

Situação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

Gestão participativa na Atenção Primária à Saúde: ensaio sobre experiência em território urbano vulnerável

Elyne Montenegro Engstrom, Vanessa Costa e Silva

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3239>

Submetido em: 2021-11-23

Postado em: 2021-11-23 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

saúde

EM DEBATE

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *CASE STUDY*

Gestão participativa na Atenção Primária à Saúde: ensaio sobre experiência em território urbano vulnerável

Participative management in Primary Health Care: essay upon an experience in a vulnerable urban territory

Elyne Montenegro Engstrom

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

elyneengstrom@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6149-3396>

Vanessa Costa e Silva

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

vanessa.silva@fiocruz.br

<https://orcid.org/0000-0001-5364-3067>

RESUMO A gestão participativa, embora instituída nas normativas de constituição do Sistema Único de Saúde, ainda encontra desafios para efetivação em âmbito local, especialmente em territórios urbanos marcados pela violência e pobreza. O ensaio objetiva apresentar e discutir aspectos de uma experiência de gestão participativa em um território vulnerável, mediada pela Atenção Primária à Saúde. Esta experiência de cogestão da saúde foi desenvolvida entre 2009 a 2013 em Manguinhos, município do Rio de Janeiro. A partir do relato de gestores e de materiais técnicos produzidos, analisou-se a implementação de estratégias, tais como a mobilização para criação de um conselho gestor intersetorial local e aquelas de informação, educação e comunicação em saúde suportadas por apoiadores institucionais e pelas equipes de saúde da família. Conclui-se que práticas gerenciais e sanitárias democráticas podem ser desenvolvidas por meio de tecnologias sociais, que valorizem a gestão participativa e compartilhada entre trabalhadores-usuários-gestão.

PALAVRAS-CHAVE Gestão participativa. Participação social. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *The participatory management, although instituted in the norms of the constitution of the Brazilian universal health system (SUS-Sistema Único de Saúde), still faces challenges to be effective in practice at a local level, especially in complex urban territories, aiming at community strengthening and social participation. The essay aims to present and*

discuss aspects of a participatory management experience in a vulnerable territory, mediated by Primary Health Care. This experience of health co-management was developed between 2009 and 2013 in Manguinhos, municipality of Rio de Janeiro. From the managers' reports and the technical materials produced, the implementation of strategies analyzed were the mobilization to create a local intersectorial management council and those of information, education, and communication in health supported by institutional supporters and by the family health teams. We concluded that democratic managerial and sanitary practices can be developed through social technologies, which value participative and shared management between workers-users-management.

KEYWORDS *Participative management. Social participation. Primary Health Care. Health policy.*

Introdução

Aos que pensam a realidade não apenas como ela é, mas também como deveria ser. Esta é a frase de abertura do livro “Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social” do mestre Antônio Ivo de Carvalho a quem este ensaio é dedicado. Além da sua contribuição teórica e ativismo incansável sobre a política de participação no SUS, foi nossa grande liderança institucional e formulador das bases conceituais da experiência ora relatada; cuja imagem-objetivo pode ser sintetizada em sua fala recorrente: Precisamos radicalizar a gestão participativa do Teias! (Texto-dedicatória das autoras).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como política pública demarcada pela Constituição brasileira de 1989, assim como o advento de um novo padrão de políticas sociais instituíram-se no bojo de movimentos de reconstrução democrática no país no final dos anos de 1980¹. Reafirmava-se o direito universal à saúde e o papel do Estado nesta garantia, incorporando-se, na estrutura político-institucional do SUS, espaços e dispositivos para democratização da gestão do sistema de saúde. Foram instituídos canais formais de compartilhamento do processo decisório na relação entre Estado e sociedade, como os conselhos de saúde, e ainda houve fomento à participação social em outros espaços comunitários^{2,3,4}.

