio de uma abordagem qualitativa este estudo baseia-se nos aspectos teóricos e metodológicos propostos pela TRS como forma de compreender a maneira que os gestores entendem as políticas públicas e como isso se constrói, a partir da identificação dos pontos de ancoragem.

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em três secretarias municipais de saúde e na secretaria estadual de saúde no estado do Espírito Santo (ES). A escolha destes municípios deu-se a fim de analisar possíveis impactos entre o tamanho do município e as RS. Portanto, foram eleitos com base no PIB 2007, o município de pequeno porte com PIB per capita 12.88 reais. O município de médio porte com o

PIB per capita 32.317 reais, E o município de grande porte com o PIB per capita 60.592 reais. (IBGE, 2010).

O cenário desta pesquisa foi a Atenção Básica à Saúde (ABS), definida como primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). A ABS tem o objetivo de atuar em níveis individuais e coletivos na prevenção, promoção e proteção à saúde. É organizada por equipes multiprofissionais que são responsáveis pela demanda do seu território, a partir de uma atenção longitudinal às famílias e comunidades (BRASIL, 2006).

Portanto, pode ser considerado o núcleo das ações do SUS, operacionalizada por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a fim de minimizar os agravos à saúde e a superlotação dos hospitais e centros especializados, devido ao seu caráter universal e abrangente.

3.2 AMOSTRA DE ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram os gestores da Atenção Básica à Saúde lotados na Secretaria Estadual de Saúde, e em Secretarias Municipais de Saúde (SEMUS), além de gestores de três Unidades Básicas de Saúde de cada um dos municípios, indicadas pelos gestores de nível central de acordo com a facilidade de acesso.

Apesar da SESA não ter um gestor específico de ABS, há no núcleo de normalização, um gestor responsável pela articulação das políticas da ABS entre o ministério da saúde e os municípios. Este gestor exerce o papel de cooperar e supervisionar o trabalho da ABS.

A escolha dos gestores municipais das secretarias de saúde visou verificar como as políticas de saúde se efetivam em níveis municipais. Finalmente, a escolha pelos gestores das UBS, teve o objetivo de verificar como as políticas estão sendo percebidas e articuladas no cotidiano daqueles que lidam diretamente com a população.

Cada uma destas secretarias conta com um gestor denominado coordenador de Atenção Primária e as UBS contam com um coordenador cada.

Portanto o número de gestores entrevistados foi de um gestor da SESA, três gestores das Secretarias Municipais e nove gestores de UBS, totalizando treze sujeitos de pesquisa.

3.3 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi empregada a técnica de entrevista semi – estruturada. Esta técnica permite o diálogo, no qual o pesquisador, ao induzir questões, irá acessar o conteúdo das representações. Por se tratar de um estudo sobre RS, os conteúdos referentes às falas dos indivíduos, possivelmente indicarão posições, sentimentos, cognições e predisposições à adoção de condutas diante daquilo que é falado. Desta forma, cada fala neste tipo de pesquisa comunica a compreensão daquele sujeito, sobre aquilo que ele representa (FILHO, 1993).

Além disso, a entrevista é um método de coleta de dados que permite ao entrevistador colher informações no discurso livre do sujeito pesquisado. Nesta etapa é importante atenção para manter o discurso original do entrevistado, com cautela para não influenciar suas respostas. Um ambiente descontraído ajuda na livre expressão, evitando receios e constrangimentos (CHIZZOTI, 1994).

Vale destacar que na entrevista semi-estruturada o pesquisador alcança os conteúdos das falas à medida que, “as perguntas são normalmente especificadas, mas o entrevistador está mais livre para ir além das respostas, podendo, usar esclarecimentos, quanto à elaboração das respostas dadas” (MAY, 2004, p.148).

O roteiro de entrevista deste estudo está organizado em três partes:

1. Caracterização dos Participantes, com a finalidade de levantar o perfil dos gestores (escolaridade/ formação, idade, vínculo, experiência profissional) e verificar a formação de possíveis subgrupos, a partir do conceito de grupo de pertença.
2. Levantamento das Representações Sociais sobre as Políticas Públicas do SUS, neste ponto a finalidade foi verificar os elementos presentes nas RS sobre políticas do SUS dos gestores.
3. Levantamento dos Comportamentos Relacionados às Políticas, o objetivo neste tema foi identificar as experiências vividas no cotidiano da ABS .

Foi adotado um roteiro baseado em perguntas, conforme o Apêndice A.O roteiro facilita na entrevista de vários sujeitos, já que evita diferentes questionamentos (MANZINI, 1991).

Vale ressaltar que, a finalidade de elaborar um roteiro, não significa uma etapa estática, restrita a este roteiro. Ao questionar sobre questões emergentes durante a entrevista pode enriquecer o conteúdo da pesquisa (MANZINI, 1991).

As entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho e gravadas a partir da autorização prévia dos entrevistados. Posteriormente, foram transcritas e lidas para que se procedesse à análise dos dados.

4. ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados consiste na organização dos dados, a fim de se obter respostas ao problema de investigação (GIL, 1999).

No presente estudo, embasado na Teoria da Representação Social, a Análise de Conteúdo foi eleita como técnica de análise dos dados, feita por meio da análise temática, tendo em vista sua capacidade os diálogos entre os indivíduos e descrever seu conteúdo (BARDIN, 2002)

Mediante o material coletado, os trechos das falas dos gestores foram transcritos e organizados de acordo com a aproximação das falas. Primeiro foram descritas as categorias presentes, a partir do conjunto de dados coletados das falas, entre todos os entrevistados.

Posteriormente foram identificados grupos específicos de acordo com a formação profissional, o que resultou em três grupos: Profissionais de Enfermagem, Profissionais da área da saúde e Outras categorias profissionais.

A partir desses dados, o material coletado foi apresentado por categorias, de acordo com as RS dos grupos e finalmente foi feita a discussão sobre os pontos comuns e as diferenciações grupais dos processos de ancoragem.

A análise de conteúdo por grupos justifica-se por meio da abordagem societal das representações sociais, proposta por Willem Doise. Esta abordagem busca compreender a Representação Social de um grupo e como ela ocorre por meio da ancoragem, a fim de elucidar as diferentes maneiras deste processo - conforme o grupo de pertencimento - permitindo as pessoas diferentes posições (MARTINS, et al, 2003).

Vale ressaltar, conforme nos indica Abric, 2001, que representações diferentes podem indicar fatores de ordem cultural, que permite explicar comportamentos diferentes. Portanto, as práticas adotadas pelos gestores de um mesmo grupo assemelham-se, à medida que, algumas práticas dos gestores de grupos diferentes distanciam-se, tendo em vista o componente cultural indicado pelo autor.

Contudo, a forma de pensamento está relacionada à variedade de atividades e participações sociais, culturais, políticas, momento histórico, etc, tidos como processos passíveis de mudanças (WINDISCHI, 2001). Assim, a interpretação dos dados apresentados deve ser considerada como produto deste dado momento, influenciados pelo contexto do pesquisador e do grupo de pertença destes indivíduos.

Desta forma, os dados apresentados nesta pesquisa, foram analisados a partir dos grupos de pertença, mas que devem ser considerados como passíveis de mudanças, tendo em vista o *continuum* no qual estes sujeitos estão inseridos. Por este motivo, podem ocorrer opiniões divergentes em um mesmo grupo tendo em vista os vários grupos de pertença do indivíduo.

As representações sociais devem ser tratadas como produções histórico - sociais, de caráter micro, na qual relaciona-se aos grupos de pertença, e outra de caráter macro que trata o pertencimento a um país, uma cultura com uma história e uma memória social (BANCHS, 2000).

