



CLAUDIA CRISTIANE VIVOT

**ANÁLISE INSTITUCIONAL E POLÍTICA DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE: ferramentas de gestão e institucionalização da Atenção
Básica no município de Sorocaba/SP**

CAMPINAS – SP

2014



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

CLAUDIA CRISTIANE VIVOT

**ANÁLISE INSTITUCIONAL E POLÍTICA DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE: ferramentas de gestão e institucionalização da Atenção
Básica no município de Sorocaba/SP**

Orientadora: Profa. Dra. Solange L'Abbate

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Ciências Sociais em Saúde.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA CLAUDIA CRISTIANE VIVOT
E ORIENTADO PELA PROF. DRA SOLANGE L'ABBATE**

Assinatura do orientador:

CAMPINAS – SP

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

V838a Vivot, Claudia Cristiane, 1974-
Análise institucional e política de educação permanente : ferramentas de gestão e institucionalização da atenção básica no município de Sorocaba/SP / Claudia Cristiane Vivot. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Solange L'Abbate.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Educação permanente. 2. Análise institucional. 3. Pessoal de saúde Educação. 4. Assistência à saúde . 5. Gestão em saúde. I. L'Abbate, Solange. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Institutional analysis and permanent education : management tools and institutionalization of the primary care policy in the municipality of Sorocaba/SP

Palavras-chave em inglês:

Continuing education

Institutional analysis

Health personnel, Education

Delivery of health care

Health management

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Solange L'Abbate [Orientador]

Luciane Maria Pezzato

Ana Lúcia Abrahão

Data de defesa: 21-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Powered by TCPDF (www.tcpdf.org)

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

CLAUDIA CRISTIANE VIVOT

Orientador (a) PROF(A). DR(A). SOLANGE L'ABBATE

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). SOLANGE L'ABBATE

Solange L'Abbate

2. PROF(A). DR(A). LUCIANE MARIA PEZZATO

Luciane Maria Pezzato

3. PROF(A). DR(A). ANA LÚCIA ABRAHÃO

Ana Lúcia Abrahão

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 21 de fevereiro de 2014

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Narciso e Cleide, pelo apoio e dedicação em todos os momentos da minha vida.

À minha irmã Marilaine, pela participação especial no meu mestrado, por meio da minuciosa transcrição das entrevistas.

À minha “sombriinha” Jujuba, menina especial e talentosa. Além de trazer brilho para minha vida, me ensinou a usar o YouTube.

Em especial, ao Luís Henrique, querido, que nos últimos tempos me “suportou” no duplo sentido da palavra, com especial tolerância. A você devo muito do que aprendi enquanto “humana”, embora ainda não seja suficiente!

Ao João Pedro, pelas inúmeras ausências nos momentos “família”.

AGRADECIMENTOS

A todos os funcionários, coordenadores, amigos da Regional Sudeste e da Secretaria de Saúde de Sorocaba, que fizeram parte de meu aprendizado. Sou feliz por ter encontrado vocês em determinadas épocas da minha vida e por termos conseguido fazer experimentações fantásticas!

Em especial ao amigos *Nadma Helena Isquerdo, Renata Ferraz, Justina B. Gomes, José Manoel A. Guerrero, Célia Regina de Carvalho e Maria José M. Nogami*, parceiros de muitas horas. Apesar de muitas coisas terem parecido “insanas”, acredito que contribuímos para a melhoria dos serviços e, de alguma maneira e com algumas pessoas, demos diferentes sentidos para o trabalho na saúde.

Aos amigos da Análise Institucional e Saúde Coletiva, que foram descortinando o mundo da pesquisa para mim e me ajudando no entendimento da Análise Institucional.

Em especial, à minha professora Solange, que me surpreende a cada trabalho que fazemos juntas e me inspira com seu modo de ser, inteligente, elegante e arrojada!

*Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto é
Realidade.*

Prelúdio, Raul Seixas

RESUMO

A Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba/SP, por meio da Diretoria de Área da Assistência e Educação em Saúde, responsável pelo direcionamento do modelo de atenção à saúde e gestão das Unidades Básicas de Saúde, vem adotando diferentes estratégias de trabalho para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde em seu território. Em 2010, foram criados seis Colegiados de Gestão, compostos por cinco Unidades Básicas de Saúde cada. Foram constituídos também três Núcleos Técnicos, compostos por profissionais do nível central designados para apoiar a gestão das Unidades Básicas de Saúde. Nesse novo formato, houve uma revisão do papel dos apoiadores técnicos e a implementação de reuniões com coordenadores das Unidades Básicas de Saúde. A adesão dos técnicos da Diretoria de Área da Educação em Saúde a este modelo organizacional não ocorreu de modo homogêneo em todos os Colegiados. Nos Colegiados Leste e Centro Sul, as diferentes estratégias de trabalho foram discutidas em reuniões periódicas orientadas pelos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Assumiu-se a premissa de que o desenvolvimento técnico-científico e ético dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde favoreceria o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica. O objetivo geral dessa investigação de caráter qualitativo foi analisar essas reuniões, ocorridas de junho de 2010 a dezembro de 2012, como espaços de discussão de práticas relativas à qualificação da gestão e seus possíveis desdobramentos em relação aos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde. As informações foram obtidas a partir da leitura das Atas das reuniões, dos relatos da autora que atuou como uma das apoiadoras dos referidos colegiados, complementadas por entrevistas semiestruturadas com os coordenadores das Unidades Básicas de Saúde e com os diretores da Diretoria de Área da Assistência e Educação em Saúde, que atuaram de 1998 a 2012. A análise das informações levou em conta os pressupostos da Educação Permanente, baseou-se no referencial teórico-metodológico da Análise Institucional, sobretudo os conceitos de instituição, implicação e analisador. Os resultados da investigação apontaram que nestes Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul houve um expressivo avanço na construção coletiva de conhecimentos e ações voltadas ao enfrentamento dos problemas do cotidiano do trabalho, resultando numa maior aproximação entre a gestão e a assistência. Evidenciou-se também um aumento do vínculo entre os próprios coordenadores e entre estes e os apoiadores, construindo uma nova intersubjetividade. Esta investigação pretende contribuir para a institucionalização e difusão dessa estratégia de caráter inovador e estimular movimentos semelhantes em outros equipamentos das Secretarias Municipais de Saúde, buscando sempre o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação Permanente. Análise Institucional. Formação do Profissional em Saúde. Articulação entre Gestão e Assistência.

ABSTRACT

The Municipal Health Department of Sorocaba, SP, Brazil, through its Division for Health Treatment and Education, is responsible for managing the model of treatment dispensed at basic health units. In effect, the department has adopted different working strategies for strengthening primary health care in the municipality. In 2010, six management teams were set up, each one responsible for five basic health units. Three technical groups were also implemented, comprised of middle-level professionals assigned to back up the management of basic health units. With this new format the role of technical backers was revised and meetings were held with coordinators of basic health units. Acceptance of this model by technicians in the Division for Health Treatment and Education was far from homogeneous among the teams. In the eastern and south-central teams the different working strategies were discussed at periodic meetings, based on the principles found in the Brazilian National Policy for Continuing Education in Health. The premise was accepted that the technical, scientific and ethical training of the coordinators of basic health units favored the strengthening of the National Primary Care Policy. The overall objective of this qualitative investigation was to analyze these meetings, which were held between June 2010 and December 2012, as spaces for discussing practices related to training in management and the possible results for coordinators of basic health units. The information was obtained from the minutes of these meetings and from reports by the author, who served as one of the backers of the above-mentioned teams. The information was completed with semi-structured interviews with coordinators of basic health units and with persons who had served as supervisors of the Division for Health Treatment and Education between 1998 and 2012. The analysis of the information took into account the premises of continuing education and the theoretical and methodological framework of institutional analysis, especially the concepts of institution, implication, and analyzer. Research results showed that there was a significant advance in the collective construction of knowledge and actions in the eastern and south-central teams, aimed at addressing everyday problems of work. This resulted in a closer relationship between management and treatment. Closer ties also resulted among the members themselves and between them and the backers, which led to new intersubjectivity. This study is intended as a contribution to the institutionalization and dissemination of this innovative strategy. The authors also hope that it will encourage similar movements in other areas of municipal health departments in the improvement of the Brazilian Federal Health System.

Keywords: Continuing education. Institutional analysis. Training of health professionals. Articulation between management and treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACS – Agentes comunitários de saúde
- AI - Análise Institucional
- APS - Atenção Primária em Saúde
- CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial
- CEI – Centro de Educação Infantil
- CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CG - Colegiados de Gestão
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico
- DAAES - Diretoria de área da assistência e educação em saúde
- DRS – Departamento Regional de Saúde
- DST – Doença sexualmente transmissível
- EAD - Educação à distância
- ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública
- EPL - Educadores Permanentes Locais
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz
- GERUS - Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS
- G7 - Grupo das sete UBSs prioritárias para o enfrentamento da mortalidade infantil
- NEP - Núcleo de Educação Permanente
- PAP - Papanicolau
- PBL – Problem Based Learning (Aprendizagem Baseada em Problemas)
- PES – Programa Escola Saudável
- PMS – Prefeitura Municipal de Sorocaba
- PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
- PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- SAME - Serviço de Assistência Municipal Especializado
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba
- SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UEL - Universidade Estadual de Londrina

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UPH - Unidade Pré-Hospitalares

URBES – Secretaria de Trânsito e Transporte

VE – Vigilância Epidemiológica

LISTA DE SÍMBOLOS DAS TRANSCRIÇÕES

[] – Acréscimos ou comentários da pesquisadora

[...] – Supressões de trechos das entrevistas ou registros das Atas

“abc” – Citações literais, reprodução de discurso direto ou leitura de textos

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Entrevistados do grupo 1: diretores da DAAES.....	69
Quadro 2 - Entrevistados do grupo 2: coordenadores das UBSs.....	69
Figura 1 - Mapa do município de Sorocaba dividido por Colegiados de Gestão e UBSs - Sorocaba/SP - 2012.	53

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	vii
AGRADECIMENTOS	ix
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xv
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xvii
LISTA DE SÍMBOLOS DAS TRANSCRIÇÕES	xix
LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	xxi
SUMÁRIO.....	xxiii
APRESENTAÇÃO	27
Os motivos para a ação: minhas (sobre) implicações com a pesquisa	31
A estruturação da pesquisa.....	36
CAPÍTULO 1: AS MUDANÇAS RECENTES NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....	39
1.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	45
CAPÍTULO 2: O MUNICÍPIO DE SOROCABA E AS POLÍTICAS SETORIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO URBANO	49
2.1 Caracterização dos Colegiados Leste e Centro Sul	54
2.1.1 Colegiado Leste	55
2.1.2 Colegiado Centro Sul	56
CAPÍTULO 3: OS CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO	59
3.1 Objetivo geral.....	61
3.2 Objetivos específicos.....	61
3.3 Referencial teórico-metodológico	61

3.4 Os procedimentos de coleta e análise das informações	67
3.4.1 Entrevistas	67
3.4.2 Análise documental	68
3.4.3 Relatos da pesquisadora	68
3.4.4 Os sujeitos da pesquisa	69
CAPÍTULO 4: MEMÓRIAS, DISCURSOS, PROJETOS: UMA VIAGEM AO PASSADO.	71
4.1 De 1999 a 2007:	73
4.2 De 2007 a 2011	84
4.3 De 2011 a 2012	90
CAPÍTULO 5: CONSULTANDO OS MANUSCRITOS	95
5.1 O início das atividades dos Colegiados Leste e Centro Sul.....	99
5.2 Necessidades da gestão: compreender e organizar as informações em saúde	104
5.3 Construindo alguns olhares para o território, problematizando as práticas: a busca pelo sentido no trabalho	108
5.4 O desafio da integração intersetorial, do enfrentamento da Dengue e da participação popular	113
5.5 O aumento da demanda de trabalho e a redução do tempo dedicado aos estudos sobre o SUS	121
5.6 Entre as demandas e os momentos reflexivos dos Colegiados Leste e Centro Sul	129
CAPÍTULO 6: OUVINDO OS CONSTRUTORES DESTA OBRA COLETIVA.	135
CAPÍTULO 7: UM OLHAR PARA O ESPELHO E OUTRO PARA O FUTURO: ANALISANDO A TRAJETÓRIA DESSA INVESTIGAÇÃO	161
7.1 As reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul e a Educação Permanente	163
7.2 A aplicação dos conceitos da Análise Institucional na trajetória da SMS e nos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul	170

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	179
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	189
ANEXOS	195
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	197
ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS – COORDENADORES LOCAIS .	199
ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS – DIRETORES DE ÁREA DA ASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	201
ANEXO 4 :BANNER DA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE.....	203
ANEXO 5: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA ESF 1	205
ANEXO 6: : DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA ESF 2.....	207
ANEXO 7: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 3.....	209
ANEXO 8: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 4.....	211
ANEXO 9: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 5.....	213
ANEXO 10: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 6.....	215
ANEXO 11: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA ESF 7	217
ANEXO 12: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 8.....	219
ANEXO 13: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 9.....	221

APRESENTAÇÃO

Diante da relevância do papel dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde e da necessidade de desenvolvimento profissional de trabalhadores no e para o SUS, é imperativo instituir políticas públicas que viabilizem a implantação de desenhos educacionais, de gestão e de avaliação dos processos que tragam a transformação nas práticas e no contexto do trabalho na saúde.