O conceito de participação assumiu significados variados, conforme o contexto em que foi operado, e as relações estabelecidas entre o Estado e a sociedade. Teixeira (2001) apresentou quatro dimensões do conceito, como a pedagógica, que se refere à educação crítica voltada para a emancipação política, o exercício da cidadania ativa; a simbólica, que se relaciona à construção de uma identidade coletiva de determinado grupo (movimento social). Soma-se a essas, a noção de conquista política entendida como garantia de direitos, na medida em que as

políticas sociais distribuem não somente bens, mas também poder. Finalmente há a dimensão do controle social na gestão das políticas pública, que deveria ser exercido desde a formulação⁵. A inclusão da participação como tema nos programas reformistas de diversos países, a partir dos anos 1960, objetivava contrapor à massificação, à centralização burocrática e aos monopólios de poder, o princípio democrático segundo o qual todos os que são atingidos por medidas sociais e políticas devem participar do processo decisório, qualquer que seja o modelo político ou econômico adotado⁶.

No campo da saúde, a participação é historicamente referida e corresponde às diversas formas de compreensão tanto da relação Estado-sociedade quanto do processo saúde-doença-cuidado, assumindo, portanto, diversas taxonomias. Segundo Carvalho⁷, a ideia de ‘participação comunitária’ que emergiu no início do século passado, nos centros comunitários de saúde norte-americanos, considerava que a ação sanitária deveria ser menos coercitiva e higienista, e avançava na compreensão dinâmica entre o homem e o meio ambiente, seus fatores culturais e sociais. No Brasil, em um contexto de ausência de tradição democrática e participação política, tal proposta perdeu sua dimensão participativa no arcabouço oficial, mas deu origem, nas décadas de 1950 e 1960, a projetos sanitário contra hegemônicos, como os laboratórios de organização comunitária. E é assim que se desenvolveram, ao lado e à sombra da proposta oficial de participação comunitária, experiências que progressivamente se radicalizaram e terminaram por assumir identidade própria, como propostas de participação popular⁷. Com o fomento à ‘participação popular’, a desigualdade social não deveria ser considerada apenas elemento de descrição, de distribuição dos problemas de saúde, mas, sim, como chave para sua explicação⁷. Segundo o autor, nas décadas de 1970 e 1980, para além da dimensão técnica voltada à solução dos principais problemas do setor saúde, houve valorização da dimensão política, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde⁷. Na década de 80, surgem novas práticas de participação, por meio de gestões colegiadas e representativas, pautadas no direito de cidadania. Com a Constituição Cidadã, a participação como demagogia ou como pedagogia dá lugar à participação como cidadania⁷ e a ‘participação social’, e remete ao conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal. Nesta perspectiva, organizou-se nos anos seguintes, a participação social no SUS, com arcabouços como os Conselhos e Conferências de Saúde, nas três esferas de governo. Em tal concepção constitucional, a participação social impõe a presença explícita e formal do Estado e dos vários segmentos sociais, de modo a tornar visível e legitimada a diversidade de interesses e projetos⁷.

Na gestão nacional na década de 2000 do século XX, destaca-se a criação de uma agenda política social com foco na inclusão social, expressa, por exemplo, no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC, 2007 a 2010), que em sua vertente relativa ao setor saúde, valorizava o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) nos territórios daquela intervenção urbana. Data de 2006, a publicação da primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁸ e de 2007, a concepção de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS)⁹, que nos anos seguintes foram revistos pela reedição da PNAB em 2011¹⁰, que instituiu a noção de APS abrangente, centrada na Estratégia Saúde da Família, operada em seus atributos (acesso, vínculo, integralidade, coordenação; orientação familiar, comunitária e competência cultural), integrada à Rede de Atenção à Saúde. Há que se destacar, ainda nesta década, os virtuosos debates acerca dos determinantes sociais na saúde¹⁰, que se relacionavam aos referenciais da Promoção da Saúde¹¹ e seus princípios da equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade¹¹. Tais concepções fizeram-se presentes, também, na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde¹² que apresentava diretrizes como a ‘gestão participativa e cogestão’, princípios que incluíam o ‘protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos’; os dispositivos como o ‘apoio institucional’ e os ‘colegiados gestores’ para incentivar trocas solidárias e coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários¹².