5. RESULTADOS

As representações sociais elaboradas pelos gestores da ABS/SUS são apresentadas neste estudo com base em material coletado por entrevistas e ponderado pela análise temática de conteúdo.

A partir dos procedimentos de análise explanados, a apresentação dos dados foi organizada de acordo com as representações sociais dos sujeitos de pesquisa sobre as políticas públicas. Nesta primeira parte, são apresentadas as RS compartilhadas entre os sujeitos da amostra, visando a explicitação do campo comum.

Em seguida, são apresentadas as RS compartilhadas por alguns indivíduos. Estas RS compartilhadas levaram a constituição de três grupos com diferentes posições.

Na apresentação dos resultados os entrevistados foram identificados utilizando a inicial da categoria, o nível que pertencem e numerados de 1 a 13. Da seguinte maneira: Profissionais de Enfermagem – E, Profissionais da área da saúde - S e Outras categorias profissionais – O. Os profissionais que trabalham nas unidades básicas estão identificados com U e os que atuam no nível central estão identificados com C e finalmente o número.

Por último, apresentou-se a ancoragem das Representações Sociais. Procurou-se demonstrar que a opção por determinada posição ocorre conforme o grupo de pertença em que o indivíduo se identifica, a partir de um sistema de representações sobre políticas públicas.

5.1 O CAMPO COMUM DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A seguir serão apresentadas as representações sociais comum a todos os gestores da ABS/SUS.

Categoria 1: Desafio e Responsabilidade de trabalhar no serviço público

As falas dos gestores referem-se ao trabalho no serviço público como um desafio. Os entrevistados indicam perspectivas de melhoria e consideram que o SUS está em um processo de estruturação, sendo a vivência cotidiana no SUS um desafio, por se constituir como um sistema multifacetado.

É um desafio porque claro é como tudo novo! Eu já tinha tido algum contato, mas não enquanto gestor. Enquanto gestor você tem que ter um acúmulo, porque encontra dificuldades. Você tem que saber um pouco de tudo, tem que ter domínio do território que você irá trabalhar, tem que conhecer minimamente a ideologia, a região, tentando sempre entender qual a proposta do gestor, e para isso você tem que fazer uma organização interna, tem que lidar com esse objetivo (SU9).

Pra mim é militância e desafio porque sempre tem algo para melhorar, a questão do tempo é diferente. Eu também já trabalhei em unidades privadas onde tudo acontece de uma forma mais rápida. Mas acho que no serviço público tem uma permanência, a partir do momento que você trata uma ação e ela se efetiva, permanece, pelo menos aqui, ela não tem muita mudança nesse sentido, de trocar a diretriz. Então eu acho que ela fica mais consolidada, de certa forma você tem uma permanência dessas ações com o decorrer do tempo (EC5).

Eles reconhecem que todos os profissionais são responsáveis pela efetivação das políticas e pela qualidade do serviço prestado a população. Destacam uma responsabilidade maior para o gestor neste sentido, pois se consideram como exemplo para os outros profissionais.

Olha o meu grau de responsabilidade eu acho que ele é até um pouco maior porque quando eles cobram, eles têm que cobrar de uma pessoa. Então eu acho que é o maior, se tem um problema com os dentistas eles não vão cobrar dos dentistas eles vão cobrar primeiro da coordenadora a mesma coisa com o médico, e assim sucessivamente. (OU13).

Categoria 2: Importância em participar de cursos e treinamentos

As entrevistas demonstram que os gestores consideram a disponibilização de cursos e treinamentos como uma ação importante para uma atuação profissional de qualidade e que produza avanços no sistema.

Além disso, estes gestores relacionam a formação continuada como uma ação que dá subsídios ao planejamento das ações e na resolução de problemas no cotidiano dos serviços.

Eu entendo assim treinamento, seria uma forma de trabalho para trazer atualizações. Um meio de todos trabalharem com a mesma linha de pensamento, como meio de igualitar como todos vão trabalhar. É que às vezes um trabalha muito uma determinada coisa e outras unidades trabalham outras muito bem. Então quando tem treinamento, meio que unifica com uma linha de trabalho para todos, os treinamentos eles são feitos pelos setores da rede, então a gente cria um vínculo maior com eles. E algumas novidades, alguns direcionamentos, como orientar um paciente que eu não sei, eu vou mandar ele lá em baixo, lá em baixo que eu falo é lá no centro, então quando tem esses treinamentos eles passam para nós como eles estão funcionando então a gente consegue tomar as decisões das unidades mais facilmente, com um direcionamento maior, com resolução maior (EC).

Tem que ser permanente, e tem que estar com base na lógica organizacional, não adianta ultrapassar, se eu estou fazendo uma coisa coletiva, buscando mais a integridade dos processos de trabalho e do usuário. [o treinamento deve ser] Aquele que a unidade necessita ser discutido, porque pra ir lá falar de uma coisa que não se tem nenhum caso temos não teria lógica (EC)

As categorias revelam que os gestores reconhecem os desafios do serviço público por isso a importância de participarem de cursos treinamentos. À medida que participam destas formações, sentem-se mais ativos no planejamento e na construção do sistema.

O modelo de saúde histórico no Brasil, hospitalocêntrico, é visto como um dos entraves para os avanços do sistema e o movimento de mudança começa, por meio da educação em saúde. Esta ação é considerada como uma maneira do profissional se apropriar da sua responsabilidade.

5.2 DIFERENÇAS ENTRE GRUPOS

A seguir são apresentadas as diferentes RS que resultaram na formação de subgrupos, identificados como grupos de pertença.

5.2.1 Profissionais de Enfermagem

Categoria 1: Críticas aos profissionais que atuam baseados no modelo assistencialista

As falas dos gestores incluídos nesta categoria estão organizadas em torno de críticas sobre a visão assistencialista/hospitalocêntrica de saúde da sociedade de modo geral.

Eles observam um movimento de mudança entre alguns profissionais, mas a predominância deste modelo, na visão da comunidade. Os gestores apontam a dificuldade que a população tem de entender o modelo da ABS, que tem o foco no auto - cuidado e na educação em saúde.

Hoje, se tem o atendimento centrado no médico, sendo mais da população, porque ele (médico) vê que não consegue dar conta sozinho, então ele mesmo incorpora e verifica que precisa de ajuda. Quando ele não está tendo ajuda ele é o primeiro a falar então ele se manifesta, diferente da população que ainda tem uma dificuldade do auto-cuidado, que às vezes eles acham, que é o SUS que tem que dar conta de tudo (EC5).

Além disso, à medida que o profissional tem dificuldade em “incorporar” o modelo da ABS, ele gera entraves no serviço, o que dificulta a implementação de algumas políticas.

Aqui na nossa unidade a gente tem uma rotatividade muito grande do profissional médico, eu evito o máximo a gente estar trocando de funcionário, mas isso vai depender do profissional, se ele incorporou a atenção básica ou atenção primária. O nosso profissional hoje ele tem que ter uma estratégia da família totalmente incorporada dentro dele. (EU1).

Categoria 2: Valorização e Satisfação profissional de enfermagem na ABS

Os enfermeiros relatam a satisfação profissional gerada pelo reconhecimento profissional. Isso pode estar ligado ao fato destes profissionais historicamente estarem à sombra do profissional médico, o que tem mudado a partir da Política Nacional da Estratégia de Saúde da Família (COSTA et al, 2004).

Esta mudança de cenário pode ser vista na ABS, onde este profissional assume a responsabilidade em coordenar e conduzir os trabalhos técnicos dos programas de prevenção, bem como executar as atividades burocráticas (COSTA et al, 2004).

O profissional de enfermagem passa a ser uma referência da ABS e tem a função de “mediar a assistência por meio de uma ascendência técnica sobre elementar, mas sem linhas de mando sobre eles”, conforme destaca (Costa et.al, 2004, p.273), referindo-se as atribuições deste profissional.