Em maio de 1998, o município de Sorocaba foi habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB SUS/96 (SOROCABA, 2007) e, desde então, a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba (SMS), por meio da Diretoria de Área de Atenção e Educação em Saúde (DAAES), adota diferentes metodologias para a capacitação dos coordenadores locais, periodicidade de reuniões de equipe e supervisões técnicas.

Não há registros sistemáticos de como esses processos foram e continuam sendo desencadeados e também das suas repercussões na prática gestora desses profissionais. Desta forma, os avanços e retrocessos obtidos na implementação da Atenção Básica em Saúde, associados a cada modelo de gestão adotado, não são formalmente avaliados.

Ao longo de 2009, a equipe técnica da DAAES, com a participação de alguns gestores locais, retomou o diálogo sobre a reorganização da Atenção Básica e propôs uma nova divisão territorial para as UBSs e modalidade de supervisão técnica oferecida aos coordenadores. A nova divisão geopolítica denominou-se Colegiados de Gestão (CG), e aos profissionais do nível central, que fariam a articulação entre as duas instâncias de gestão, deu-se o nome de Núcleos Técnicos. Nesta fase, os coordenadores vivenciaram diversos momentos de discussão para apropriação e construção desses conceitos e, paralelamente, a equipe técnica debatia e se organizava para apoiá-los no dia a dia. Pelo fato de o projeto não se basear numa decisão política do gestor municipal, e sim ter sido uma iniciativa da equipe da DAAES, a participação dos técnicos ligados à gestão central foi definida por adesão, o que significou diferentes graus de envolvimento dos mesmos. Assim, a implementação da estratégia aconteceu de distintas maneiras no território.

Em 2010, as UBSs que comporiam cada Colegiado de Gestão já estavam definidas e a equipe técnica dividida para apoiar cada conjunto de cinco serviços. A princípio, os CGs foram nomeados numericamente: 1, 2, 3, 4, 5 e 6 e, em seguida, de acordo com sua localização geográfica: Leste, Centro Sul, Noroeste, Sudoeste, Norte e Centro Norte. Com

o decorrer do tempo, alguns técnicos foram deixando de exercer o apoio aos coordenadores e a equipe do Núcleo Técnico ficou bastante reduzida.

Nos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul, essas reuniões foram acompanhadas por duas apoiadoras da SMS – uma das quais autora desta dissertação – e ocorreram sistematicamente desde o momento de sua fundação, em junho de 2010. Buscaram-se desenvolver metodologias de trabalhos inspiradas nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e almejavam-se qualificar as práticas gestoras por meio da aproximação dos níveis de gestão central e local, desenvolvimento da gestão compartilhada e do empoderamento dos coordenadores das UBSs. Outra premissa era o entendimento de que a discussão dos problemas do cotidiano produziriam intervenções mais adequadas e profícuas, para cada serviço, e estimularia o desenvolvimento de habilidades técnicas e relacionais que favoreceriam o fortalecimento do grupo de gestores locais e a implementação de novos processos de trabalho nas UBSs, logo, o avanço da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Este estudo tem como objetivo central analisar as reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul, consideradas como espaço de discussão de práticas relativas à qualificação das práticas gestoras. Pretende, ainda, verificar se, de alguma maneira, cumpriram com alguns dos ideais que foram buscados pela SMS em períodos anteriores.

Tendo em vista o acontecer dessas práticas e a necessidade de analisar o processo em institucionalização, o arcabouço teórico-metodológico da Análise Institucional foi utilizado visando ampliar a capacidade de compreensão das complexas relações ligadas à produção e à educação em saúde. Nesse caso, subsidiará a construção de planos de intervenções realmente mais efetivos para o aprimoramento do sistema de saúde, pois, segundo L'Abbate, a Análise Institucional:

[...] tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos. Para tanto, tendo por base um conceito dialético de instituição, a Análise Institucional utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de encomenda e demanda, transversalidade, analisador e implicação. (L'ABBATE, 2012, p.198).

É premente a necessidade do reconhecimento dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde como instâncias gestoras fundamentais para a implementação de políticas

de saúde efetivas. Da mesma maneira, é importante investir esforços na identificação de estratégias metodológicas que contribuam para a inovação na forma de fazer a gestão dos serviços de saúde e produzam sujeitos mais autônomos e comprometidos com o trabalho. Essa é a fundamentação que justifica meu interesse em estudar as reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul, cujas análises certamente haverão de contribuir para a reflexão e redefinições de posturas e ações desenvolvidas por esta equipe de apoiadores e coordenadores locais.

Os motivos para a ação: minhas (sobre) implicações com a pesquisa

Certo ou errado, escolhi minha profissão baseada no desejo de morar com minha melhor amiga na cidade de Londrina. Diante da indecisão da carreira a escolher, optei pelo curso cuja concorrência não assustava muito: Enfermagem e Obstetrícia. Já na inscrição para o vestibular, tive o primeiro sinal para desistir. Sem saber do que tratava exatamente a profissão, perguntei para quem estava ao meu lado: o que será que o enfermeiro faz? A resposta foi terrível e mesmo assim não desisti: “enfermeiro é aquela pessoa que serve para levar a culpa quando o médico faz coisa errada”. Pavoroso!

Assim, após ser convocada em segunda chamada para efetuar minha matrícula (outro susto, pois perante meu desempenho no colégio, tinha certeza de que passaria de primeira), humildemente e muito feliz, iniciei, em janeiro de 1992, minha graduação na Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Já nos primeiros meses de aula, não tinha certeza se era exatamente o que gostaria de fazer e comentei com meu pai que não estava muito feliz e ele me disse: se for continuar, gostando ou não, faça bem feito. Não conseguia ver sentido em muitas disciplinas iniciais, como a História da Enfermagem, a rigidez imposta para as regras de vestuários, enfim, uma miríade de atividades, estudos, comportamentos esperados que, talvez por imaturidade ou por não ter muito sentido mesmo, não conseguia entender no que tudo aquilo poderia ajudar o mundo a ser melhor. Fazer bem feito nesta ocasião era, no mínimo, não repetir de ano.

As disciplinas referentes à Saúde Coletiva me trouxeram mais motivação para o curso. Foi durante os estágios nas Unidades Básicas que tive noção do que era uma área socialmente vulnerável, da importância dos serviços de saúde para a população e certeza de que havia muito a ser feito. Tive a felicidade de fazer parte da primeira turma do sistema seriado da UEL, o que significou ser formada num sistema de aprendizado baseado em problemas (PBL) e cujos estágios congregavam alunos de medicina, odontologia, fisioterapia e enfermagem. As atividades e compromissos eram todos resolvidos multiprofissionalmente, o que, desde cedo, me fez ver a riqueza dos múltiplos olhares e ideias atuando a favor de um projeto em comum.

Em 1995, nos últimos meses de curso, tivemos o internato de enfermagem na área hospitalar e na saúde coletiva. Foram três meses sob tutoria do enfermeiro responsável por esses serviços, com supervisão dos docentes do curso. Na área da saúde coletiva, o trabalho final foi elaborar um mini-GERUS, experiência inesquecível e estruturante no meu modo de ser, pensar e organizar os serviços de saúde. O que seria isso? Os coordenadores das UBSs de Londrina receberam uma especialização voltada à gestão dos serviços, denominada Projeto GERUS (Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS). A enfermeira coordenadora da UBS na qual fiquei lotada havia feito o curso, e o meu trabalho de conclusão da graduação era a elaboração de um diagnóstico de área inspirado nestes conceitos.

Essa especialização foi organizada a partir de três Unidades, sendo a primeira referente à Avaliação (perfil socioepidemiológico populacional; condições de vida e processo saúde-doença; infraestrutura, produção e avaliação dos serviços). A segunda abordava a história e a base territorial da UBS, informações como instrumento gerencial, conceitos de problemas de saúde, metodologias de planejamento e análise dos processos de trabalho. A última Unidade referia-se à operacionalização da UBS, afirmando a negociação como instrumento de gerência, formas de condução dos processos de trabalho, provimento de recursos humanos, disponibilidade dos meios de trabalho e serviços de apoio e desenvolvimento de práticas gerenciais voltadas para a melhoria contínua da qualidade.

Assim, saí da Universidade fortemente influenciada por esses princípios e valores organizadores do trabalho, que norteiam minha carreira até os dias atuais. Naquele tempo, eram inimagináveis a influência que essas experiências exerceriam na minha vida

profissional e a coincidência feliz de encontrar, em Sorocaba, pessoas que também acreditavam e fundamentavam muitas de suas práticas nessas diretrizes operativas. Contarei melhor esta história no decorrer deste texto.

Hoje, e desde minha primeira oportunidade de colocar em prática meus aprendizados, tenho orgulho do que faço. Algo me move a buscar ferramentas e subsídios para qualificar permanentemente minha prática profissional, independente do lugar que ocupe. Decidi continuar e sempre me pergunto o que é fazer bem feito.

Após uma riquíssima experiência no município de Votorantim, de 1997 a 2008, onde tive a oportunidade de seguir o passo a passo do GERUS e de viver intensamente as dores e as delícias dessa experimentação, em 2002, fui admitida no concurso público no município de Sorocaba para atuar em uma UBS tradicional, até então, algo desconhecido para mim. Após cinco anos atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF) e iniciar minhas atividades nesta UBS tradicional, fiquei chocada pela forma como os usuários eram tratados e “não vistos” pelo serviço. A pouca importância que era dada ao conhecimento do território, ao perfil epidemiológico, à relação com outros equipamentos sociais com os quais poderíamos tentar construir redes, à inexistência dos Conselhos Locais, enfim, tive a impressão de ter caído no inferno.

Para sobreviver no que me pareceu uma loucura, o fato de precisar organizar minimamente questões como os cuidados com a saúde da mulher, das crianças e dos adultos – minha dedicação enfim – talvez tenha chamado a atenção de um colega médico. Em 2003, este profissional me convidou para compor a equipe de Supervisores de Área da Secretaria de Saúde para desenvolver um novo projeto, pelo qual seria o responsável. Este colega é o mesmo com o qual fiz algumas parceiras no município de Votorantim, em 1998, tentando integrar nossa equipe móvel rural da ESF com uma UBS tradicional. Além disso, de agosto de 2005 a maio de 2006, fizemos o Curso de Facilitadores de Educação Permanente pela ENSP/FIOCRUZ, e, finalmente, em 2007, este médico tornou-se um dos diretores da DAAES, que também compõe o grupo de sujeitos da minha pesquisa.

Em 2003, tornei-me Supervisora de Área/apoiadora, função que no município de Sorocaba tem variado de nomenclatura ao longo do tempo, como núcleo técnico, facilitador, apoiador etc. Exerço-a até os dias de hoje. E foram muitas as emoções, frustrações e recomposições de planos para tentar ajustar as minhas atividades de apoio às

necessidades dos coordenadores, tanto nas fundamentações técnicas quanto na abordagem dos problemas do cotidiano.