No fervilhar de tais políticas férteis para a gestão participativa na saúde, concebeu-se (em 2009) as bases do TEIAS no território de Manguinhos, com objetivo de reorientação da APS. Como uma de suas concepções fundantes, assumia-se como estratégico, o fomento à participação ativa e criativa das pessoas de um determinado território-vivo - com seus saberes, práticas, cultura e história - desenvolvida no cotidiano das práticas de saúde^{13,14}.

Para Santos¹⁵, entre o instituído e as práticas instituintes de ampliação da participação no nível local, há desafios que vão desde a insuficiência da racionalidade ocidental para a qual realidades particulares ou locais seriam pouco expressivas para a escala dominante global, até o processo de construção do interesse coletivo, por meio de seus dispositivos de participação existentes¹⁵.

Nesse sentido, destacam-se desafios como: (i) a forma como se organiza a representatividade dos usuários nos espaços de gestão participativa o que pressupõe a ativação de canais de comunicação bilateral entre as pessoas designadas para participar e aqueles que as representam¹⁶; (ii) a superação das indignações individuais rumo à priorização e solução dos problemas com partilha de poderes e saber¹⁷; (iii) a dificuldade dos Conselhos Locais de Saúde interagirem com outras instâncias e setores que atuam no território limitando seu papel

mediador entre comunidade e gestão municipal¹⁸; (iv) a ênfase, nas reuniões colegiadas, em pautas restritas aos agires técnicos ou profissionais e uma certa tensão junto aos vários atores da rede¹⁹.

Reafirmar a gestão participativa como modo de operar a política pública significa um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde²⁰. Depende de criatividade, disposição e do posicionamento ético-político-institucional-social de quem a utiliza.

Uma particularidade a ser destacada na gestão participativa remete ao contexto social do território, notadamente naqueles cenários de exclusão social, conflagrados pela violência que limitam a participação social democrática. Nesses contextos, há que se pensar em novos arranjos para fomento à organização da sociedade civil de modo oportunizar a participação e a gestão participativa. O objetivo de promover a participação social cidadã no SUS requer um conjunto de ações planejadas e organizadas em defesa deste bem público. Para tal, as ações de *advocacy* baseadas em iniciativas de coalizão e construção de redes locais são legítimas para promover cidadania e a maior efetividade da gestão territorial da APS.

Com tal perspectiva, apresenta-se a seguir, a experiência de gestão territorial de saúde do TEIAS-Manguinhos, com seus espaços coletivos de gestão participativa, onde procurou-se repudiar a concepção de sociedade, onde quem tem estudo e recursos aponta o caminho ‘correto’ para as classes populares²¹. Não por acaso, o autor desta citação, o Prof. Victor Valla, teve seu nome escolhido para denominar a unidade de saúde – Clínica da Família -inaugurada no âmbito do TEIAS em 2010.

Contexto e reflexões acerca do TEIAS Manguinhos

Um novo modelo de atenção e de gestão da APS em Manguinhos foram viabilizados por meio de um contrato de gestão estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS)-RJ e a Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz, em outubro de 2009, ocorrido em um contexto mais amplo de transformações na saúde conduzida pela gestão municipal^{22,23}. O TEIAS tinha como missão principal, ampliar o acesso e a qualidade da atenção no território, com a mudança de modelo assistencial centrado na Estratégia Saúde da Família, segundo referenciais nacionais^{8,9}. Os valores constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social na saúde foram inspiradores para a gestão, com adoção de dispositivos inspirados em Carvalho⁷ e no ParticipaSus⁴. Uma das particularidades deste

contexto, para além do conceito de integração da rede e ações de assistência, promoção e prevenção em saúde, o TEIAS- Manguinhos incorporava os componentes da produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, ensino e pesquisa, relacionados à missão institucional da Fiocruz, instituição secular presente no território.