Estas mudanças foram identificadas pelos entrevistados como elemento de avanço do SUS.

É o trabalho e a conquista dos profissionais também. Até pela minha classe, pelos enfermeiros, aqui no município foi grande. [Por exemplo] a coleta de preventivo não era feito [agora é], então vai ganhando espaço, vai ganhando respeito, isso também é importante. (EC3).

Olha primeiro é o reconhecimento que a gente tem enquanto profissional, eu acho quando você é reconhecido profissionalmente tem um valor né, então isso me satisfaz muito, então a gente ver como a gente é valorizada até outros profissionais elogiam muito e tudo (EU1).

Categoria 3: Relações de Poder

Para este grupo as relações de poder influenciam nas relações entre a equipe da ABS, à medida que amplia a atuação interdisciplinar.

Ou seja, quando ocorre a inserção de outros profissionais de saúde como o assistente social, o psicólogo, entre outros, que trazem em sua formação a importância de realizarem um atendimento mais humanizado, diferente do modelo tradicional.

Esta diferenciação do atendimento de uma categoria profissional para outra, pode levar a disputa de poderes.

E então na atenção primária ,como modelo de atenção mais tradicional, essa relação de poder e afeto não ta tão mexida, mas na estratégia de saúde da família ela se encontra muito mexida. Eu acho que se deve a autonomia de todos os profissionais, outros profissionais da saúde , que não o médico. Não acho que [o médico] queira se sobrepor , foi dado a oportunidade do assistente social, do psicólogo, do enfermeiro, de construir uma relação com o usuário diferente do modelo tradicional. Essa relação de proximidade de outra figura que por vez é reconhecida pelo usuário como alguém importante, às vezes até mais do que o médico, gera conflito. Gera conflito entre as pessoas, entre os profissionais de saúde (EU4).

Entretanto, o poder médico ainda sobressai sobre a equipe, especialmente pela falta deste profissional em algumas regiões. Assim, a equipe acata algumas sobreposições deste profissional, como por exemplo, não participar de ações propostas, reuniões, para mantê-lo na equipe e manter os serviços funcionando.

...até porque também, a gente tem uma deficiência grande do profissional médico. Então, infelizmente, é preciso você ficar com um médico que só faz ambulatório, do que ficar sem nem um. (EU1).

Além disso, a proposta da gestão ampliada, em que as decisões são pactuadas entre a equipe, a partir da participação e do controle social na gestão, conforme preconiza a política da ABS, também foram consideradas práticas que dividem interesses e contribuem para a emergência das relações de poder.

A gestão não sou eu quem faço sozinha é de uma equipe, onde isso também, divide interesses, poder,isso também incomoda. Quando se tem um só chefe, eu terei conflito só com ele, e quando se tem colegas que não concordam comigo o conflito pode ser maior (EU4).

Categoria 4: Rotatividade de profissionais no SUS

Destaca-se nas falas deste grupo a relação do vínculo profissional com a qualidade do serviço. Quando os profissionais são contratados temporariamente os índices de rotatividade são altos e isso dificulta que as ações sejam realizadas de forma contínua.

A eficiência poderia ser melhor né. Eu acho assim, com um dos entraves, às vezes o que acontece é essa rotatividade de profissional. Quando você começa a desenvolver um trabalho que as equipes estão capacitadas que começam a compreender, a comunidade conhecer, aí há uma mudança de profissionais, como aconteceu no começo do ano. Então perde o profissional, por mais que é a mesma unidade, é a mesma população, mas o profissional mudou a visão. É diferente, a rotina é diferente, são trabalhos diferentes, são conceitos diferentes e aí acaba que você perde o fio da meada, tem que começar tudo de novo, como estamos começando agora (EC7).

As relações políticas partidárias são apontadas como um dos fatores para que estes índices de rotatividade permaneçam altos. Alguns administradores não se preocupam em dar continuidade a um trabalho de qualidade, desenvolvido na gestão anterior. Quando assumem a gestão, alguns priorizam formar uma nova equipe, tendo em vista, questões políticas e não a qualidade do serviço prestado.

Além disso, muito destes profissionais por ocuparem cargos de indicação política, não possuem a qualificação adequada para exercício de suas funções.

A maioria dos municípios é uma rotatividade muito grande, rotatividade, você querendo ou não, você troca de gestor, aí vem o gestor ,né, o prefeito troca, troca todo mundo, roda todo mundo. (EU6).

As categorias emergentes apresentadas são os elementos que formam as RS sobre políticas públicas compartilhados pelos profissionais de enfermagem.

5.2.2 Profissionais da Área da Saúde

Este subgrupo foi composto por profissionais com curso superior completo nas seguintes áreas: um odontólogo e dois assistentes sociais. Neste grupo um profissional possui com cargo comissionado e os outros dois são efetivos. Os três entrevistados deste grupo fazem parte do mesmo cenário de pesquisa.

Categoria 1: Organização da administração pública municipal

Os entrevistados destacam a importância que o modelo de administração e a visão dos administradores, como o secretário de saúde, colaboram na disseminação do conhecimento das políticas públicas e ajudam no processo de clareza nas atribuições, tendo a ABS com ação de saúde prioritária.

Vou estar falando sempre voltado para essa secretaria, para essa gestão, não vou dizer pelas outras, nem pelas que virão. Dentro da secretaria é prioridade a atenção básica por que o secretário, ele também tem essa visão com relação à atenção básica (SU9).

Neste cenário de pesquisa, os sujeitos exceto um, são concursados, fizeram parte dos cursos para gestores e estão no mínimo há cinco anos no cargo. Estas ações fazem parte de um planejamento da administração, que tem como objetivo estruturar a rede.

Para tanto, o município utiliza uma ferramenta de gestão na área de saúde, chamada Donabedian, que tem a proposta de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, por meio da avaliação qualitativa dos serviços, levando em consideração os seguintes componentes: estrutura, processo e resultado.

Desta maneira o município em que estes atores estão inseridos investiu os primeiros anos de gestão em estrutura, com recursos materiais, estrutura de

unidades de serviços, construção, reforma, compra de materiais e efetivação dos Recursos Humanos.

Atualmente estão na fase do processo de ações, de trabalho, de qualificação profissional. Os gestores passaram por uma especialização em gestão do SUS e hoje estruturam espaços para a disseminação do conhecimento, os colegiados.

Os profissionais demonstram clareza quanto às políticas de saúde, reconhecem e valorizam o investimento da secretaria em disponibilizar esta especialização.

Hoje a prefeitura trabalha muito com a questão da capacitação então hoje esta sendo muito comum os profissionais estarem saindo para capacitações, este ano mesmo foram vários profissionais capacitados, hoje mesmo temos dois profissionais em avaliação primaria, eu recentemente fui capacitada em gestão de serviço de saúde. Logicamente temos a questão da leitura, recebemos muitos documentos, livros, mas hoje existe também um enfoque muito grande em cima das capacitações.(SU8).

Categoria 2: Políticas elencadas como prioritárias e territorialidade

Esta categoria aponta para a importância das políticas serem priorizadas de acordo com a realidade de cada território, ou seja, o princípio da territorialidade.

Cada gestor destacou aquelas políticas prioritárias em sua região e deixaram claro a importância de se fazer um levantamento das necessidades regionais, para posteriormente definir as políticas a serem implantadas.

Acho que todas são muito importantes porque quando é feito o pacto de gestão ele é feito em cima das necessidades da população. Mas em questão de programa todos tem a sua importância, como quando se fala do programa de tabagismo, de saúde mental, da gestante, na mortalidade em que fala da mortalidade infantil então tudo isso é muito importante. Todos os programas são importantes não tem um que seja menos que o outro (SU9).