O ano de 2009 foi muito importante para mim. Iniciei o exercício da tutoria¹ na modalidade de educação à distância (EAD) por instituições sérias e comprometidas com o ensino de qualidade.

O exercício das tutorias, além de ser uma nova atividade profissional (pela qual me apaixonei, sinto falta quando não estou com os alunos), além de me proporcionar uma atualização técnica permanente em vários aspectos da Atenção Básica, deram-me a oportunidade de conhecer um pouco da realidade de cada município ali representado. E confirmar, diariamente, que esse distanciamento entre a teoria e a prática era um problema “globalizado”, dificuldade que sentia também no exercício da supervisão de área.

Em 2009 ainda, passei a frequentar, como aluna especial, a disciplina optativa de Análise Institucional, coordenada pela Prof.^a Dr.^a Solange L’Abbate, que mais tarde seria minha orientadora de mestrado. Passei também a frequentar as reuniões do Grupo do Diretório de Pesquisa do CNPq Análise Institucional e Saúde Coletiva, liderado pela mesma professora. Foi outro momento em que parei e pensei: você tem certeza de que quer continuar?!!! Os conceitos que a disciplina abordava estavam alinhadíssimos com as necessidades – que vinha sentindo nos últimos anos – de analisar os trabalhos que estavam sendo desenvolvidos na SMS. Confesso que analisar as implicações, identificar as instituições que nos atravessam para que, depois disso, consigamos falar sobre elas e tomar algumas providências para a construção de verdadeiros sujeitos individuais/coletivos não é tarefa fácil e nem sempre agrada a todos. Novamente, me entreguei ao desafio.

Assim, desde os primeiros anos de trabalho voltados à assistência direta aos usuários, passando por vários campos da gestão, tenho frequentado espaços de discussões sobre as políticas de saúde que me fazem ver a importância dos cargos de supervisões técnicas², seja qual for o nome adotado pelos municípios. Esse trânsito pelos diferentes locais onde se discutia “o SUS” mostrava-me constantemente a distância que existia entre os discursos praticados e a realidade vivida. Isso tanto por parte dos supervisores de

¹ Atuei como tutora em duas edições do Curso de Qualificação de Gestores do SUS/ENSP/FIOCRUZ (2009 e 2010), uma edição no Curso de Informação e Comunicação para o Controle Social/ENSP/FIOCRUZ (2013) e em duas edições da Especialização em Saúde da Família/UNASUS/UNIFESP (2011 e 2013).

² Refiro-me aos profissionais que, normalmente, estão ligados aos níveis centrais da gestão e são incumbidos de orientar/fomentar a reorientação das políticas de saúde.

área/apoiadores quanto, principalmente, dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde. Outra constatação era a dificuldade comum dos apoiadores, logo, do SUS em geral, em encontrar meios sustentáveis de levar essas discussões às pessoas responsáveis pela coordenação de serviços. Muitas vezes, estes sujeitos atuavam em terrenos tão áridos, de problemas tão concretos, que quando conseguíamos criar alguma oportunidade de diálogo entre esses dois níveis de gestão parecia que estávamos reunindo, em um só espaço, habitantes de dois mundos: o real e o surreal.

Ao longo dessa caminhada, desenvolvi alguns questionamentos crônicos, que precisavam ser postos à prova: no processo de reorientação do modelo de atenção no SUS, o coordenador da UBS tem papel estratégico para o desenvolvimento do trabalho em saúde. A quem compete este desenvolvimento profissional? Qual a melhor maneira de prepará-lo? Como ampliar as habilidades gestoras, valorizando os conhecimentos e experiências adquiridas?

Tudo isto culminou na escolha da temática da investigação desenvolvida no Mestrado em Saúde Coletiva, na área de concentração Análise Institucional e Práticas de Saúde, iniciado em 2012, que resultou na dissertação aqui apresentada. Espero que este trabalho possa oferecer/encaminhar respostas a estas e a outras perguntas que surjam ao longo de seu percurso e levante novas questões sobre arranjos e ferramentas de gestão. E também que seus resultados tragam novas reflexões sobre as práticas gestoras no cotidiano da saúde e reconheçam os coordenadores das Unidades Básica de Saúde como sujeitos estratégicos na construção do SUS.

Da mesma maneira, que os resultados desta pesquisa despertem/reafirmem/recuperem/ relembrem todos aqueles que exercem algum tipo de apoio a estes serviços, sobre a responsabilidade que possuem na institucionalização de novos processos de trabalho que contribuam para o avanço do sistema de saúde como um todo.

A estruturação da pesquisa

O período da investigação vai de junho de 2010 a dezembro de 2012 e tem seu olhar e análises voltados para as reuniões dos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul, do município de Sorocaba/SP. Para compreender os avanços e pontos a serem repensados, no que tange a desenvolver metodologias de ensino e aprendizagem, relações interpessoais e institucionais que qualifiquem o sistema de saúde na contemporaneidade, entendi que era preciso retroceder um pouco no tempo.

Voltarei aos idos anos de 1999, a fim de recuperar fatos e momentos passados que auxiliem na compreensão do contexto e entendimentos atuais das políticas de saúde. Parto do princípio de que se trata de uma construção histórica modelada, amassada, omitida e sustentada por aqueles que vivenciaram o SUS nesta época.

No Capítulo 1, contextualizo, dos pontos de vista teórico e de implementação, o processo de gestão e a necessidade da formação qualificada dos gestores das Unidades Básicas de Saúde, assim como o papel da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) na SMS de Sorocaba.

O segundo capítulo contém uma descrição sucinta do município de Sorocaba e de algumas das políticas de desenvolvimento urbano adotadas pela administração pública, seguida de uma breve caracterização dos Colegiados Leste e Centro Sul, nos quais se desenvolveu a investigação.

No capítulo 3, abordo o desenho da pesquisa, os objetivos e os sujeitos do estudo. Também apresento, de forma sucinta, a Análise Institucional enquanto referencial teórico-metodológico, a partir dos conceitos que serão abordados no estudo.

No quarto capítulo, faço um breve resgate da trajetória político-organizacional dos três períodos de gestão da DAAES por meio das entrevistas cedidas pelos respectivos diretores.

No capítulo 5, resgato o percurso dos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul, por meio das Atas das reuniões que ocorreram desde o “momento fundador” dessa nova instituição até a ocasião em que esta estratégia era sustentada por poucos apoiadores, e aguardávamos o novo secretário municipal de saúde tomar posse de seu cargo.

No sexto capítulo, a partir das entrevistas com os coordenadores, analiso a maneira pelo qual estes sujeitos relataram suas experiências vivenciadas nas reuniões dos CGs em estudo e permitiram captar os efeitos produzidos em suas práticas quando do uso dos princípios da Política Nacional de Educação Permanente.

Parte do que será abordado nos capítulos 4, 5 e 6, é resultado também dos meus próprios registros, pois estava presente na maior parte das reuniões analisadas.

No sétimo e último capítulo, desenvolvo uma análise crítica dos materiais resgatados a partir das memórias, interpretações e falas de diretores e coordenadores, das Atas das reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul expostos nos capítulos anteriores, bem como do resgate da minha própria experiência como participante de todo o processo, à luz dos pressupostos da PNEPS e dos conceitos da Análise Institucional.

Finalmente, apresento as considerações finais e encerro a dissertação, com as referências bibliográficas e os anexos.

O projeto que resultou nesta dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FCM/UNICAMP sob o parecer nº 19488613.5.0000.5404.

**CAPÍTULO 1: AS MUDANÇAS RECENTES NA
INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E A
POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE: UMA BREVE
CONTEXTUALIZAÇÃO**

Em 1988, a Constituição Federal é aprovada e estabelece na Seção II, no artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O direito à saúde no Brasil é uma conquista “em movimento” (L’ABBATE, 2010) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se dá por meio do arcabouço jurídico da Lei Orgânica nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Esta vitória é fruto de uma intensa luta histórica de forças e poderes da sociedade, com avanços e retrocessos, e em permanente atualização.

O SUS é a expressão mais acabada do esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Embora saibamos que os bons indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), é inquestionável a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos (CECÍLIO *et al.* 2011, p. 3).

A trajetória de conformação do SUS é marcada por inúmeras políticas governamentais, traduzidas por legislações, normatizações e regras de financiamentos. Associado a isso, a principal política de saúde brasileira vem sendo configurada por meio de recomendações técnicas e organizacionais elaboradas em seus diferentes momentos históricos. Podemos citar, dentre outros, o movimento da Reforma Sanitária (1970), a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a Constituição Cidadã (1988), a Lei Orgânica 8.080 (1990), a Lei 8.142 (1990), inúmeras diretrizes e portarias ministeriais, o Pacto pela Saúde (2006) e a recém promulgada Política Nacional da Atenção Básica (2011).

Estas medidas jurídico-administrativas vieram com o intuito de aumentar o grau de compartilhamento de responsabilidades de cada esfera de governo e regulamentar o papel das instâncias gestoras do SUS. O processo de implementação do sistema de saúde aproximou os gestores da realidade social da população e evidenciou a importância da participação social na elaboração de políticas de saúde. Dentre os desafios impostos para a institucionalização de serviços de saúde mais eficientes estão a definição de modelos assistenciais e de modos de organização dos processos de trabalho que ampliem o acesso à saúde e atendam às necessidades das pessoas.

A cultura da organização da gestão e da assistência em saúde é fortemente influenciada, dentre outros fatores, pelo predomínio dos interesses econômicos sobre as necessidades sociais, pela hegemonia das políticas neoliberais, pela divisão técnica do trabalho, pelas forças político-sociais do modelo biomédico e pela formação profissional voltada para os interesses do mercado. As manifestações destes valores nas práticas de trabalho são presenciadas diariamente no campo da saúde, ditando o enfoque e a postura de grande parte dos atores ligados à organização do sistema de saúde e à produção do cuidado. De acordo com Bonfada *et al* (2012, p. 556):

[...] torna-se indispensável repensar o direcionamento da produção dos serviços em saúde que historicamente vem sendo desempenhada sob a orientação hegemônica do modelo médico-assistencial privatista, voltado para a cura do corpo individual, em suas manifestações patológicas, o que a caracteriza fragmentadora, curativista e pontual.

O trabalho em saúde apresenta muitas particularidades em relação a outros modos de produção de trabalho. Embora também seja uma prestação de serviços, o “produto” oferecido aos usuários é muito sutil, visto que deve ser ofertado de maneira planejada, de acordo com a singularidade de cada indivíduo, no tempo e na quantidade adequada, considerando as necessidades humanas. A compreensão do contexto sócio-econômico-cultural no qual as pessoas estão inseridas faz-se indispensável aos trabalhadores da saúde e gestores com vistas à oferta do cuidado integral, equânime e mais resolutivo.

Assim, o trabalho em saúde é quase imaterial:

[...] não tem como resultado um produto material independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 2000, p.85).

Desta maneira, é fundamental termos consciência de que a luta pela implementação da saúde como direito da sociedade brasileira ainda continua, e o modelo técnico-assistencial adequado não está pronto, devendo ser ajustado de acordo com as diferentes realidades e especificidades de cada localidade.

A hegemonia do modelo biomédico precisa ser revista, e a discussão permanente do conceito ampliado de saúde, nos diferentes espaços nos quais os sujeitos se constituem (família, educação básica, universidades, trabalho e na sociedade), pode atuar como dispositivos para mudanças nas condições de saúde da população. Ademais, é evidente a necessidade de criarmos mecanismos de revalorização da cultura institucional na saúde,

como reconstruir, reformar, reafirmar e incorporar valores, a partir de novas bases conceituais, que sejam capazes de superar os processos de trabalho ultrapassados e nos aproximem da verdadeira produção da saúde.

A Portaria nº 2.488/2011 aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e estabelece 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). Ainda apresenta princípios e diretrizes gerais para a reorganização da Atenção Básica, partindo dos pressupostos relevantes para a visão integral do indivíduo e inclusão da abordagem territorial como condições fundamentais para a instituição de políticas de saúde mais eficientes.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011, p. 2)

É neste momento que se destacam as discussões sobre o modelo de gestão assumido pelas instâncias do SUS e questionam-se as condições de trabalho e estruturas organizacionais que garantam a materialização deste conceito.