Em um recorte temático da experiência, este ensaio aborda os aspectos relacionados à gestão participativa, em especial, os dispositivos adotados em âmbito territorial. Apresentam-se reflexões e ações vivenciadas no período de dezembro de 2009 a maio de 2014, período de início da implementação do TEIAS. Assume-se, pois, que o processo de narrar possibilita a ressignificação dos acontecimentos que apontavam as estratégias para participação social. No relato, utilizou-se como fonte de informação, as vivências das autoras, integrantes do Colegiado de Gestão no referido período e a sistematização de documentos técnicos divulgados e tornados públicos à época, em folhetos, mídia digitais, dentre outros meios. Com tal natureza de dados, asseguram-se os aspectos éticos dos relatos, ressaltando-se que as interpretações representam a visão das autoras.

Um pouco da história do território

Manguinhos, oficializado como bairro em 1981, está situado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, na 10ª Região Administrativa (RA) da cidade, que compreende também os bairros de Bonsucesso, Olaria e Ramos e ainda os complexos do Alemão e da Maré.

O bairro cresceu no entorno da Fiocruz, instituição criada em maio de 1900 e desde então, a instituição tem atuação no ambiente e com seus moradores, incluindo ações de cooperação social e atenção à saúde. Anteriormente ao TEIAS, havia a oferta de serviços de saúde em uma unidade básica de saúde (UBS - Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria), vinculada à ENSP.

A criação do TEIAS possibilitou a ampliação de cobertura da ESF para 100% da população de Manguinhos no final do primeiro ano (outubro de 2010), perfazendo o total de 37.000 pessoas cadastradas (número similar ao da população do censo de 2010), o que significou uma conquista importante tanto pela ampliação da oferta de serviços, quanto por propiciar as condições para a mudança do modelo tradicional de APS, para aquele da ESF. Para tal, construiu-se uma outra unidade básica (Clínica da Família Victor Valla), com duzentos trabalhadores da saúde contratados como celetistas e divididos em treze equipes da ESF; cinco equipes de Saúde Bucal; uma equipe de Consultório na Rua; um Núcleo de Apoio à Saúde da

Família e uma Academia Carioca da Saúde. Soma-se à essa estrutura de serviços em Manguinhos, uma Unidade de Pronto-atendimento, inaugurada em 2010, que atuava em estreita integração de fluxos com as UBS. Todos esses equipamentos ampliaram a resolutividade do cuidado na perspectiva de um território integrado⁸.

Manguinhos é um território de grande vulnerabilidade econômica e social, um dos piores IDH do município, com altos índices de violência e foi área escolhida para o PAC em 2008, intervenção urbana intersetorial que uniu os governos federal, estadual e municipal. O discurso oficial era sobre integrar as favelas, à cidade formal por meio da urbanização e da prestação de serviços públicos de qualidade, com abordagem intersetorial, onde o setor saúde teria uma efetiva participação²⁴. Ressalta-se ainda que, em 2012, houve a implantação de uma Unidade de Polícia Pacificadora, uma iniciativa ligada à segurança pública, no sentido de lidar com a violência do território, os confrontos armados e as disputas envolvendo o tráfico de drogas.

Nesse período, houve inúmeras modificações ambientais e nas moradias das famílias – de fato, um território dinâmico nos aspectos geográficos e sociais²⁵. Isto exigiu esforços e flexibilidade para a gestão da saúde no território, como na identificação dos problemas e prioridades sanitárias locais; no planejamento, na alocação de equipes no território e os respectivos cadastros da população.

Uma das ações iniciais da gestão local foi a coleta/análise de dado dos registros de atendimentos e de indicadores dos Sistemas de Informação em Saúde, para geração de informações que subsidiassem a tomada de decisões. A sistematização de tais evidências permitiu conhecer algumas características do território, das famílias e pessoas que nele habitavam. Manguinhos era um bairro onde houve diminuição dos nascimentos (natalidade); onde os homens morriam precocemente pela violência e a população envelhecia rapidamente, com crescente predominância de idosos em relação à população jovem. Tais mudanças demográficas refletiam-se no perfil de morbimortalidade da população, em semelhança ao panorama nacional, revelando a tripla carga de doença: uma agenda não superada de doenças infecciosas (como tuberculose, sífilis, HIV, dengue); uma carga importante de causas externas relacionadas à violência e uma presença expressiva das condições crônicas não transmissíveis (como hipertensão, diabetes, câncer, obesidade).