A atenção primaria ela deve ser organizada para atender uma população que é diferente, onde ela não pode ser tratada de uma forma igual. Então pra você definir a sua política, no ato municipal a primeira coisa seria conhecer muito bem a área em que você trabalha as pessoas, do que elas adoecem, do que elas morrem, qual o grau de risco que cada pessoa do território está exposto (SC10).

Por esta clareza sobre as necessidades territoriais, acreditam na possibilidade da prática e da política caminharem juntas. Reconhecem nas pactuações feitas entre os gestores como fundamentais para que políticas se concretizem.

Este cenário é composto por colegiados gestores, que são reuniões entre gestores e nível central (colegiado gestor), gestores e comunidade (conselho local) e gestores com o secretário de saúde (colegiado ampliado).

Nestes colegiados são definidas metas e propostos caminhos para atingir os objetivos. Isso pode estar relacionado a esta visão destes gestores, pois como há estas pactuações, eles tem uma responsabilidade maior em implementar as ações definidas como prioritárias.

Com certeza. Nós aqui trabalhamos em cima das políticas estabelecidas, em cima dos eixos prioritários. Então a prática de todos nós está muito voltada mesmo pra política hoje de assistência (SU8).

Categoria 3: Espaços de Planejamento das ações em saúde

Os gestores reconhecem a importância do espaço de planejamento. Seja por meio do colegiado, ou por meio das oficinas de Atenção Primária que está sendo oferecida pela SESA aos profissionais dos municípios.

Estes são considerados espaços importantes, em que são feitos planejamentos e criadas estratégias para implementação de políticas. Estas oficinas servem como uma capacitação sobre os princípios da atenção primária, dadas aos profissionais da saúde em todos os municípios do estado. O entrevistado a seguir explica como o plano diretor ajuda no planejamento e na avaliação daquilo que foi implantado.

Porque ela [o planejamento] passa pelo plano diretor como passa por toda a organização da atenção primária, daí você faz a discussão do planejamento, diagnóstico, programação, tanto física, quanto financeira de investimento, onde em cima disso faz a definição do plano com a atenção primária e por último, como que você vai acompanhar e avaliar se isso está funcionando ou não. (SC10).

Estes espaços, como o plano diretor e os colegiados de gestão têm papel importante na disseminação do conhecimento e constituem - se como espaços importantes para que os gestores acompanhem as mudanças nas diretrizes e políticas.

Nós temos uma vez por mês um espaço coletivo onde todos os diretores se reúnem com o secretário e gerência. Esse é um dos espaços que a gente tem onde todas as políticas são passadas, é feita uma pauta e trabalhado com esses diretores e gerentes. Também se tem as extraordinárias que também é feita uma pauta onde é falado o protocolo, de onde irá falar sobre os trabalhos opcionais da rede aonde os gestores também irão para poder tomar conhecimento do que se trata (SU9).

A aproximação dos gestores nestes espaços facilita que o trabalho seja executado em rede.

Categoria 4: Resolutividade na ABS

Os gestores consideram a ABS resolutiva. Destacam o importante papel do secretário de saúde neste processo de eficiência, percebem que a ABS é considerada como ação prioritária no município.

Eu acho excelente. Esse é um município em que temos públicos às vezes de outros municípios na redondeza procurando atenção aqui porque aqui é bem resolutivo (SU9).

A gente tem um secretário que é uma pessoa extremamente apaixonado pela saúde pública, e a gente percebe claramente em todas as reuniões que a gente tem, na ação mesmo, na secretaria, que existe uma prioridade muito grande na atenção básica, então eu vejo que o grau de atenção dele é muito grande (SU8).

A formação do profissional de saúde é apontada como um dos fatores de entrave para o profissional entender os princípios do SUS e da ABS, tendo em vista o modelo histórico de saúde instituído no Brasil, até fins da década de oitenta.

O grupo reconhece que a resolutividade está ligada àqueles profissionais que “incorporam” os princípios do SUS e ressaltam a necessidade de sempre discutir este “novo” modelo de atenção.

Mesmo com a implantação da saúde da família que foi de 98, pra cá apesar de uma proposta diferente, ela foi inserida em um modelo de unidade tradicional. Então nem os profissionais estão formados pra isso, então a mudança é nesse sentido, onde nós temos que mudar a forma de organização da atenção primária, a formação dos profissionais que trabalham nela é um movimento muito maior da comunidade, do indivíduo (SC10).

As categorias emergentes neste grupo são os pontos de ancoragem que estes gestores compartilham na formação das representações sociais sobre as políticas públicas de saúde, enquanto profissionais com formação na área de saúde, e que possuem uma formação complementar específica para o cargo que ocupam.

5.2.3 Outras Categorias Profissionais

Este subgrupo foi composto por uma administradora, uma estudante de serviço social e uma gestora com curso de direito incompleto que apresentam RS compartilhadas.

Categoria 1: Falas permeadas pelo modelo assistencialista

Os entrevistados deste grupo demonstram resquícios do modelo de saúde hospitalocêntrico praticado no Brasil até fim dos anos 80. Nas falas existem fragmentos que relacionam a ABS a atendimento especializado. Para Campos et al (1997) esta visão pode ameaçar a legitimação do modelo hierarquizado de atenção do SUS, realizado por meio de uma rede básica.

No SUS os serviços de saúde devem estar organizados tendo a ABS como porta de entrada. Nestas unidades devem ser priorizados os atendimentos interdisciplinares, junto ao clínico geral (médico da família). Este procedimento

facilita o diagnóstico e os encaminhamentos a instituições terapêuticas, realmente necessárias, em tempo hábil e com a redução de custos (Campos, et al 1997).

Em relação aos outros municípios, eu vou dar um exemplo da grande Vitória, é um pouquinho mais [eficiente] apesar de que os usuários reclamam bastante. A gente tem aqui a marcação do AMA que é o agendamento e consegue bastante especialidades. Atenção a saúde de primeiros atendimentos, e se você quer uma especialidade, também, é uma questão básica (OU12).

Desta maneira, quando os gestores relacionam eficiência da ABS a atendimento especializado, podem reforçar o atendimento de caráter curativo *versus* o modelo de educação em saúde proposto no SUS.

Isso pode fazer com que as UBS se organizam em torno do atendimento especializado e não priorize em seu cotidiano ações de educação. Estas ações são importantes à medida que desperta na sociedade sua responsabilidade em partilhar com o Estado a promoção da saúde.

Tô falando da unidade porque pela situação da nossa unidade, pois ela é uma unidade não tão grande no espaço físico dela, mais tudo que a gente solicita eles tem nos ajudado, então aqui a demanda é grande, mas nós temos muitas especialidades. (OU13)

Categoria 2: Compreensão diferenciada sobre as diretrizes do SUS.

A análise permitiu verificar que estes gestores podem apresentar um conceito diferente sobre o que são as políticas públicas de saúde. Isso é demonstrado na fala dos entrevistados quando questionados sobre as principais políticas de saúde consideradas por eles. O gestor relaciona políticas públicas a figura do político, neste caso, o secretário de saúde.

Acho que pela forma que [as políticas] têm atendido a demanda do município... porque tudo que é solicitado igual eu te falei, há dificuldade, a gente liga para secretaria, a gente não tem dificuldade em falar. Eu muito vezes tive a oportunidade de falar com o secretário, com secretários de outras secretarias, então, você pede, solicita, você é atendido. Se você é atendido você não tem dificuldades, porque fica difícil quando se tem uma barreira para se falar com o secretário. Você tem que falar com fulano e fulano, mas aqui não, é pelo contrário, o secretário deixa o número do celular dele a disposição para a gente, a qualquer hora, a qualquer momento, se houver algum problema, ele

pode estar em uma reunião, se a gente ligar ele atende, então eu acho que se você tem essa facilidade você não tem do que reclamar (OU13).