Para Barbosa (2011, p. 352):

[...] no modelo tradicional de gestão, as decisões concentram-se no nível central, que está distante daqueles que detêm informações relevantes associadas a tais decisões. Essa é uma das principais causas de desempenho insatisfatório dos serviços de saúde. [...] O modelo centralizado torna os processos de tomada de decisão mais burocráticos e morosos.

Neste sentido, faz-se necessária uma profunda revisão nos modos pelos quais a saúde tem sido planejada, executada e avaliada, inclusive considerando a indissociabilidade da articulação de gestores, trabalhadores e usuários no repensar do trabalho. Ainda é imperativo o resgate do objeto da Saúde Coletiva, a revisão permanente das formas de organização dos serviços e a análise das conjecturas que têm fundamentado o ato de cuidar.

Apenas alterando o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu principal objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos indivíduos e da

coletividade representados como doença, é que será possível cumprir os preceitos constitucionais que garantem o direito efetivo à saúde a todos os brasileiros (CARVALHO; CUNHA, 2006, p.837).

A identificação de estratégias institucionais e a oferta de espaços que garantam o diálogo entre os sujeitos envolvidos na produção de saúde para a revisão das práticas de saúde são condições indispensáveis para a mudança do modelo organizacional atual. Mas, também, a construção de conexões e coordenação do cuidado entre os diferentes pontos da rede de atenção são essenciais à instituição de um serviço de saúde mais integral, resolutivo e seguro.

Nesse cenário, diante da necessidade da formação de sujeitos na sociedade contemporânea, a educação enfrenta um duplo desafio: vencer a crise dentro das diversas modalidades de ensino e superar as carências de estudos e de formação permanente dos sujeitos inseridos nos distintos postos de trabalho, em processo contínuo de reconfiguração das práticas profissionais (RANGEL, 2012, p.545).

A sociedade se transforma dia a dia, e os desafios impostos à gestão na saúde precisam ser enfrentados para que as mudanças ocorram em direção às melhores condições de vida da população. A produção do cuidado na saúde é fortemente dependente dos profissionais e, para tanto, precisa contar com gestores e trabalhadores qualificados nas esferas federal, estadual, municipal e local, para a formulação e execução de ações próximas da realidade desejada.

Desde 1988, ocorreram reiteradas propostas para a qualificação da força de trabalho do SUS, necessariamente articuladas e financiadas pelos três entes federados. Os avanços alcançados pelo sistema de saúde nas últimas décadas são notáveis e impactaram diretamente na mudança do perfil de morbimortalidade da população brasileira. No entanto, problemas como a insuficiência de políticas públicas voltadas para o aprimoramento de gestores e trabalhadores, em suas diversas instâncias, têm dificultado o reordenamento do modelo de atenção à saúde.

No meu ponto de vista, além do “macro-enfrentamento” a ser feito para a institucionalização do SUS, nos âmbitos político, financeiro e ideológico, localmente, na instância municipal, a deficiência na formação dos profissionais da saúde precisa ser reconhecida como um importante obstáculo para os avanços no sistema. Este fato torna-se mais grave quando se observa a discrepância entre a responsabilidade dos cargos

estratégicos de gestão do SUS e os poucos investimentos no preparo e acompanhamento destes sujeitos quanto aos resultados na implementação das políticas de saúde.

De acordo com a PNAB (2011), o redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente no funcionamento dos serviços e no processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários), maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, gestão das mudanças e estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.

Nesse sentido, o reconhecimento das coordenações locais como instâncias de gestão é fundamental para o avanço do direito à saúde e para a mudança no modelo de atenção, organizado a partir das necessidades sociais dos usuários e com ofertas de ações mais coerentes à realidade de cada comunidade. Neste estudo, a gestão local é entendida como a função exercida pelos coordenadores que estão à frente das Unidades Básicas de Saúde. Para que estes atores possam assumir o papel de protagonismo na construção do SUS, é necessária a inclusão destes sujeitos nos debates e formulações de políticas de saúde. Da mesma forma, é preciso tornar a instituição um espaço educativo que atenda às exigências desta função gestora.

1.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

Sabe-se que o desempenho adequado dos gestores do SUS está fortemente ligado à sua formação para/no trabalho e dita a qualidade e a velocidade das mudanças institucionais. No entanto, os resultados do processo de formação são influenciados e delimitados por condições políticas, ideológicas e contingenciais, e as ações de educação em saúde devem compor um projeto mais amplo, estratégico e sustentável de transformação organizacional.

Para Davini (2009, p.43), os enfoques educativos transformaram-se profundamente nos últimos anos, acompanhados, por um lado, da reflexão crítica das tendências clássicas e, por outro, da incorporação dos aportes da sociologia das organizações, da análise

institucional e da perspectiva da educação de adultos, particularmente em situações de trabalho.

Diante da responsabilidade constitucional do SUS de ordenar a formação profissional para a área de saúde, em 2003 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) lança a Resolução Nº 335, aprovando a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Polos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.

Esta política tem como objetivo atender aos requisitos citados na NOB/RH – SUS (2005), propondo-se conquistar relações orgânicas entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e prestação de serviço), os órgãos de controle social (conselhos de saúde, movimentos sociais e de educação popular) e os serviços de atenção (profissionais e suas práticas) (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p.54). Almeja a ruptura com a lógica da compra de produtos e pagamento por procedimentos educacionais, o compromisso dos gestores com a formação e dos formadores com o sistema de saúde.

Em 2006, no Pacto pela Saúde, em seu eixo referente à Gestão do SUS, são apresentadas as diretrizes para o trabalho da gestão da educação na saúde, nas quais a segunda e sétima recomendações afirmam:

Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, dentre outras coisas (BRASIL, 2006, p. 65).

Considerar que a proposição de ações para a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo; as instituições de ensino; os serviços e controle social, e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho (BRASIL, 2006, p. 66).

Em agosto de 2007, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 1996, dispõe sobre as novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), adequando-se às diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

O conceito de Educação Permanente em Saúde pode ser entendido como a organização das pessoas que vivenciam uma mesma realidade, ocupando diferentes

posições sociais, para a análise dos problemas que afetam diretamente o acesso e a qualidade da assistência ofertada no SUS. Tem a finalidade de problematizar, priorizar e construir coletivamente soluções de enfrentamento que impactem na mudança de práticas das instituições. Para isso:

[...] propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2007, 13).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), é por meio da articulação do quadrilátero constituído pelos gestores, trabalhadores, usuários e instituições de ensino que se dá a formação de recursos humanos para a área da saúde.

Nessa perspectiva, a Educação Permanente no serviço se converte em uma ferramenta dinamizadora da transformação institucional, facilitando a compreensão, a valorização e a apropriação do modelo de atenção proposto pelos novos programas, priorizando a busca de alternativas contextualizadas e integradas para a atenção da população (DAVINI, 2009, p.56).

Para a autora:

a avaliação é outra dimensão que deverá ser desenvolvida de forma sistemática para que se alcancem todos estes fins. A avaliação do processo tem como função primordial a busca de aperfeiçoamento e a melhoria das ações, apoiando as decisões durante o processo e reorientando as iniciativas. A avaliação de resultados tem importância na análise dos sucessos alcançados e dos limites, tem alto valor no terreno político e, por sua vez, facilita a construção de apoios e o desenvolvimento de políticas de recursos humanos (p. 57).

A associação de políticas pouco efetivas, voltadas ao desenvolvimento dos profissionais do SUS, com a tradição do modelo educativo, que visa a atualizações técnicas, corrobora com a afirmação de Davini (2009, p. 41):

na maioria dos casos, a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar”, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização ou priorização da Atenção Primária.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a Educação Permanente deve:

[...] embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios apresentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizado significativo).

A Política Nacional de Educação Permanente propõe o engajamento dos trabalhadores de saúde nas reflexões acerca de seu papel social desempenhado nas instituições, a problematização da realidade vivida e o estímulo à autonomia dos sujeitos construtores de novas práticas e cenários nos quais estão inseridos.

Nesta modalidade educacional, o intercâmbio de experiências entre equipes multiprofissionais, gestores, alunos e o controle social é reconhecido como ferramenta potente de transformação do SUS. Os múltiplos saberes envolvidos nas discussões dos problemas do cotidiano da saúde contribuem para a elaboração de processos de trabalhos culturalmente mais aceitos e de acordo com as especificidades de cada local.

O exercício permanente dos pressupostos da PNEPS voltados às equipes e, em especial, aos coordenadores das Unidades Básicas, de maneira sustentável e como parte de um projeto de transformação social, pode favorecer a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. Conseqüentemente, pode oportunizar a reformulação de valores individuais e coletivos na reorganização do trabalho, tão necessários para o avanço da saúde como direito de todos.

**CAPÍTULO 2: O MUNICÍPIO DE SOROCABA E
AS POLÍTICAS SETORIAIS PARA O
DESENVOLVIMENTO URBANO**

Localizada na região Sudoeste do estado de São Paulo, a cerca de 90 km de distância da capital, Sorocaba possui uma área de 449 km². A população, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 586.625 habitantes, predominantemente urbana, contendo apenas 1% de moradores em áreas rurais (IBGE, 2010).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2006), o município é polo de uma região com mais de dois milhões de habitantes e, atualmente, conta com expressiva diversidade econômica. É a quinta cidade em desenvolvimento econômico do estado de São Paulo e sua produção industrial chega a mais de 120 países, atingindo um PIB de R\$ 9,5 bilhões.

As principais bases econômicas são os setores da indústria, comércio e serviços, com mais de 22 mil empresas instaladas. O município tem crescido em ritmo acelerado e o planejamento estratégico adotado pelos gestores públicos, desde 2004, assume dois modelos internacionais de desenvolvimento urbano: Cidade Saudável e Cidade Educadora.

Os princípios das Cidades Saudáveis primam por políticas de promoção da saúde e da qualidade de vida, baseadas na integração entre os setores da Prefeitura, na democracia participativa, nas parcerias, na sustentabilidade e na justiça social. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de "Cidade Saudável" propõe políticas públicas com vistas à utilização do espaço urbano como promotor de qualidade de vida, tendo como modelo Montreal, no Canadá³.

O conceito de "Cidades Educadoras" baseia-se no pensar a cidade como um grande espaço educador, no aprender na cidade e com a cidade, no transformar a escola em um espaço aberto, comunitário e cidadão. É priorizar a educação e a formação de valores e cidadania. Conforme a Carta das Cidades Educadoras apresentada na Associação Internacional das Cidades Educadoras:

As cidades representadas no 1º Congresso Internacional das Cidades Educadoras, que teve lugar em Barcelona em novembro de 1990, reuniram na Carta inicial os princípios essenciais ao impulso educador da cidade. Elas partiam do princípio que o desenvolvimento dos seus habitantes não podia ser deixado ao acaso. Esta Carta foi revista no III Congresso Internacional (Bolonha, 1994) e no de Gênova

3 <http://www.sorocaba.sp.gov.br/pagina/238/conheca-sorocaba.html> acesso em 22/06/2013.

(2004), a fim de adaptar as suas abordagens aos novos desafios e necessidades sociais⁴.

Atualmente, o município se prepara para uma nova etapa de desenvolvimento, com amplos investimentos na área tecnológica. No primeiro semestre de 2012, inaugurou o Parque Tecnológico de Sorocaba, um organismo articulador entre universidades, escolas técnicas, empresas e centros de pesquisa e inovação, transformando o conhecimento em riqueza.

No conjunto das 23 pastas municipais, a Secretaria da Saúde adota os princípios orientadores propostos para o desenvolvimento urbano na elaboração dos planos, normas e protocolos que corroboram com a missão da Prefeitura Municipal.