Esse cenário exigia novas formas de organização dos serviços de saúde, em especial daqueles responsáveis pelo acesso oportuno, cuidado ao longo de todo o ciclo da vida e a resolutividade da maioria dos problemas de saúde. Apontava a importância da promoção da saúde não apenas para estímulo aos hábitos de vida saudáveis, mas principalmente, na dimensão

coletiva, para o território saudável. Isto exigia a implementação de políticas públicas redutoras de iniquidades em saúde e fomento à participação social.

Caminhos para fomento à participação social

Para lidar com a complexidade do contexto e construir as bases da gestão participativa do TEIAS, foi preciso buscar novas estratégias para integração intersetorial, especialmente com as instituições e setores presentes no PAC Manguinhos. Valorizou-se a atuação em processos que buscavam a mediação, a decisão consensual, para legitimação de parcerias e projetos coletivos. Apostou-se na produção compartilhada de conhecimento e informação, de forma a tornar cada processo, um ato educativo. Dessa forma, o processo de participação-gestão tinha como objetivo, não apenas a produção de bens ou serviços, mas também se configurar como potente espaço pedagógico.

A partir de 2010, gestão territorial da saúde foi organizada de forma colegiada (Colegiado TEIAS-Manguinhos), com a inclusão de gerentes das unidades e ‘apoiadores institucionais’²⁶, profissionais facilitadores da cogestão, em áreas prioritárias, como informação e vigilância em saúde, educação, comunicação e promoção da saúde. Fomentavam o diálogo com a comunidade e interagiam com o trabalho dos agentes comunitários de saúde, dos agentes de vigilância e do agente social, liderança do território que apoiava a agenda de participação social. Atuaram em integração com as escolas do território, dos equipamentos da assistência social para ações voltadas à juventude; aos espaços de capacitação para o trabalho, à utilização da Biblioteca de Manguinhos, espaço com recursos multimídias, e diversas outras iniciativas promotoras de saúde.

Foram instituídos, os conselhos locais das unidades, que atuavam diretamente integrados às Ouvidorias municipal (área programática 3.1) e da Fiocruz, de forma a ampliar a escuta à comunidade, a solução de problemas e a satisfação do usuário.

As equipes de saúde, em contato permanente com os usuários e em reuniões com os moradores, faziam esta escuta no seu cotidiano, mas outras possibilidades de interação foram introduzidas. Além de uma pesquisa de satisfação do usuário realizada nas unidades e em base domiciliar, foi instalado nas UBS, um sistema de avaliação digital, como mais uma ferramenta para melhorar a qualidade dos serviços.

Os apoiadores institucionais, juntamente com a Cooperação Social da Fiocruz, as equipes de saúde e lideranças locais elaboraram materiais técnicos como o jornal ‘Comunidade

na Saúde’ que apresentava informações sobre Manguinhos, a organização da ESF, indicadores de saúde da população que foram utilizados para promover ‘ciclos de leitura’. Eram conversas com intencionalidade entre equipes e moradores realizadas nas diferentes áreas da comunidade, visando fomentar o empoderamento comunitário, a motivação de lideranças e a construção de alianças locais. Nos debates, apontavam-se problemas e caminhos, sendo os temas mais frequentemente discutidos aqueles relacionados ao ambiente, ao PAC; à violência local; ao acúmulo do lixo nas ruas e nos rios da região; às doenças decorrentes deste ambiente insalubre; ao funcionamento das UBS, barreiras de acesso à outros serviços da Rede. Um problema destacado remetia à área de saúde mental, à abordagem de álcool e drogas e às diversas cenas de uso de drogas e pessoas em situação de rua presentes na comunidade.