Além disso, a fala do gestor demonstra dificuldade em discorrer sobre as principais políticas consideradas prioritárias em sua realidade.

... a gente faz esse atendimento ao público, mas uma política específica, eu não sei te informar agora né, exatamente... (OU12)

Categoria 3: Não participação em planejamentos

Estes gestores relatam que não participam dos planejamentos já que atribuem isto como função do enfermeiro.

É o que eu falei, esses planejamentos [levantamento das necessidades e planejamento das ações] fica mais para a enfermeira, porque é ela que faz, ela leva para o nível central, e é feita nessa reunião que elas têm toda a semana. Ai elas sempre falam que estamos fazendo o planejamento, porque isso ai fica mais focado para enfermeiro (OU11).

O enfermeiro tem a função de coordenar as ações das equipes de técnicos e compartilham com os gestores entrevistados a função da coordenação. Estes gestores estão ligados as ações administrativas e burocráticas das unidades.

Além disso, são os enfermeiros que participam das reuniões com o nível central, portanto, são os responsáveis pelo planejamento e implementação das políticas. Os entrevistados relatam boa convivência entre eles.

Isso ou qualquer dúvida que eu tenho eu falo logo com a [enfermeira] porque ela dá uma abertura muito grande para a gente.(OU13).

As categorias apresentadas são os pontos de ancoragem que constituem as representações sociais dos gestores do grupo de outras categorias profissionais, que não possuem formação na área de saúde.

5.3 PROCESSO DE ANCORAGEM DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu identificar alguns pontos de ancoragem comuns compartilhados pelos gestores da ABS. O fato destes gestores participarem de uma mesma atividade profissional pode levar a compartilharem algumas RS, independentes da formação profissional ou do cenário que atuam.

A análise de dados demonstrou duas categorias comuns a todo o grupo: Desafio e Responsabilidade em trabalhar no serviço público e Importância de cursos e treinamentos.

Pode-se dizer que estes pontos compartilhados estão relacionados às atitudes individuais e a forma que os entrevistados atribuem para si a responsabilidade na implementação das políticas públicas.

Isso pode ser reflexo do movimento de mudança na imagem da máquina pública desde a Reforma Gerencial, nos anos 90. Esta reforma busca a excelência dos serviços públicos e o aumento da confiança da sociedade na sua gestão. Este posicionamento observado no grupo demonstra uma apropriação desta crença, como uma representação social.

Estes dados são convergentes com a pesquisa “A Representação Social na Esfera Pública: Percepções sobre o Funcionário Público em uma Administração Municipal”, encontrados por Silva e Ichikawa (2009, p. 12), que destacam:

Na perspectiva de todos os entrevistados, os funcionários são de fundamental importância para que os projetos e políticas implementadas alcancem objetivos pretendidos, visto que são estes os responsáveis por colocá-las em prática e, somente com uma boa condução destas políticas é que se alcançará bom resultados.

Estes pontos compartilhados nas duas pesquisas demonstram que os servidores públicos começam a se identificar como atores ativos na construção das

políticas públicas. Entretanto, o fato de existir referências comuns em relação às políticas públicas, não significa que os gestores avaliem entre si as políticas da mesma maneira.

Doise (2002, p. 2) nos revela que:

Algumas produções culturais e ideológicas, características de determinado grupo, não somente dão significação aos comportamentos dos indivíduos, como também criam ou dão suporte às diferenciações sociais em nome de alguns princípios gerais.

Assim a pesquisa identificou a formação de três subgrupos, cada um deles compartilha diferentes comportamentos, valores e pensamentos. Esta distinção de valores e a formação de subgrupos estão ligadas ao conceito de grupo de pertença.

Foram identificadas diferenças entre os subgrupos de acordo com a formação acadêmica de cada um deles. Nota-se que a formação contribui para dar significado a seus comportamentos, condutas e realidades.

O primeiro grupo de pertença identificado foi entre os gestores com formação em enfermagem. Estes gestores partilham críticas em torno da visão de saúde tradicional, hospitalocêntrica.

Segundo este grupo, a visão de saúde tradicional, em que tem o médico como centro, gera um modelo de saúde curativo, em torno do hospital. Para estes gestores esta visão em saúde dificulta as ações da ABS, que trabalha na lógica da saúde como construção social.

Tais críticas demonstram resquícios da história da saúde no Brasil. Até a década de 80, haviam dois pólos de cuidado a saúde. De um lado estava o Estado, com ações preventivas, restrita a vacinação e de outro a Previdência Social, de caráter curativo, centrada em hospitais.

Na visão dos entrevistados tanto alguns profissionais, quanto a sociedade em geral, ainda não se apropriou dos paradigmas propostos pelo SUS e ainda relacionam saúde a ações curativas hospitalocêntricas.

Por outro lado as falas dos enfermeiros evidenciam o sentimento de valorização profissional. Este sentimento é gerado pela identificação dos enfermeiros com este novo modelo proposto pela ABS/SUS.

Há uma aproximação entre os princípios do SUS e os princípios acadêmicos na formação destes profissionais. Este fato gera sentimento de satisfação nos entrevistados, que sentem-se reconhecidos profissionalmente, tanto por parte da população, quanto de outros profissionais.

Este nível de satisfação está ligada as mudanças ocasionadas pela Política Nacional de Estratégia da Saúde da Família, que traz maior autonomia para este profissional. Nesta política amplia-se as relações entre os profissionais, abre-se espaço para uma atuação mais próxima à comunidade e o enfermeiro torna-se referência para a população (ARAÚJO E OLIVEIRA, 2009).

Neste cenário, “as relações estão baseadas na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada a não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico”. Esta prática gera uma constante quebra de paradigmas e facilita a comunicação (ARAÚJO e OLIVEIRA, 2009, p. 3).

Portanto à medida que o profissional de enfermagem vivencia estas mudanças, são reforçados os elementos que constituem a valorização profissional.

O reposicionamento do enfermeiro foi uma das discussões levantadas em uma pesquisa realizada na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real em Lisboa. Os autores revelam o contexto histórico que se constitui a profissão de enfermagem,

em que a formação do enfermeiro era feita pelo médico, que se estabelecia hierarquicamente superior. (SEIXAS e PEREIRA, 2005).

Mas, o estudo demonstra que a relação enfermeiro/médico tem sofrido mudanças ao longo dos tempos, tendo em vista o aumento do nível de formação dos enfermeiros, a profissão de enfermagem tornou-se mais autônoma e mais científica (NERO, 2008).

Apesar das mudanças reveladas por Nero (2008), os enfermeiros entrevistados corroboram que as relações de poder entre estas duas categorias, enfermeiros e médicos, estão presentes no cotidiano dos serviços.

Este fato é percebido na resistência de alguns profissionais médicos em participar de reuniões de equipe, em participar de ações sobre educação e prevenção.

Alguns médicos se utilizam da carência do profissional em algumas regiões, para sobrepôr seu poder, pois os serviços precisam deste profissional para se manter funcionando. Esta prática é considerada pelos profissionais como um entrave para os avanços do SUS.

Também é considerada como entrave para o sistema, a rotatividade de profissionais. Este grupo compartilha que a rotatividade dificulta na implantação de ações contínuas. Eles apontam para questões políticas partidárias para justificar a rotatividade, à medida que muda a administração, aqueles profissionais contratados são trocados de acordo com seus interesses políticos.

Um ponto identificado como importante para a construção do sistema são os espaços de reuniões que estes gestores participam semanalmente. Entretanto, estas reuniões de planejamento em geral envolvem somente os profissionais com formação superior.