A Secretaria de Saúde está administrativamente organizada a partir de seis Diretorias de Áreas. Desde 1999, as equipes técnicas da DAAES, responsáveis pela gestão das Unidades Básicas de Saúde, subdividem o território de acordo com características populacionais e contiguidade geográfica. Desde então, busca desenvolver diferentes formatos organizativos a fim de aprimorar o modelo de saúde. Ao longo do tempo, assumiram configurações técnico-operacionais variadas e envolveram diferentes Diretorias de Área e outras Secretarias Municipais em seus arranjos. A partir de 2009, o território encontra-se dividido em seis regiões de saúde, com cinco Unidades Básicas em cada subdivisão, denominados Colegiados de Gestão (CG). São eles: Leste, Centro Sul, Noroeste, Sudoeste, Norte e Centro Norte.

O fato de a pesquisadora atuar como apoiadora dos CGs Leste e Centro Sul desde o início deste novo formato organizacional, a investigação será desenvolvida apenas neste conjunto de 10 UBSs.

Até o final de 2012, para cada conjunto de dois Colegiados de Gestão havia o apoio de dois profissionais ligados à DAAES, chamados de Núcleos Técnicos. Em 2013, com a regionalização da Secretaria de Saúde, gradualmente os apoiadores de outras diretorias e os equipamentos de saúde do território foram se incorporando a este projeto político. O atual modelo organizacional tem inspirado outras Secretarias Municipais a adotar a lógica da divisão territorial e a estabelecer parcerias para a potencialização das ações nos campos da saúde, da educação e do meio ambiente.

4 <http://w10.bcn.es/APPS/eduportal/pubFitxerAc.do?iddoc=84472> acesso em 22/06/2013.

2.1 Caracterização dos Colegiados Leste e Centro Sul

Os Colegiados Leste e Centro Sul da SMS de Sorocaba são compostos por 10 Unidades Básicas de Saúde e, desde junho de 2010, recebem o apoio técnico de duas representantes da Secretaria de Saúde. Cada Colegiado de Gestão é composto por 5 UBSs e cada uma delas é administrada por um coordenador local, lotado no cargo de Coordenador de Unidade, com uma carga horária de 40 horas semanais. Esses Colegiados são compostos por oito coordenadores enfermeiros, um médico e um dentista. Ambas apoiadoras são enfermeiras, com uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, sendo uma delas a própria pesquisadora, em exercício do cargo de Supervisão de Área.

Os Colegiados Leste e Centro Sul realizam encontros quinzenais, fixos, e, de acordo com a necessidade, ocorrem reuniões extraordinárias. Cada encontro tem a duração média de quatro horas, e a documentação das discussões, decisões e afins são registradas em Atas.

As atividades são organizadas de acordo com as demandas apontadas pelos coordenadores e Núcleo Técnico, assumindo o formato de rodas de conversa. Sustentam um espaço contínuo de problematizações e construção de estratégias de enfrentamento para os problemas do dia a dia, oportunizando a relação das teorias norteadoras da Política Nacional da Atenção Básica e as possibilidades práticas de sua implementação. A partir das situações que fazem interface com outros segmentos, articula-se a construção de uma rede de apoio e de aprimoramento dos serviços.

A breve caracterização dos dois Colegiados apresentada a seguir é fruto de um amplo movimento que envolveu gestores, trabalhadores e usuários, como poderá ser visto nos relatos dos sujeitos da pesquisa e dos registros em Ata. As ações programadas pelos coordenadores e apoiadoras continuaram a ser desenvolvidas após o período da pesquisa, e a atualização do diagnóstico de saúde concluiu-se em outubro de 2013. O diagnóstico de saúde de cada UBS pode ser examinado no final deste estudo. A construção deste “Olhar sobre o território” foi feita a muitas mãos e resultou de 685 questionários aplicados aos/pelos usuários nas UBSs e nos outros espaços da comunidade, nas visitas de equipes ao território e nas discussões em reuniões dos Conselhos Locais de Saúde e nos próprios Colegiados.

Esse movimento para a construção do diagnóstico local de saúde proporcionou a aproximação de usuários, gestores e trabalhadores de realidades pouco conhecidas, a apropriação de informações por parte dos gestores e Núcleo Técnico e a oferta de subsídios para a abordagem futura dos fatores condicionantes e determinantes para a saúde das pessoas que vivem e trabalham nessas regiões.

As informações apresentadas a seguir foram obtidas por meio das entrevistas aplicadas aos usuários, do levantamento em relatórios do sistema de informação das UBSs, das informações repassadas pelo Núcleo de Informações e Estudos/SMS e da vivência dos próprios coordenadores e trabalhadores que colaboraram na confecção dos diagnósticos de área.

2.1.1 Colegiado Leste

É composto pelas Unidades da Estratégia Saúde da Família de Aparecidinha, Sabiá e pelas unidades tradicionais do Éden, Cajurú e Brigadeiro Tobias. Sua população total é de 63.260 mil habitantes (IBGE, 2010), com predomínio de crianças, adolescentes e jovens adultos, e apresenta crescimento populacional bastante expressivo. Possui 44% da extensão territorial do município, contendo áreas urbana, rural e industrial. É cortado por três importantes rodovias: Raposo Tavares, Castelo Branco e Dr. Celso Charuri.

De acordo com o levantamento feito a partir de alguns relatórios da SMS, da vivência dos funcionários, dos gestores e dos questionários respondidos pelos usuários, as principais demandas que se apresentam a essas Unidades são relativas ao enfrentamento da mortalidade infantil, a problemas respiratórios, a viroses, a causas externas (violência e drogadição) e, em período sazonais, à dengue e à influenza. Os desafios postos a esses serviços estão voltados ao índice elevado de gravidez na adolescência, acidentes de trabalho e demandas de saúde mental.

Nesse colegiado, a análise da capacidade dos serviços instalados mostra que uma Unidade ultrapassa a recomendação da PNAB (2011), que é uma UBS para cada 18 mil habitantes.

A reflexão feita pelos coordenadores e NT acerca da estrutura física, dos recursos em geral e dos processos de trabalho mostrou, como problemas comuns a todas as unidades, o déficit no quadro de profissionais, a falta de equipe multiprofissional, a sobrecarga de atividades para o coordenador, dificultando as ações de melhoria na promoção da saúde, a falta de espaço e de tempo para os processos de Educação Permanente, a rede de assistência desarticulada e a fragilidade dos Conselhos Locais de Saúde.

No levantamento feito especificamente junto aos usuários, os principais problemas referentes às Unidades de Saúde descritas foram a falta de profissionais, em especial médicos e dentistas, a dificuldade em atender as necessidades trazidas pelos usuários, os problemas com fluxo interno (demora no atendimento e grande demanda) e a falta de humanização no atendimento. Além disso, foram apontados também estrutura física e localização inadequadas, problemas com segurança, falta de acessibilidade, de serviços de atendimento 24 horas e de ambulância exclusiva para a região.

Em relação ao território, surgiram, como problemas que afetam as condições de saúde, a dificuldade de mobilidade (falta de transporte público eficiente, manutenção das estradas e passarelas); falta de vaga em creches e transporte escolar adequado; insegurança (falta de policiamento, ocorrência de furtos e violências). Referiram também problemas de infraestrutura, como esgoto a céu aberto, acúmulo de entulhos, coleta de lixo inadequada, falta de água encanada, falta de local para velório, dentre outros. A falta de pistas de caminhada, de academias ao ar livre, de manutenção das áreas de lazer existentes, poluição e desemprego também incomoda a população.

2.1.2 Colegiado Centro Sul

É composto somente por unidades tradicionais, não contendo nenhuma equipe da Estratégia Saúde da Família no território. São elas: UBSs das Vilas Santana, Hortência, Haro, Barcelona e Centro de Saúde Escola. Sua população total é de 102.696 (IBGE, 2010), com predomínio de adultos e idosos. Possui a segunda menor extensão territorial do município, sendo totalmente urbanizada. Abriga a principal área de comércio da cidade,

com alta densidade demográfica e fluxo importante de pessoas e veículos que se deslocam pelo território.

De acordo com o levantamento feito pela análise de alguns relatórios da SMS, da vivência dos funcionários, dos coordenadores e dos questionários respondidos pelos usuários, as principais demandas que se apresentam a essas Unidades são relativas a doenças respiratórias, cardiovasculares (hipertensão arterial e cardiopatias), doenças endócrinas (diabetes), doença mental, causas externas (violência) e, em períodos sazonais, dengue e influenza.

Os desafios postos a esses serviços estão voltados ao enfrentamento da mortalidade infantil, da internação e morte por doenças cardiovasculares, endócrinas e por fratura de colo de fêmur, e do grande número de pacientes acamados.

A análise da capacidade dos serviços instalados mostra que três unidades ultrapassam a recomendação da PNAB (2011) quanto à relação entre o número de habitantes/Unidade de Saúde.

A reflexão dos gestores e NT acerca da estrutura física, dos recursos em geral e processos de trabalho são as mesmas descritas pelo outro Colegiado.

No levantamento feito especificamente junto aos usuários, os principais problemas referentes às Unidades de Saúde relacionadas foram a falta de profissionais de diversas categorias, a demora no agendamento local e nas especialidades médicas, a planta física inadequada, a demora no atendimento, a grande demanda, a falta de segurança 24 horas e a dificuldade de acesso para idosos e cadeirantes.

Em relação ao território, os usuários colocaram como problemas que afetam as condições de saúde os percalços relativos à mobilidade (falta de ponto de ônibus na frente da UBS e itinerários que dificultam o acesso ao serviço), ao número insuficiente de vagas em creches e escolas e à ausência de treinamento para cuidadores de idosos. Insegurança (falta de policiamento, grande número de usuários de drogas, furtos e violência). Referiram também os problemas de infraestrutura como deficiência na iluminação pública, calçadas e asfaltos ausentes ou irregulares, presença de pontos de alagamento, córregos sujos com presença de esgoto a céu aberto e imóveis e carros abandonados. Citaram a falta de semáforos em regiões de grandes fluxos de veículos, carros trafegando em alta velocidade, excesso de ferros velhos, falta de coleta de lixo seletiva e deficiência na coleta de lixo

comum. A falta de pistas de caminhada, de academias ao ar livre, de manutenção das áreas de lazer existentes, o alto índice de poluição ambiental e a falta de local apropriado para atividade dos idosos também foram relatados pela população.

Uma das finalidades dos Encontros Trimestrais dos Conselhos Locais de Saúde, que acontecem desde agosto de 2011, é desenvolver conselheiros de saúde sensíveis aos problemas de saúde da população e aptos a formularem e fiscalizarem as ações de saúde que contemplem as necessidades das pessoas que representam. Cada UBS produziu o seu diagnóstico de saúde e seu conteúdo foi discutido nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde. No período de 26/10 a 01/12/13, essas discussões foram levadas para as etapas local, regional e municipal, da VII Conferência Municipal de Saúde de Sorocaba.

CAPÍTULO 3: OS CAMINHOS DA INVESTIGAÇÃO

Os objetivos desta investigação foram:

3.1 Objetivo geral

Analisar as reuniões ocorridas no período de junho de 2010 a dezembro de 2012, nos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba/SP, consideradas como espaços de discussão de práticas relativas à qualificação da gestão das Unidades Básicas de Saúde.

3.2 Objetivos específicos

1. Resgatar a trajetória dos diferentes momentos de reorganização da Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba/SP e as opções estratégicas utilizadas para a formação de coordenadores das Unidades Básicas de Saúde;
2. Identificar as concepções dos coordenadores a respeito das principais diretrizes do SUS que orientam a gestão local de saúde;
3. Identificar a ocorrência de transformações nas práticas cotidianas dos coordenadores a partir da criação de espaços coletivos baseados nos pressupostos da Educação Permanente.

3.3 Referencial teórico-metodológico

Este trabalho utilizou o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional para trazer à luz aspectos das práticas adotadas nos Colegiados Leste e Centro Sul, da SMS de Sorocaba/SP, que contribuam ou desfavoreçam a formação de gestores das Unidades Básicas de Saúde para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica.

A Análise Institucional tem como fundamento um conjunto de disciplinas e movimentos que ocorreram na sociedade francesa durante os anos 50 e 60. É compreendida como uma abordagem que desenvolve um conjunto de conceitos e instrumentos para a

análise e intervenção em instituições, surgindo no Brasil nos anos 70, a partir de alguns departamentos e grupos de pesquisa de universidades brasileiras e de outras organizações, agregando os mais diferentes tipos de profissionais (L'ABBATE, 2003, p.266).