Esses encontros serviram de base para a construção de um ‘Plano de mobilização de moradores, profissionais e gestores’ que orientou a construção de diretrizes conceituais e operacionais de uma nova instância territorial de gestão participativa, de natureza intersetorial, denominada Conselho Gestor Intersetorial (CGI) de Manguinhos.

O CGI foi reconhecido como um espaço de decisões local, com a função de pactuar, acompanhar e fiscalizar as ações da gestão do território, muito embora, não tenha sido instituído formalmente em instâncias do controle social do SUS, como conselho distrital. A composição intersetorial foi justificada pela necessidade da atuação sinérgica com setores do PAC Manguinhos (governo federal, estado e município), para prover maior integração assistencial e, na perspectiva de políticas promotoras da saúde, lidar com os determinantes sociais da saúde. Em outubro de 2011, o CGI de Manguinhos foi eleito em assembleia pública, sendo formado por 48 conselheiros, de forma paritária na participação do poder público e da comunidade, incluindo além da representação do setor saúde, os setores da educação e da assistência social. A intersectorialidade esteve presente, ainda, na representação comunitária, organizada por segmentos sociais (*quadro 1*).

Quadro 1. Descrição de estratégias participativas desenvolvidas no âmbito do TEIAS-Manguinhos (2009-2013)

Estratégias da Gestão participativa	Características e Periodicidade
Conselho Gestor Intersetorial de Manguinhos (n=48 conselheiros)	Composição paritária: 6 gestores, 6 profissionais, 12 conselheiros da sociedade civil (n=24 titulares), e suplentes (n=24) eleitos em assembleia, por segmentos sociais. Reunião: mensal

Reuniões do Colegiado de Gestão do Teias	Coletivo deliberativo com gestores das unidades, apoiadores, convidados para assuntos do planejamento, monitoramento e gestão. Reunião: semanais ou quinzenais
Colegiado Gestor das Unidades básicas de saúde	Coletivo deliberativo da gestão de cada unidade (n=2), com representantes de trabalhadores, gestão e usuários. Mensal
Reuniões de Equipe da Saúde da Família	Espaço de discussão clínica e administrativa da equipe e para educação permanente. Reunião semanal
Espaços locais de participação social.	Rodas de conversa das equipes e apoiadores com a comunidade. Variada
Espaços de educação permanente coletivo dos trabalhadores do Teias	Temática definida conjuntamente. Periodicidade variada
Seminários Temáticos de Saúde:	Discussão ampliada de temas científicos e estratégicos, aberta ao público em geral. Variada
Conferência Territorial de Saúde	1ª Conferência de Manguinhos, aberta aos moradores, realizada em auditório/ENSP
Ouvidoria da secretaria municipal da saúde e Fiocruz	Espaço para coleta de informações direta dos usuários, cujas demandas/necessidades eram respondidas no tempo e na forma mais adequada possível.
Instrumentos de Informação, Educação e Comunicação em Saúde	Desenvolvimento de produção técnica-tecnológica para difusão do conhecimento Cartilha, folder, cartão de visita das equipes, vídeo sobre a ESF em Manguinhos; painel de indicadores de saúde; Portal: transparência, comunicação e participação, acesso no site ENSP

Fonte: Elaboração própria.

Uma ação conduzida pelo CGI, em sinergia ao movimento das conferências de saúde realizadas em 2011, foi a Conferência Territorial que contou com cerca de trezentos participantes, entre usuários e trabalhadores. Muito embora tal conferência não se formalizasse no propósito de eleição de conselheiros municipais de saúde, o fomento à participação social foi expressivo, com debates virtuosos e emergência de lideranças locais. As conferências locais de saúde são espaços potenciais para diálogo entres profissionais de saúde e moradores, para seleção de prioridades nas ações, de forma livre, inclusiva e consensual.