Os demais profissionais com nível médio e técnico não fazem parte dos planejamentos, novamente, afirmam-se as relações de poder emergentes nas realidades dos serviços, neste caso entre enfermeiros e outros profissionais de nível médio. Ao analisar com mais detalhe esta atitude dos enfermeiros, pode-se relacioná-la com a dificuldade que relatam sobre fazer a gestão de pessoas.

À medida que alguns funcionários não participam dos planejamentos, eles não se identificam como responsáveis pela implementação das políticas e pela qualidade dos serviços. Com isso, é retirada uma oportunidade que os gestores têm em trabalhar o modelo de saúde esperado no cotidiano destes profissionais.

Percebe-se neste grupo dificuldades em utilizarem ferramentas gerenciais, especialmente, no que refere-se a gestão de pessoas. Apesar de perceberem algumas lacunas, como por exemplo, lidar com médicos e reuniões restritas aos enfermeiros, estes gestores não criam estratégias de mudanças.

Na prática trabalham as questões relativas a assistência e na área de gestão restringe-se a preencher protocolos e cadastros de vigilância. Isso pode estar ligada a falta de formação específica na área de gestão em saúde.

Outro subgrupo identificado na análise dos dados foi entre os profissionais da área da saúde. Estes gestores, além da formação na área de saúde, estão a mais de cinco anos no cargo.

O primeiro elemento de RS do grupo apresentado está relacionado a organização da administração pública em que estão inseridos. Segundo os entrevistados neste município a gestão é baseada no conceito de Donabedian (1978), que desenvolveu um quadro conceitual para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde. Este modelo está pautado nos conceitos de estrutura,

processo e resultado, considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*.

Estes gestores destacam a importância desta organização para a implementação das políticas dentro da rede de saúde municipal.

Neste contexto os entrevistados consideram que a participação deles em um curso de especialização em gestão de saúde, disponibilizado pela secretaria constituiu-se um elemento importante na compreensão das diretrizes do SUS.

Estes dados corroboram com a afirmação de Neto e Sampaio (2007, p.7), “é imprescindível que os gestores estejam inseridos num arrojado processo de educação permanente”. O autor ao analisar o perfil de necessidades de qualificação de gestores, ressalta sobre a necessidade da educação permanente para que o gestor compreenda a gestão do cuidado.

A discussão levantada por este autor está alinhada as proposições de Filho (2004, p. 4) sobre formação profissional:

É preciso, portanto, construir um processo educacional que articule a formação profissional com as necessidades e as demandas da sociedade, como estratégia eficaz para o desenvolvimento... Isto requer clareza, vontade política e compreensão das dificuldades por parte dos dirigentes para que, sem confrontar abertamente com o arcabouço legal instituído mas, também, não se condicionando a ele de maneira absoluta e inquestionável, se desenvolva uma possibilidade política e pedagógica para o campo da formação profissional, com o sentido de repensar e de contribuir para redefini-la mediante o abandono de uma prática educativa de cunho tecnicista, a-histórica e a-crítica, representando uma busca para situar o homem em sua realidade histórica.

As mudanças de paradigmas na política de saúde exigem mudanças no olhar, no pensar e no fazer, portanto, mudança no modelo de atenção. E acompanhar estas mudanças exige que o profissional passe por um processo de formação específico.

Para estes sujeitos, os breves resultados deste processo de gestão podem ser observados quando apresentam as políticas de saúde conforme são preconizadas, como, por exemplo, o planejamento dentro do princípio da territorialidade e a clareza que relatam ter sobre suas atribuições.

A possibilidade das políticas e práticas caminharem juntas, também se apresentou como um ponto compartilhado. No cotidiano destes gestores, as ações a serem desenvolvidas são planejadas e pactuadas dentro de um colegiado gestor. Isso aumenta a responsabilidade do gestor em cumprir as metas estabelecidas.

Estes colegiados são espaços de reuniões que acontecem periodicamente entre os mais diferentes atores. Basicamente se organizam entre: servidores, gestor e comunidade, gestores e nível central, gestores, nível central e secretário de saúde. São considerados espaços importantes para planejamento, disseminação e aquisição de conhecimento.

Vale ressaltar que a SESA está implantando nos municípios do ES o plano diretor da APS. Estas oficinas também se constituem como espaços importantes de planejamento e avaliação, lembrados pelos entrevistados.

Esta forma de planejamento e pactuação na rede podem ter relação com a resolutividade que estes gestores atribuem a ABS neste município. Destacam que percebem a ABS como ação prioritária da secretaria e que este município é referência para outros da região, devido a seu grau de resolutividade.

Neste ponto, relatam o envolvimento do secretário de saúde em todo este processo, com o objetivo de obter eficiência juntos aos gestores locais.

Mas também, falam da dificuldade de alguns profissionais entenderem e “incorporarem” o modelo da ABS às suas práticas. Falam sobre a importância do

gestor, discutir este modelo no cotidiano dos serviços e a necessidade de se repensar no perfil e na formação do profissional do SUS.

Apesar disso, relatam satisfação com suas equipes de trabalho e destacam a importância das reuniões, pois são espaços em que podem discutir os problemas e buscarem alternativas de melhoria.

Para os gestores, o trabalho em equipe rompe com as barreiras das unidades e é importante que se amplie para os outros setores da rede. Por isso, consideram as ações intersetoriais como uma maneira de ampliarem suas possibilidades de atenção.

A intersetorialidade é vista pelos entrevistados como um dispositivo que ajuda a romper a visão médico- centrada da população, sobretudo, por que amplia o leque de possibilidades da comunidade.

Este grupo apresenta clareza sobre os processos de gestão e mostra o trabalho em um nível macro, ou seja, extrapola os limites da assistência. Relatam práticas que direcionam a estruturação da rede. Esta situação demonstra como a formação em gestão foi importante neste processo.

A análise dos dados demonstrou um terceiro grupo de pertença, constituído pelos gestores que não tem formação na área da saúde, denominado na pesquisa como Outras Categorias Profissionais.

Nas falas destes entrevistados foram identificados resquícios do modelo histórico de saúde hospitalocêntrica. Estes dados estão alinhados as críticas lançadas pelo grupo de enfermeiros, que destacam a predominância deste modelo na sociedade e os entraves gerados por esta visão no cotidiano do SUS.

Pelo fato deste grupo não ter uma formação específica na área de saúde compartilham com a sociedade em geral o modelo tradicional de saúde. Esta visão

da sociedade foi tema da pesquisa: “Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: as RS dos usuários dos SUS” (OGATA, MACHADO e CATOIA, 2009).

O estudo demonstrou que a população em geral, busca os serviços de ABS somente a procura de ações curativas centradas na consulta médica. Esta visão tradicional do subgrupo imbrica-se a compreensão que eles têm sobre as políticas públicas da saúde. À medida que entende saúde como ausência de doença, torna-se mais difícil entender saúde como construção social, princípio que fomenta a atenção no Brasil.

O fato destes gestores não participarem das reuniões de planejamento, restrita aos enfermeiros e profissionais da saúde, não permite que construam uma realidade comum. Isso leva a formação de diferentes RS entre estes profissionais e os enfermeiros.

Além disso, a gestão destes profissionais fica restrita a rotinas administrativas das unidades, eles não se identificam como responsáveis em construir as políticas públicas.

Os dados da pesquisa demonstram que processo de ancoragem sobre as políticas públicas, sofre influência direta do processo histórico de saúde brasileiro e a formação profissional, na constituição das representações sociais

A forma de entender o processo histórico, no qual está relacionado a visão de saúde e o tipo de formação, pode ser tido como elementos socialmente construídos e compartilhados entre os sujeitos dos grupos, para a elaboração de um realidade (JODELET, 1984).