Tendo em vista o acontecer das reuniões dos Colegiados de Gestão em estudo e a necessidade de avaliação do processo em institucionalização, o arcabouço teórico-metodológico da Análise Institucional possibilitou ampliar a capacidade de compreensão das complexas relações ligadas à produção e à educação em saúde e subsidiar a construção de planos de intervenções mais efetivos para o aprimoramento do sistema de saúde.

Para L'Abbate (2012, p.198), a Análise Institucional se originou da articulação entre intervenção e pesquisa e:

[...] tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos. Para tanto, tendo por base um conceito dialético de instituição, a Análise Institucional utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de encomenda e demanda, transversalidade, analisador e implicação.

Para a compreensão do arcabouço teórico-político da Análise Institucional, faz-se necessário um diálogo com diversos autores, sobretudo, os fundadores René Lourau, Georges Lapassade e Félix Guattari, e outros, assim como a aproximação de experiências concretas experimentadas no início da fundação da disciplina. Para L'Abbate (2004, p. 6), essa articulação entre teoria e prática marca profundamente a trajetória da Análise Institucional e, a meu ver, é uma condição fundamental para o diálogo com a Educação em Saúde, conforme demonstra a autora no artigo acima referido (L'ABBATE, 2004).

Na atualidade, alguns autores vêm indicando outras possibilidades para a aplicação do instrumental da Análise Institucional, como relativas às práticas profissionais (MONCEAU, 2008) e em relação à Saúde Coletiva (L'ABBATE, 2012).

Esse campo teórico também se apresenta como potente recurso metodológico para a compreensão dos achados deste estudo e sua modalidade de desenvolvimento denominado “análise no papel” (LOURAU, 1975). Isso ocorre:

Quando o material empírico da análise é constituído por documentos, observações e entrevistas, tem-se a ‘análise de papel’. Nesse caso, há um profissional que assume o papel de perito que fornece um diagnóstico, elucidando problemas da organização. No caso de trabalho acadêmico, um estudioso que realiza uma análise de cunho teórico sobre uma determinada organização (L'ABBATE, 2012, p.198).

Para essa autora, ainda:

Nesse caso, há um profissional que assume o papel de perito que fornece um diagnóstico, elucidando problemas da organização. No caso de trabalho acadêmico, um estudioso que realiza uma análise de cunho teórico sobre uma determinada organização (L'ABBATE, 2012, p.198).

A Análise Institucional é um tipo de abordagem de natureza qualitativa (L'Abbate, 2005) que, conforme Minayo (2006, p. 17):

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos.

O processo de investigação se deu por meio da 'análise de papel' obtida nas entrevistas realizadas com os dirigentes DAAES, dos registros das Atas das reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul, nas entrevistas realizadas com os coordenadores das nove Unidades Básicas de Saúde que compõem esses Colegiados e os relatos da própria pesquisadora, que atua no papel de apoiadora da SMS desde 2003.

Um dos principais conceitos da Análise Institucional é o de implicação, desenvolvido por René Lourau (1975; 2004). Segundo L'Abbate, a implicação, de acordo com a definição de Barbier (1985):

Nas suas dimensões afetiva, existencial e profissional, a implicação, isto é, nosso envolvimento, às vezes, até mesmo inconsciente, com tudo aquilo que fazemos, está sempre presente e deve ser compreendida e analisada por nós, quando estivermos realizando um trabalho educativo (L'ABBATE, 2005, p. 239).

O ato de 'estar implicado' é inerente aos seres humanos, considerando que, de alguma maneira, a implicação está presente em todas as situações nas quais participamos.

Para Lourau (2004, p. 190):

O útil ou necessário para a ética, a pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rechaços, referências e não referências, participações e não participações, sobremotivações e desmotivações, investimento e desinvestimentos libidinais... –, mas a análise das implicações.

Frente a isso, está a relevância de colocar em análise as nossas implicações e buscar a identificação dos fatores que nos movem, muitas vezes, ocultos em nós mesmos. O conceito de implicação é muito importante para esta pesquisa, dada a minha participação

como apoiadora dos coordenadores de UBSs desde 2003 e a minha colaboração na concepção de diversos projetos desenvolvidos na SMS, desde então.

Ao propor o referencial da Análise Institucional, Lourau (1975) desenvolveu como base um conceito de instituição bastante diverso daquele definido pelas ciências sociais e humanas. A partir desse conceito, Moura considera que

[...] as instituições são normas. Mas elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição [...]. A instituição não é um nível da organização social (regras, leis) que atua a partir do exterior para regular a vida dos grupos ou as condutas dos indivíduos; atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo. Assim, um “estabelecimento” seria uma instituição, da mesma maneira que uma lei estabelecida. (MOURA, 2003, p.71-72).

L’Abbate, a partir do mesmo conceito (Lourau, 1975), considera que toda instituição como fundamento da Análise Institucional

[...] é o resultado do movimento dialético de três momentos: o instituído ou o estabelecido, considerado o momento da universalidade; o instituinte, ou seja, o acontecimento que não cessa de alterar e até de negar o que está formalizado, que é a particularidade; e o terceiro momento, o da singularidade, resultado da articulação entre os momentos anteriores, que tensiona o cotidiano das práticas dos sujeitos, produzindo algo que não se constitui num caráter meramente reprodutor e repetitivo, mas, ao contrário, aponta para uma certa atualização, um ‘vir a ser’ em contínua transformação. Trata-se do terceiro momento, chamado de institucionalização (L’ABBATE, 2004, p. 6).

Um autor da maior relevância para a discussão do conceito de instituição, elaborado por Lourau, foi Castoriadis (1982) e, nesse sentido, Moura (2003) considera que é sobretudo a este autor que se deve

[...] a concepção dialética da instituição, na qual há um ininterrupto confronto entre instituído e instituinte, cujo resultado é a institucionalização, introduzindo aí o conceito de história, ou seja, auto-alteração permanente da sociedade. Estes movimentos fazem parte, de modo permanente, do acontecer institucional (MOURA, 2003, p.34).

De acordo com Hess e Savoye (1993, p.54):

[...] para a fundação de uma instituição, é necessário uma vontade comum. O nascimento de uma instituição supõe uma ação coletiva que pressupõe, por sua vez, uma “comunhão fundadora” e a ideia de “obra” a realizar. Tornada “assunto” de direito, a instituição põe-se em movimento.

E, finalmente, Lourau (1975, p.118-143) considera que o conceito de instituição encontra-se numa crise permanente, pois de acordo com Moura (2003)

[...] é um conceito polissêmico, equivocado e problemático. Ele varia de sentido na dependência da disciplina que dele trate, podendo significar realidades diferentes em diferentes teorias, podendo designar tanto formas sociais estabelecidas quanto processos por meio dos quais a sociedade se organiza.

Neste estudo, parto do princípio de que houve a fundação da instituição “Atenção Básica em Saúde” e da crença no caráter instituinte dos Colegiados de Gestão da SMS de Sorocaba na qualificação da gestão local e na atualização das políticas de saúde. Para a viabilização de ambos os projetos, diversos sujeitos se envolveram desde o desejo, a concepção e a execução de valores que julgávamos pertinentes para o aprimoramento de saúde municipal. Tais hipóteses serão analisadas no decorrer da investigação.

O processo de atualização permanente de estratégias de trabalho, rearranjos organizacionais e composição/recomposição de equipes para o fortalecimento da Atenção Básica nos remete ao conceito de institucionalização que, para Lourau (2004, p.73):

Desde suas origens, a corrente institucionalista pôs ênfase na relação antagonista entre o instituinte e o instituído e nos processos ativos de institucionalização. A alienação social significa a autonomização institucional, a dominação do instituído fundada no esquecimento de suas origens, na naturalização das instituições. Produzidas pela história, elas acabam por aparecer como fixas e eternas, como algo dado, condição necessária e trans-histórica da vida das sociedades.

Para a compreensão dos diferentes momentos históricos da SMS, outro conceito importante para esta pesquisa refere-se à abordagem de Savoye (2007) aos dois tipos de institucionalização:

Quando esta se constitui originalmente, pode-se falar em *institucionalização fundadora (IF)*, processo pelo qual a instituição toma forma, ao mesmo tempo em que cria as condições para sua perpetuação. [A partir daí] ela é sede de uma dialética entre um instituído (por mais novo e inédito que seja) e um instituinte (isto é, uma negatividade que o contesta), dialética que se resolve num processo de institucionalização. Pode-se então falar de *institucionalização ordinária (ou permanente)*. Então não é da mesma natureza que a IF e não coloca radicalmente em questão os fundamentos da instituição; simplesmente a transforma, inflitando suas orientações, remanejando seu funcionamento, modificando sua composição social (SAVOYE, 2007, p.181-193, itálico do autor).

Para a análise desta investigação, outro conceito relevante para a elucidação dos acontecimentos é o de analisador. De acordo com L’Abbate:

De forma geral, o efeito do analisador é sempre o de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava de certa forma organizado, de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos. Isto vale tanto para as análises de fenômenos sociais mais amplos como para as análises construídas a partir de processos de intervenção com grupos mais restritos (L'ABBATE, 2004a, p.82).

De acordo com a tese de doutorado de Núncio Antônio Araújo Sól (2011, p.93) os analisadores

[...] são o “motor” da análise, pois permitem fazer a análise ao revelarem dimensões que permaneciam encobertas. São altamente provocadores, porque obrigam a sociedade (ou certos setores importantes) a falar, a mostrar faces que permaneciam à sombra. Ao serem identificados, os analisadores revelam, sobretudo, as relações de pessoas, grupos, classes, instituições e organizações e também seu modo de funcionar [aspas do autor].

No percurso desta história, notaremos diversos analisadores “lusco-fuscos”, difíceis de serem definidos com clareza para aqueles que viveram as várias tentativas de reordenamento da SMS, e acredito que duvidosos, incertos, conflitantes, até para os que estavam à frente da direção naqueles momentos. Ora pareciam evidentes, ora camuflados, ora inexistentes.

Outro conceito da Análise Institucional relevante para esta pesquisa é o da transversalidade. Definido por Guattari (1987, p. 96):

[...] é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos. É o próprio objeto da busca de um grupo sujeito.

A transversalidade refere-se aos diversos vínculos existentes entre sujeitos que estabelecem algum tipo de relação entre si e acabam por influenciar o modo de ser, pensar e agir de cada um. Nem sempre se tem uma noção destes pertencimentos e vínculos institucionais aos quais os atores em cena estão ligados, mas é certa sua influência no entendimento e conduta dos participantes. Para L'Abbate (2012, p.200), “elucidar a transversalidade significa analisar os vários tipos de vínculos institucionais dos participantes, a fim de diminuir a cegueira institucional”.

Segundo Guattari (1987, p.92):

o grupo sujeito, ou que tem vocação para sê-lo, se esforça para ter um controle sobre sua conduta, tenta elucidar seu objeto e, nesse momento, secreta os meios desta elucidação. O grupo sujeitado não se presta a tal perspectiva. Ele sofre hierarquização por ocasião de seu acomodamento aos outros grupos. Poder-se-ia

dizer do grupo sujeito que ele enuncia alguma coisa, enquanto que do grupo sujeito se diria que “sua causa é ouvida”.

Embora seja um “nível de maturidade” difícil de se alcançar, no âmbito individual ou coletivo, a busca pela identificação das diferentes instituições que nos atravessam deve ser considerada. O reconhecimento dos múltiplos vínculos, logo, dos fatores que intrinsecamente nos motivam ou simplesmente nos movem, devem ser elucidados a fim de aumentar a autonomia de seus membros. Esse entendimento sobre as “instituições que nos formam” clareiam as escolhas de estratégias mais eficientes e trazem mais satisfação no trabalho. Assim, a busca permanente pela elucidação da transversalidade das pessoas que compartilham projetos em comum favorece a conformação de grupos sujeitos.

3.4 Os procedimentos de coleta e análise das informações

Tendo em vista o referencial teórico-metodológico apresentado, a pesquisa adotou o seguinte curso e instrumentos:

3.4.1 Entrevistas

Para Haguette (2007, p.86), a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas, no qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado.