Do conjunto de propostas aprovadas na Plenária Final, algumas foram implementadas a curto e outras a médio prazo, tais como: a produção de materiais técnicos (vídeo, calendário e folder) esclarecendo o trabalho realizado pela ESF; a implantação da equipe de “Consultório na Rua” e de profissionais com expertise em saúde mental e doenças crônicas para o NASF; o

movimento pela instalação de um semáforo na via urbanizada pelo PAC; a ampliação de uma Biblioteca gerenciada pelo governo estadual; a organização da coleta de lixo e um abaixo assinado dos moradores, iniciado em julho de 2012, e entregue ao secretário municipal de saúde, para a construção de um novo equipamento de saúde mental, um Centro de Atenção Psicossocial em Manguinhos, conquista efetivada em 2014.

Na perspectiva da gestão pública por resultados, a gestão do TEIAS produzia, com a participação dos trabalhadores, relatórios trimestrais de prestação de contas informando e discutindo a situação dos indicadores de gestão, de acesso, de desempenho assistencial e de eficiência pactuados com o município. A produção desses relatórios tinha finalidade de estimular a autonomia e compromisso das equipes de saúde com o resultado do trabalho e prestar contas à comunidade, em movimento denominado *accountability*.

A transparência e a comunicação da gestão pública foram prioridades para a ‘radicalização da gestão participativa’⁷, de forma a permitir que o cidadão acompanhasse não somente a oferta/utilização de serviços no território, mas também os gastos públicos. A apreciação de relatórios técnicos, de despesas orçamentárias, dentre outras ações gerenciais, era parte dos debates com o CGI, assim como a adoção de outras estratégias de gestão participativa. Estas foram sistematizadas no *quadro 1*.

Pode-se concluir que as concepções e práticas relatadas na experiência de gestão participativa do TEIAS-Manguinhos foram ancoradas no *advocacy* da participação social cidadã na saúde. Estas fomentaram novas formas de organizar a relação entre gestores, profissionais e população, construindo-se espaços de criatividade e participação para produção de saúde; a despeito da violência presente neste território.

Considerações finais

A implementação de práticas de gestão participativa da saúde nos territórios fortalece as proposições de políticas promotoras de saúde e redutoras de iniquidades sociais. Práticas gerenciais e sanitárias democráticas podem ser desenvolvidas por meio de tecnologias sociais, que valorizem a gestão participativa, compartilhada entre trabalhadores-usuários-gestores, com responsabilidade direcionada à identificação e solução de problemas locais, associadas às estratégias de reforço da mobilização comunitária. Requer a construção de um modelo de atenção à saúde que incorpore os atributos essenciais e derivados da APS, como a orientação comunitária nos territórios.

A gestão participativa no TEIAS em Manguinhos foi organizada segundo referenciais da participação social cidadã, como resposta para lidar com os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado; da corresponsabilização, da educação e comunicação e da adoção do apoio institucional, intrinsecamente relacionada à ação intersetorial.

A agenda intersetorial do TEIAS-Manguinhos foi implementada como instrumento de otimização de saberes, de competências e de estabelecimento de relações sinérgicas com os atores e forças locais. O conceito da intersetorialidade é polissêmico, podendo ser entendido como uma nova lógica de gestão e/ou como uma estratégia política de articulação entre setores²⁷, de forma a construir-se uma agenda sustentável e efetiva para o país. A implementação desta agenda, especialmente construída a partir de atores e instituições locais, trouxe enormes desafios conceituais e operacionais, inclusive no que se refere à sustentabilidade em cenários futuros, uma vez que o ‘agir intersetorial é permeado de conflitos e disputas ideológicas decorrentes de diferentes concepções políticas e institucionais.

Considerando que os sistemas de atenção à saúde devem responder às necessidades locais de saúde, foi possível concluir que a experiência produziu espaços institucionais de escuta e decisão compartilhada em Manguinhos, que incluíram a participação da comunidade e de trabalhadores. O desenvolvimento de tecnologias sociais, como o CGI, permitiu a inclusão de pessoas e segmentos sociais com maior independência de forma a minimizar a influência de interesses particulares e conflitantes no território. Fomentar a participação social nesse território exigiu um processo contínuo de aprendizado e respeito mútuo, para se estabelecer uma relação de confiança entre a gestão, trabalhadores e usuários. A identificação de agentes transformadores locais, entidades, lideranças, fortaleceram as ações de advocacy à participação social e às políticas públicas promotoras de equidade. Isto envolveu a mudança de paradigmas da gestão em saúde, com atuação estratégica no território.