Estas diferentes representações sociais tornam-se condições para as práticas e estas práticas tornam-se agentes de transformação das representações, criando novas modalidades no conhecimento da saúde. (ROUQUETTE, 2000).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de desvelar alguns entre os vários paradoxos de implementação do SUS o estudo partiu do olhar dos gestores para entender quais os elementos que constituem as representações sociais sobre as políticas públicas de saúde.

As análises apresentadas neste estudo buscam criar provocações e especular acerca das discrepâncias entre expectativas e as múltiplas realidades do SUS, a partir das representações sociais dos entrevistados.

Analisar o processo de ancoragem ajuda a entender a relevância da formação profissional em saúde para o gestor do SUS. Ser gestor do SUS não se trata de uma justaposição de conhecimentos entre administração e conhecimentos técnicos em saúde (CARDOSO e SERRALVO, 2009). Os resultados demonstram a transdisciplinaridade destes conhecimentos.

Assumir esta transdisciplinaridade permite entender que a qualidade da gestão pública é composta por fenômenos multicausais, revelados a partir dos pontos de ancoragem da RS destes sujeitos. Os elementos de ancoragem mostram por exemplo que, a visão de saúde está ligada a interpretação das políticas públicas. Por sua vez, a visão de saúde pode ser definida como uma construção influenciada pela formação técnica e pela educação continuada em saúde.

Destacar a transdisciplinaridade dos fenômenos e assumir sua multicausalidade traz contribuições para a área da administração, no sentido extrapolar o positivismo, que frequentemente restringe os fenômenos à relações lineares (CARDOSO e SERRALVO, 2009). A análise das políticas públicas a partir das RS dos gestores contribuiu para entender que a gestão do SUS vai além da

adoção de ferramentas gerenciais ou de conhecimentos relativos a área da administração.

A discussão levantada pelos gestores acerca dos entraves gerados no sistema devido a dificuldade que alguns profissionais têm de entender e “incorporar” o SUS em suas práticas afirma tal muticausalidade.

Apesar disso, os conhecimentos da área têm seu espaço entre os pontos de ancoragem e revelaram-se importantes nas RS sobre as políticas públicas. São estes elementos que permitem pensar o SUS como uma política macro, para além de aspectos relativos a assistência, que envolve a organização e estruturação do sistema para a garantia dos direitos humanos.

Deste modo, ao analisar a ancoragem dos indivíduos, foi possível entender que a gestão adotada pelos municípios, as reuniões de equipe, a formação acadêmica, a visão de saúde e a política de educação permanente são os elementos que se destacam na constituição das RS sobre as políticas públicas de saúde.

À medida que estes aspectos são revelados, pode-se compreender melhor a importância da administração pública adotar algumas ações no cotidiano dos serviços que contribua e/ou facilite na implementação das políticas públicas.

6.1 LIMITAÇÕES DESTE ESTUDO

A proposta inicial deste estudo foi entrevistar os gestores das secretarias municipais, os gestores locais e os secretários de saúde. Entretanto, com esta última categoria profissional não foi possível realizar as entrevistas devido à dificuldade de agendamento com estes profissionais. Desta maneira ocorreu a necessidade destes sujeitos serem substituídos por gestores de UBS ou PSF para que o estudo fosse completado.

Além disso, devido a viabilidade financeira foram escolhidos apenas 3 municípios como cenário, entre estes, 2 municípios da região norte. O Espírito Santo apresenta uma diferença significativa entre seus municípios definida especialmente pela variedade nas atividades econômicas, que pode estar ligada ao acesso das pessoas a formação acadêmica

Assim, uma análise do porte do município apenas pelo PIB, não leva em consideração aspectos sociais relevantes como nível de escolaridade da população, acesso dos cidadãos a cursos de graduação, pólos de formação, tipo de atividade econômica, entre outras.

6.2 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Surge como necessidade para estudos posteriores analisar outros aspectos que constituem o desenvolvimento do SUS como, aspectos políticos, as relações de poder e os investimentos financeiros na saúde local e suas repercussões nas Representações Sociais.

Outro ponto para análise pode ser o recorte crítico sobre o interesse do estado na constituição das políticas públicas e sua relação com as Representações Sociais dos profissionais da saúde.

Além disso, faz-se interessante analisar e comparar as RS dos profissionais dos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), a fim de identificar as diferenças entre os modelos de gestão da saúde no Brasil.

Enfim, analisar as Representações Sociais de outros profissionais, não gestores, a fim de verificar possíveis variações de resultado entre as mesmas categorias profissionais analisadas, pode mostrar outros aspectos relevantes sobre a implementação do SUS.

7. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo foi realizado dentro dos padrões éticos de pesquisa e respeitou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Dessa forma, cada participante da pesquisa foi informado, antes do início da mesma quanto aos objetivos do estudo, facultando-lhes a liberdade de participação. Aos que concordaram em participar, foi solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-lhes o direito à privacidade e ao anonimato.

Esta pesquisa não envolveu riscos à integridade física ou moral e nem complicações legais aos que concordaram ou não em participar deste estudo.

Inicialmente foi realizado um contato prévio com os gestores da Atenção Básica/ Primária à Saúde dos cenários da pesquisa.

O projeto foi submetido ao julgamento e, após leitura e concordância, foi solicitada a assinatura da Declaração da instituição onde foi executada a pesquisa e a assinatura da folha de rosto esclarecendo os objetivos e a concordância do entrevistado.

Em seguida o projeto seguiu para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Infantil de Vitória/ES, comitê responsável pela análise das pesquisas na Secretaria Estadual de Saúde.

Após esta etapa, os sujeitos de pesquisa foram contatados pela pesquisadora para agendamento prévio das entrevistas de acordo com a disponibilidade de dia e horário, a fim de não comprometer o andamento das atividades. A coleta de dados foi realizada no próprio ambiente de trabalho, em espaço reservado. Para responder a entrevista cada indivíduo deverá gastar em

média 60 minutos do seu tempo. As entrevistas foram gravadas a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Marcos. **Representação Social: uma genealogia do conceito.** Comum - Rio de Janeiro - v.10 - nº 23 - p. 122 a 138 - julho / dezembro 2004.

ARAÚJO, M.F dos Santos, OLIVEIRA, F.M. de. **A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional.** CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais. n. 14, p. 03-14, Set. 2009.

BANCHS, M. A. **Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de la representaciones sociales.** Paper on Social Representations, Ed. 9, 3.1- 3.15, 2000.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições, 1995.

BRASIL. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS/Progestores, 2003.

BRASIL. **Para entender o pacto pela saúde: Política Nacional da Atenção Básica.** Brasília: CONASS/Progestores, Vol. 2, 2006.

BRESSER - PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado para a Cidadania.** São Paulo: ENAP. Ed. 34, 1998.

CAMPOS, G.W.S, CHAKOUR, M, SANTOS R.C. **Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS).** Cadernos de Saúde Pública v. 13 ed. 1, p. 141-144, 1997.

CARDOSO, O.O.; SERRALVO, F.A. **Pluralismo metodológico e transdisciplinaridade: uma reflexão para a administração.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 43 (1): 49-66, Jan- Fev, 2009.

CECCIM. R. B., FEUERWERKER L. C. M. **O quadrilátero da formação na área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004

CONASEMS. **XXIV Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.** CONASEMS. Belém do Pará. Abr. 2008.

COSTA, M.B.S, SILVA, M.I.T. **Impacto da criação do programa saúde da família na atuação do enfermeiro.** Rev. Enfermagem da UERJ, Ed. 12, p. 272-279, 2004.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2007.

DOISE, W. **Da psicologia social à psicologia societal.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. vol. 18 n. 1, p. 027-035, Jan-Abr. 2002.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care.** Science 200, 1978.