Neste estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas que podem ser entendidas como uma combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2006, p.261).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com dois grupos de sujeitos. O primeiro, referente aos Diretores de Área que atuaram de 1999 a 2012, e o segundo, aos nove coordenadores de Unidades Básicas de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul que atuaram no período de junho de 2010 a dezembro de 2012.

Em função do processo seletivo instaurado pela nova administração municipal, empossada em janeiro de 2013, uma das coordenadoras foi transferida para outro serviço de saúde, inviabilizando a realização desta atividade junto a ela, totalizando, assim, nove entrevistas.

Todas as entrevistas foram feitas por mim, acompanhada de outra apoiadora de outro Colegiado de Gestão ou componentes do GC Leste e Centro Sul, que não participaram das reuniões com este grupo no período estudado. Para cada grupo de entrevistados foi utilizado um roteiro de entrevistas (Anexos 2 e 3).

As entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados, mediante assinatura do TCLE e posteriormente transcritas por uma profissional da área do Direito.

3.4.2 Análise documental

O material de análise documental foi composto por 41 Atas, do total de 49 reuniões realizadas nos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul, ocorridas no período de junho de 2010 a dezembro de 2012. Inicialmente, eram lavradas em esquema de rodízio entre os coordenadores e, gradualmente, foram assumidas pelas duas apoiadoras da SMS.

As reuniões que ficaram sem os registros em Atas tiveram as datas e os temas recuperados pelas apoiadoras, não causando nenhum prejuízo na descrição do percurso do grupo.

Uma das últimas Atas continha o produto de uma ampla reflexão sobre os resultados obtidos nos trabalhos realizados em 2012 e as novas pactuações para 2013. No entanto, conforme descreverei ao longo da pesquisa, não foi possível contar com este documento neste estudo.

3.4.3 Relatos da pesquisadora

As entrevistas e documentos foram complementados pelos relatos da autora que esteve presente desde 2003 na equipe da gestão central da SMS, vivenciando dois modelos

de apoio aos coordenadores das UBSs e participando das discussões das equipes técnicas que resultaram na nova proposta organizacional dos Colegiados de Gestão e Núcleo Técnico.

3.4.4 Os sujeitos da pesquisa

O primeiro grupo de participantes da pesquisa foi constituído pelos diretores da DAAES, conforme o quadro a seguir. Esses atores foram responsáveis pela condução dos trabalhos junto aos coordenadores de todas as Unidades Básicas de Saúde durante o período que estiveram à frente da gestão.

Foram realizadas três entrevistas semiestruturadas e todos participaram voluntariamente da pesquisa.

Quadro 1 - Entrevistados do grupo 1: diretores da DAAES.

Nº	Formação profissional	Data de Admissão na PMS	Período de gestão da DAAES	Tempo que atuou na diretoria da DAAES
D1	Médico	01/04/98	1999 a 2007	8 anos
D2	Médico	09/09/94	2007 a 2011	2 anos e 11 meses
D3	Médico	04/07/96	2011 a 2012	1 ano e 1 mês

Fonte: Núcleo de RH/Regional Sudeste - 2013

O segundo grupo de entrevistados foi composto pelos coordenadores das Unidades de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul que ocuparam o cargo de gestor local de junho de 2010 a dezembro de 2012, conforme o quadro abaixo.

Quadro 2 - Entrevistados do grupo 2: coordenadores das UBSs

Nome da UBS/ESF	Coordenador	Data admissão na PMS	Data de posse do cargo de coordenação	Tempo que frequentou as reuniões de Colegiado até dezembro/12
ESF 1	C1	07/12/2006	15/05/2012	7meses

UBS 2	C2	21/02/2005	NI ⁵	1 ano e 4 meses
UBS 3	C3	04/03/2002	01/05/12	7 meses
UBS 4	C4	03/04/2002	NI	2 anos e 6 meses
UBS ⁶ 5	C5	19/08/2008	06/05/2013	7 meses
UBS 6	C6	09/10/1991	10/05/2010	2 anos e 7 meses
ESF 2	C7	23/06/1992	01/06/2012	6 meses
UBS 8	C8	01/09/2010	NI	2 anos e 6 meses
UBS 9	C9	24/07/1995	NI	18 anos

Fonte: Núcleo de RH/Regional Sudeste - 2013

Após o cumprimento dessas etapas, busquei compreender os diferentes cenários político-ideológicos que permearam os períodos de gestão de cada Diretor de Área, os projetos de desenvolvimento das coordenações locais e as possíveis contribuições e percalços enfrentados para a implementação da Atenção Básica no município.

Sequencialmente, recuperei todos os passos dados pelos coordenadores e apoiadores registrados em Atas e os associei às entrevistas dos coordenadores, para verificar até que ponto o que foi definido e proposto nos encontros se efetivou na prática da gestão. Foi investigado também se os profissionais associaram o desenvolvimento das habilidades gestoras com o fato de terem participado das reuniões dos Colegiados, bem como as dificuldades e limitações encontradas no exercício de suas funções. Outras constatações foram feitas e encontram-se registradas no Capítulo 7, intitulado “Um olhar para o espelho e outro para o futuro: analisando a trajetória desta investigação”.

⁵ NI: informação não disponibilizada pelo setor de RH. Coincide com as três coordenadoras que não foram validadas pelo processo seletivo e outra que solicitou transferência para um Colegiado mais próximo de sua residência.

⁶ Esta coordenadora atuou em caráter de substituição até 05/05/13, quando, a partir de sua validação no processo seletivo, foi nomeada como coordenadora interina daquela UBS.

**CAPÍTULO 4: MEMÓRIAS, DISCURSOS,
PROJETOS: UMA VIAGEM AO PASSADO.**

Os relatos que teço ao longo desta trajetória são baseados em minha experiência de técnica da gestão central, no exercício da função de apoiadora desde 2003, e certamente minha posição de narradora deixará marcas nesta história.

Para facilitar a descrição dos discursos dos três diretores de área que estiveram à frente da gestão da DAAES, dividirei a história em períodos.

4.1 De 1999 a 2007:

O cargo de diretor da DAAES foi ocupado por um médico, funcionário efetivo da SMS, que já havia atuado na coordenação de uma UBS e na chefia de Divisão da Atenção Básica, antes de assumir a responsabilidade pela Diretoria de Área. Entre os anos de 1999 e 2000, exerceu essa função sem nomeação específica para o cargo. Foi nomeado em 2001 e deixou a diretoria em 2007. Neste estudo, ele é identificado como D1. Sua equipe técnica de apoio e responsável pelos diversos programas de saúde permaneceu praticamente a mesma, ao longo de sua gestão. Importante destacar que, de 1997 a 2003, a gestão da SMS de Sorocaba foi dirigida pelo mesmo secretário de saúde, que de 2005 a 2012 exerceu a função de prefeito.

Em 1999, a Secretaria de Saúde era recém-municipalizada e havia um intenso movimento do gestor e dos técnicos para entenderem o papel que lhes competia nessa esfera municipal. O município de Sorocaba, conforme referido anteriormente, estava habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB SUS/96, desde maio de 1998 (SOROCABA, 2007) e, desta forma, as novas relações estabelecidas com o Estado e a União estavam em processo de construção. De acordo com um dos diretores entrevistados deste estudo:

[...] quando a Secretaria assumiu a Gestão Plena, ela teve que se reestruturar como um todo. Então, nessa reestruturação da atenção na Secretaria, ela teve que assumir a Urgência e Emergência, teve que assumir o Hospital, teve que assumir a Especialidade, não tinha um corpo técnico preparado para fazer essa Gestão Plena do sistema de saúde [...]. A partir daí [...] chamou uma consultoria externa, de um pessoal especialista em gestão pública, para que fizesse, o ajudasse assumir essa gestão (D2).

Este momento foi caracterizado por uma ampla busca por conhecimentos e orientações que facilitassem a implementação do SUS. O entrevistado D1 recorda as estratégias das quais lançaram mão para compreenderem o novo cenário:

[...] a gente estudava muito [...]. A gente pegava Eugênio [Vilaça], pegava alguma coisa, pegava Gastão [Wagner de S. Campos], principalmente no começo, todos, mas assim, depois, o pessoal desistia, mas eu e D2 mantivemos durante anos. A gente lia um capítulo, a gente discutia o que tinha entendido daquele capítulo e o que aquele capítulo podia é, como é que aquela teoria podia ser aplicada ou o que fazia sentido na nossa prática. (D1).

E refere a aproximação das esferas municipal e estadual, atribuindo muito valor à troca de experiência entre as diferentes instâncias gestoras do SUS para a estruturação dos serviços locais:

[...] também vieram [duas profissionais], por que vieram junto com o pessoal do DRS (Departamento Regional de Saúde), que na época era DERSA, eu acho, ou alguns dos nomes que já teve, mas eles já tinham alguma coisa por que o Estado já tinha uma cultura acumulada em termos de gestão [...]. Eu fui várias vezes com elas para São Paulo, nós fomos começar, foi na época que a gente começou a conhecer a coordenação da Saúde da Mulher, coordenação da Saúde da Criança, a nível estadual. Aí fomos fazendo troca com elas, pedimos livros para o Ministério, começamos escrever, quer dizer, começamos a abrir um pouco [...]. Elas vieram e trouxeram uma coisa nova para o município, que ainda não existia (D1).

A partir dos conhecimentos que foram adquirindo com os estudos, experimentações e trocas de experiências, ao analisar a organização interna dos “programas de saúde” da época, D1 constatou que atuavam de maneira desarticulada:

O Programa não funcionava como programa ali, funcionava a coordenação médica, a coordenação de enfermagem [por categoria]. E aí, a gente começou a discutir que também não podia ser assim, que a gente precisava integrar. Que não podia cada um coordenar separadamente, né? Então, foi tudo um processo de discussão que nasceu ali [...] (D1).

O entrevistado, juntamente com a equipe da gestão central, buscou implementar diversos dispositivos que permitissem a compreensão dos cenários nos quais as práticas em saúde estavam mergulhadas. Criaram estratégias de trabalho que visavam à aproximação dos referenciais teóricos estudados e das possibilidades da SMS. Dentre elas, reuniões permanentes com os técnicos do nível central, divisão do território em regiões menores, com características sociodemográficas semelhantes, e as supervisões de área para a

realização do apoio e acompanhamento dos serviços burocráticos das UBSs que pertenciam a cada região.

Referente às formas de relacionamento desenvolvidas pelas equipes da gestão central e coordenações de Unidades Básicas, o entrevistado D1 relata que havia muitas reuniões, envolvendo diferentes sujeitos.

[...] E a gente tinha muitas reuniões entre os supervisores, os programas e os próprios coordenadores. Os coordenadores a gente dividia, não em colegiados, essas coisas, mas dividia em grupos, né? Quer dizer, a dupla [um grupo] de coordenadores que era daquela dupla de supervisores, a gente reunia e conversava junto, né? Quer dizer, tinha reuniões gerais, mas tinha reuniões específicas também, desses grupos que estavam com cada grupo de supervisor e a gente trabalhava bastante nessa época, acho que as primeiras capacitações e discussões foram mais com os supervisores (D1).

Desde o início, havia sempre a preocupação em instituir mecanismos de gestão das UBSs que, a contar com as habilidades pessoais de cada técnico, passaram a criar diversas ferramentas e métodos que dessem conta dessa missão gerencial.

[...] planilhas que ele [D2] bolou e a gente ajudou, algumas planilhas que de alguma forma orientavam tanto o coordenador quanto ao [o] supervisor, para a gente ter alguma coisa mais homogênea, de alguma forma para avaliação, de tempo de espera, número de profissionais, número de consultas atendidas, número de exames pedidos, número de exames normais, números, sabe assim? A gente começou a pensar em vários indicadores de gestão, dentro dessa planilha, mas ela era meio complicada [risos]. [...] ela [as planilhas] introduziu [ram] né, em todo mundo, essa discussão, essa necessidade que havia de se fazer gestão seguindo alguns indicadores, estabelecer metas. Então acho que foi isso, uma introdução desta ideia [...] (D1).