Essa experiência apresentou memória e ação política que legitima a potência da APS no fortalecimento comunitário, uma utopia radical possível. Contudo, para aqueles comprometidos com os ideais da reforma sanitária, causam preocupação, os desmontes de diversas políticas sociais, fruto de movimentos neoliberais, e suas repercussões nos anos seguintes à 2017 no país²⁸. No caso do setor saúde, particularmente na APS, isto foi evidenciado pela mudança de normativas, na restrição e no modo de financiamento público, ameaçando a universalidade do acesso à saúde²⁹.

Longe de ser uma agenda concluída, ainda há novos obstáculos a serem superados na defesa de um projeto nacional e solidário de desenvolvimento, voltado para a redução das desigualdades. Que sejam superados, Antônio Ivo de Carvalho: Presente!

Referências

1. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 368-393.
2. Carvalho AI. Os conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. 1998;3(1):23-25.
3. Doricci GC, Lorenzi CG. Aspectos contextuais na construção da cogestão em Unidades Básicas de Saúde. Saúde Debate. 2020; 44(127):1053-1065.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
5. Teixeira E. O local e o global: limites e desafios da participação cidadã. São Paulo: Cortez; Recife: Equip, 2001.
6. Rios JA. Participação. In: Silva B, coordenador geral. Dicionário de Ciências Sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV; 1987. p. 869-70.
7. Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAM/FASE; 1995.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Articulação em Rede. Redes Regionalizadas e Territórios Integrados de Atenção à Saúde - TEIAS: Estratégias, pressupostos, componentes e diretrizes. Proposta de documento substitutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 22 out 2011.
10. Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. Physis Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2007;17(1):77-93.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

13. Cruz PJSC, Brutscher VJ. Participação Popular e Atenção Primária à Saúde no Brasil: fundamentos, desafios e caminhos de construção. In: Mendonça MHM, Matta GC; Gondim R, Giovanella L. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p.231-264.
14. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.237-255.
15. Santos BS. Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social. São Paulo: Bomtempo; 2007. p.27.
16. Serapioni M, Matos AR. Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos estratégicas. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2013;31(1):11-22.
17. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2010;20(4):1227-1243.
18. Lisboa AE, Sodré F, Araújo MD, et al. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. Trabalho, Educação e Saúde. 2016;14(03):679-698.
19. Júnior SH, Merhy EE, Seixas CT, et al. Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. Interface (Botucatu). 2019;23:e170395.
20. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface. 2005; 9(171):389-391.
21. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. Cadernos de Saúde Pública. 1998;14, suppl 2, p. S07-S18.
22. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2016;21(5):1327-1338.
23. Pinto LF, Giovanella, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência e Saúde Coletiva. 2018;23(6):1903-1914.
24. Fernandes TM, Costa RGR. Histórias de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
25. Costa RGR, Fernandes TM, Freire LL, et al. Políticas públicas urbanas para uma Cidade Saudável: 100 anos de história em Manguinhos. In: Silveira CB, Fernandes TM, Pellegrini B, Organizadores. Cidades saudáveis? Alguns olhares sobre o tema. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 243-267.
26. Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2014;19(11):4417-4426

27. Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG, editores. A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas: Papel Social; 2014.

28. Agostini R, Castro AM. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? Saúde em Debate. 2019;43(8):175-188.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 13 Nov 2019.

Contribuição das autoras

Elyne Montenegro Engstrom: todas as etapas da elaboração do artigo, planejamento, escrita do manuscrito e revisão do texto.

Vanessa Costa e Silva: concepção e elaboração do artigo em todas as fases.

Recebido em 14/07/2021

Aprovado em 15/09/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores concordam que caso o manuscrito venha a ser aceito e postado no servidor SciELO Preprints, a retirada do mesmo se dará mediante retratação.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.