FADEL, C.B, SCHNEIDER, L., MOIMAZ, Suzely S. A, SALIBA, N. A.
Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. Revista de Administração Pública (RAP), v.43, n. 2 ,p. 43-56, 2009.

FARR, R. **Representações sociais: A teoria e sua história.** In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), Textos em representações sociais. 2a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p.31-59, 1994.

FILHO, E. A. de Souza, In: SPINK, M.J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1993.

FILHO, A.A. **Dilemas e Desafios da formação profissional em saúde.** Interface (Botucatu), vol.8, n.15, Botucatu, Mar- Ago 2004.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

IBGE. **Dados do Produto Interno Bruto, 2010.** Disponível em <www.ibge.gov.br> acessado em 20/05/2010.

JODELET, D. **La representación social: fenómenos, concepto y teoría.** In: MOSCOVICI, S. Psicologia social Paris: Press Universitaires de France, p.31-61 1984.

_____. **Représentations sociales: un do-main en expansion.** In: JODELET, D. (org) Les Représentations Sociales. Paris: Presses Universitaires de France, p. 31-61, 1989.

LAVILLE, C., DIONNE, J. **A construção do saber.** Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LIMA, J. de Carvalho. **História das lutas sociais por saúde no Brasil.** Revista Eletrônica do Neddade - Núcleo de Estudos, Documentação e Dados em Trabalho e Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense. Ano 5, Vol. 5, 2007 Rio de Janeiro. Disponível em<<http://www.uff.br/trabalhonecessario/TN5%20IndiceG.htm#TN4>> Acessado em 20/01/2010.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social.** Didática, São Paulo, 1991.

MARTINS, P.O, TRINDADE, Z.A, ALMEIDA A.M **O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural.** Rev. Psicol. Reflex. Crit. vol.16 nº.3 Porto Alegre, 2003.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MOSCOVICI S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: Puf 1961, 1976.

_____. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

_____. **On social representations**. In J. P. Forgas (Org.), *Social cognitions perspectives on everyday understanding*. p. 181-209 New York: Academic Press. 1981.

_____. (Org) **Psicologia social**. Paris: Press Universitaires de France, 1984.

NERO, A.C.G.L.P. **A Relação Enfermeiro Médico. Contribuição Para a Gestão de Conflitos**. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta, Lisboa. Fevereiro, 2008.

NETO, F.R.G.X, SAMPAIO, J.J.C. **Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação**. Rev. Bras. Enferm. vol.60, n.6, Brasília, nov./dez. 2007.

OGATA, M.N, MACHADO, M.L.T, CATOIA, E. **A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários**. Rev. Eletr. Enf. v. 114 n.4, p.820-829 ,2009.

PIMENTEL, T.D **Representações Sociais na área de gestão em saúde: Teoria e Prática**. Resenhas bibliográficas de Neusa Rolita Cavedon (Org.). Porto Alegre: Dacasa, 2005. Rev. adm. contemp. vol.11 no.3 Curitiba Jul/Set. 2007.

RELATÓRIO DO BANCO MUNDIAL (BIRD), 2008. Disponível em <www.bresserpereira.org.br/Saude/08.6. EstudoLaForgiaHospitaisOSs.pdf> Acessado em 20 de fevereiro de 2010.

ROUQUETTE M. L. **Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos**. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. *Estudos interdisciplinares de representação social*. p. 40-46. 2ª Ed. Goiânia: AB Editora, 2000.

RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SÁ, C. P. **Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria**. In: SPINK, M. T. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*, p. 19-45. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SANTOS, J. F, WESTPHAL. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade**. Estudos Avançados. Vol 13, n. 35, Jan- Abr, São Paulo, 1999.

SEIXAS, Paulo Castro, PEREIRA Pedro. **Relações e situações críticas na enfermagem**. Ed. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2005.

SILVA F. S. **Comparação entre os sistemas de Saúde e o SUS: Pontos para reflexão da agenda da atenção básica**. CONASEMS – NÚCLEO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS. Mai, 2008.

SILVA, R.A, ICHIKAWA. **A Representação Social na Esfera Pública: Percepções sobre o Funcionário Público em uma Administração Municipal**. Qualit@s Revista Eletrônica , vol.9. n 1, 2009.

JORNAL DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **SUS Revela deficiências aos 20 anos**. PE, 02 de out. 2008 In Rede HUMANIZASUS. Disponível em <http://www.redehumanizasus.net/2381-sus-revela-deficiencias-aos-20-anos> <Acessado em 20 de fevereiro de 2010>.

SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 1ª Ed., São Paulo: Brasil. SPINK, Mary Jane (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 1ª Ed., São Paulo: Brasiliense, 1993.

WAGNER, W. **Sócio-gênese e características das representações sociais**, In: MOREIRA, A. S. P., OLIVEIRA, D. C. (orgs.) Estudos interdisciplinares de representação social, p. 3-25. 1. ed. Goiânia: AB, 1998.

XAVIER, R. **Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis?** Rev. de Psicol. Social, vol.14, n.2, Belo Horizonte Jul./Dez. 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

TEMAS	PERGUNTAS
Caracterização dos Sujeitos	<ol style="list-style-type: none">1. Idade,2. Grau de escolaridade,3. Tempo no cargo,4. Trajetória no setor público,5. Vínculo,
Políticas Públicas	<ol style="list-style-type: none">1. O que significa trabalhar no serviço público?2. Como você vê o SUS?3. Como você acha que é definida a ABS no SUS?4. Quais os principais políticas da ABS para você? Você concorda?5. As práticas cotidianas no trabalho do SUS estão de acordo com as políticas estabelecidas? De que forma?6. As responsabilidades e ações necessárias estão claras?7. Qual sua avaliação sobre a eficiência da AB no município/estado? Há indicativos?8. Qual seu grau de satisfação com o cargo que ocupa? Por quê?9. Qual seu grau de satisfação com sua equipe/ rede de trabalho? Por quê?
Práticas Cotidianas	<ol style="list-style-type: none">1. Qual o grau de prioridade das ações da secretaria de saúde à atenção básica? Qual o investimento atual do município com a A.B?2. Baseia-se nas Normas para planejar as ações?3. Existem reuniões, ou espaços para que sejam avaliadas tais mudanças ou as práticas de maneira geral?4. Como as políticas/diretrizes e os demais conhecimentos necessários para seu trabalho chegam até você? (Você tem claro quais suas atribuições para exercer sua função? Como você tomou conhecimento?)5. Qual o grau de participação dos funcionários nas decisões e nas mudanças de procedimentos?

	<ol style="list-style-type: none">6. Como é o trabalho em equipe no seu setor?7. Qual a sua relação com as pessoas que trabalham na US, no PSF e no programas de ACS?8. Existem reuniões, ou espaços, junto às pessoas que trabalham diretamente com a população, para que sejam avaliadas tais mudanças ou as práticas de maneira geral?9. Qual seu grau de responsabilidade sobre a qualidade de atendimento dispensado a população?10. Você acha que o dinheiro do governo é bem investido na saúde pública?11. Como as questões políticas/ partidárias influenciam em sua prática?12. Conhece as necessidades de cada território?13. Tais necessidades são registradas e negociadas com o secretário de saúde.14. Unidades de saúde, PSF e ACS, planejam suas ações levando em consideração a realidade do território?15. Realiza reuniões com a comunidade local?16. A população é ciente sobre seu direito de participar dos Conselhos?17. Que tipos de ações são desenvolvidas neste sentido?18. São desenvolvidas ações articuladas entre as redes (p. exemplo saúde mental)?19. Qual o grau de importância e quantidade de treinamento, reciclagem, aperfeiçoamento profissional e assessoria à realização e/ou operacionalização da prática profissional de sua equipe?
--	--