Foram os desafios técnicos, políticos e filosóficos destes anos iniciais do processo de municipalização que mobilizaram o gestor municipal a contratar uma empresa especializada em gestão pública, oriunda de Londrina.

[...]. A partir daí (1999), o secretário chamou uma consultoria externa, de um pessoal que era especialista em gestão pública, para que fizesse, o ajudasse assumir essa gestão. Foi aí que esta Gestão (consultores) veio com a proposta de fazer um grande treinamento para os coordenadores, mas sempre no sentido de mudar o modelo do médico-centrado para o modelo de Vigilância em Saúde. Então, a partir daí, era importante trabalhar com o território, era importante que o saber tivesse centrado na equipe como um todo e não só no médico. Era importante que você procurasse enxergar o indivíduo de forma integral. Então, a ideia que você pudesse ver todas as necessidades preventivas e curativas do cara. As necessidades individuais e coletivas (D2).

A equipe de consultores propôs e ministrou o Curso de Capacitação para Gerentes das Unidades Básicas de Saúde⁷, no qual os princípios e diretrizes do SUS foram amplamente discutidos, provocando, nos diferentes sujeitos, gestores e trabalhadores ligados à produção da saúde, uma sensibilização quanto à maior responsabilidade pelo funcionamento dos serviços e quanto à necessidade de incorporar, na prática, dispositivos organizativos que garantissem a reorganização de processos de trabalho baseados nas necessidades das pessoas das áreas adstritas.

O maior conhecimento das características geográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e do modo de viver da população de Sorocaba também foi enfatizado como subsídio essencial para o planejamento em saúde. Da mesma maneira, destacou-se a relevância da garantia de espaços de diálogos contínuos entre os trabalhadores e gestores para atualização das informações em saúde e proposição de ações para a ampliação do acesso e qualidade do trabalho, enriquecido com o olhar dos usuários.

Foi por meio desta sensibilização acerca da relevância de um diálogo permanente, para revisão das estratégias e repactuações referentes ao plano de ações dos serviços, que se instituíram as Oficinas de Planejamento Local. Esta denominação foi dada aos encontros periódicos realizados nas UBSs implantados neste período e ainda é utilizada nos dias de hoje para nomear as reuniões que acontecem nas Unidades de Saúde. Outro aspecto discutido e introduzido no cotidiano dos serviços foi a participação popular no apontamento dos problemas de saúde vividos pelas comunidades. Foi inspirada nestes valores que minha graduação e trabalho de conclusão de curso se basearam, influenciando fortemente minha formação profissional, como citei na Apresentação desta dissertação.

Esse amplo movimento educativo visava mudar as práticas institucionais e rever os valores que norteavam a organização dos serviços, envolver as equipes da gestão, da assistência e representantes do controle social para uma reconfiguração do sistema de saúde. Nota-se uma congruência entre as propostas iniciais da equipe de gestão central e o

7 A primeira etapa do Curso de Capacitação para Gerentes das Unidades Básicas de Saúde teve uma carga horária de 196 horas e foi desenvolvida junto aos 45 técnicos da gestão central e coordenadores das UBSs. A partir daí, estes mesmos técnicos iniciaram o processo de territorialização, seguido do Planejamento Estratégico Local nas 26 Unidades Básicas de Saúde. Os trabalhadores que atuavam na rede de assistência também foram envolvidos no segundo momento, cuja carga horária de treinamento foi de 212 horas. Nesta fase, foram delimitadas e caracterizadas as áreas de abrangência de cada Unidade de Saúde (SOROCABA, 2007).

projeto contratado pelo secretário de saúde. Os conteúdos e as metodologias aplicadas por esta equipe de consultores tornaram esta experiência um ícone na história da Secretaria de Saúde e de todos que participaram deste grande momento de discussões e construções de políticas de saúde locais. Ousaria dizer que foi o marco fundador da Atenção Básica no município.

Após este período de intensa mobilização dos grupos, a SMS teve dificuldades na criação de mecanismos de formação de gestores, tanto central quanto localmente, que sustentassem e apoiassem o projeto iniciado. Uma das principais dificuldades foi promover o fortalecimento e desenvolvimento do coordenador da UBS, sujeito entendido como protagonista na implementação dos princípios e diretrizes do SUS.

Este fato contribuiu para um afastamento gradual entre os níveis de gestão central e local, o que representava um risco à sustentação dos processos de trabalho já implementados em novas bases conceituais.

Para o entrevistado D1, “A gente se maravilhava, o mundo estava se descortinando, Saúde Pública, que coisa linda! A gente cresceu muito, mas a gente não conseguiu dar o segundo salto, né, que foi essa autonomia para as Unidades, sabe?”

Apesar da intenção de manter o diálogo entre equipes centrais e locais, o único espaço permanente de conversa mantido foram as reuniões semanais dos técnicos da SMS. Com isso, ficava evidente que o papel de “pensar” as políticas de saúde estava restrito àqueles que estavam na gestão central do sistema. Por alguma razão, alguns técnicos e gestores tinham uma sensação de desconfiança da capacidade gerencial dos coordenadores das UBSs. De alguma maneira, havia um entendimento de que os coordenadores não tinham condições de criar propostas para os problemas que identificavam e, com isso, havia um pensamento quase hegemônico na SMS, de que não era possível “passar a discussão para lá [coordenações das UBSs], nós vamos perder qualidade” (D1).

Para outro entrevistado:

teve uma outra coisa interessante que era assim: a equipe técnica versus assessoria. Por que o secretário queria que tudo aquilo acontecesse e os assessores da época achavam que tudo aquilo era besteira, porque eles tinham a visão de administradores, né? [...]. Então, achavam um absurdo você chamar a equipe para conversar: “tem mais é que atender, ficar fechando a Unidade?!” Foi um momento muito difícil internamente de pilotar tudo isso (D2).

Estas situações evidenciam, pelo menos, dois grandes paradoxos. Primeiro:

[...] existia uma tendência a querer fazer o coordenador pensar, discutir, etc, mas depois dava-se pouca oportunidade para que ele pudesse exercer isso que a gente pensou [...] a gente tentava capacitá-los para eles serem mais autônomos, mas também reagíamos contra essa autonomia (D1).

Segundo, que:

[...] a gente fazia um discurso, tentou fazer um discurso, de que o coordenador era a Secretaria, mas o coordenador não é a Secretaria e eles nunca se sentiram, vice e versa também. Eu nunca vi que a Secretaria realmente sentiu o coordenador como um membro do nível central. Por outro lado, o coordenador não era igual os [aos] funcionários porque tinha uma outra relação. E muito menos população, né? Então, eu acho que o coordenador era um cargo solitário (D1).

De acordo com o entrevistado, ainda,

Eu tenho quase dez anos de coordenação, antes de vir para a Secretaria, então assim, historicamente, sempre houve meio (que) um distanciamento, quase uma relação de forças ali entre a Secretaria e a coordenação, né? Os coordenadores sempre também tiveram, sempre tinham, uma certa resistência à Secretaria, certo? De achar que a Secretaria imaginava coisas e não vivia o dia a dia, as dificuldades do dia a dia. Coisa que eu compreendo, até hoje é uma coisa que eu falo e continuo falando, olha que, depois dessa época, já ocupei outros cargos e continuo dizendo que um dos cargos mais complicados, se não for o mais, é ser coordenador de Unidade Básica (D1).

Talvez, numa tentativa de suprir este isolamento e o sentimento de solidão do coordenador, produzido por essa relação instável entre a gestão central e local (de alguma maneira, experiência vivenciada pelo entrevistado D1 no período em que ocupou a coordenação de uma UBS), ele apoia a criação de um espaço exclusivo para os coordenadores, denominado Fórum de Coordenadores. A ideia era que este grupo pudesse conversar, trocar experiências, sem haver a intermediação da Secretaria. Para ele, “isso nunca foi muito tranquilo na Secretaria. Existia sempre alguém que, de alguma forma, se sentisse ameaçado por este espaço próprio [...]” (D1).

Estes encontros sempre foram muito controversos, questionados, amados e odiados por muitos, e a falta de apresentação de resultados e retornos sobre o que produziam, e outros motivos que escapam à minha análise, fez com que fossem extintos na troca de gestão posterior.

Quanto às reuniões desenvolvidas pela SMS junto aos coordenadores, ora aconteciam com a presença de todos eles, ora com partes do grupo, conforme citado anteriormente. Segundo o entrevistado D1,

[...] eu também acho que algumas pessoas da Secretaria [gestão central] se sentiam ameaçadas quando a reunião era com todos os coordenadores. É, então, existia assim, às vezes me parecia, sabe, eu estou dizendo o que eu sentia, não posso garantir nada, mas que parte de algumas ideias, de fazer a coisa setorizada, não era tanto pelo entendimento de que o setorizado era mais homogêneo, que tinha problemas comuns, etc, mas era muito mais por que você não fortalecia este grupo. Você conseguia enfrentá-los com menos problemas, por causa, quando você queria impor alguma coisa, alguma maneira de trabalhar (D1).

Ao analisar o método de trabalho das equipes técnicas junto aos coordenadores das UBSs, este entrevistado observa a presença de posturas verticalizadas e burocratizadas:

O Programa era uma coisa muito vertical, né? Uma coisa assim: eu defino. Eu [chefias dos programas de saúde] defino o calendário, eu defino atendimentos, eu defino formas de atender, etc, sabe? Eu achava que a gente [...] se isso tinha sido útil, foi numa determinada época, a gente precisava superar isso. Quer dizer, com o tempo, a gente poderia partir para uma coisa mais participativa e para uma coisa mais individualizada, no sentido de que as Unidades são diferentes, as pessoas são diferentes, os locais são diferentes [...] a gente deveria estabelecer muito mais [...] o que era preciso (para) garantir no atendimento à criança, no atendimento à mulher, no atendimento ao adulto, mas não a maneira como isso iria se dar. [...]. Quer dizer, a gente poderia ir caminhando para uma autonomia um pouco maior das Unidades, mas isso encontrou uma enorme resistência (D1).

Apesar das amplas discussões entre os técnicos da SMS e implementação de diversas estratégias em direção à revisão dos modelos de gestão, essa resistência aos processos de mudança persistia e é relatada pelo entrevistado D1 que, em um dado momento, propõe ao grupo central um exercício de desconstrução de velhos conceitos e o repensar de novas formas de reorganização das ações junto às Unidades. A intenção era criar estratégias, construídas coletivamente, incluindo os coordenadores das UBSs, a fim de buscar melhores resultados em detrimento da repetição de ações cujos produtos não se mostravam tão satisfatórios. Para ele, isso:

[...] foi muito mal entendido e mesmo para quem foi bem entendido, existia sim, de novo, a questão do poder, de novo a questão de perda de poder, né? Essa é questão que sempre teve presente, sabe nessa relação rede/coordenação/secretaria (D1).

No primeiro semestre de 2003, após este longo período de esfriamento na relação das equipes de gestão central e locais, o mesmo grupo de técnicos que atuava na reorganização do sistema e estava à frente da gestão na SMS retomou o diálogo com os

coordenadores das UBSs. Novamente, ousaria dizer que foi a busca pelo momento fundador da Atenção Básica no município.

Foram propostas várias modalidades de abordagens educativas, dentre outros, cursos, reuniões, encontros, treinamentos, alguns incluindo a aplicação de provas e uso de planilhas. Estas atividades tinham a finalidade de retomar as discussões sobre o SUS, fortalecer o papel do coordenador e, principalmente, estimular a reorganização dos serviços por meio de um planejamento em saúde baseado nas necessidades de cada localidade. Estas estratégias também envolveram os supervisores de área, que passaram a ser a principal conexão entre as UBSs e o nível central da Secretaria de Saúde. Este grupo participou de uma capacitação de três meses junto a D2, que atuava como um “assessor, apoiador” de D1. O principal enfoque das discussões foi a implementação do modelo de Vigilância em Saúde nas UBSs. Foi nesta ocasião que fui chamada para compor a equipe da gestão central, para o exercício do papel de supervisora. Este modelo atendeu apenas algumas Unidades de Saúde que, por algum critério, foram julgadas prioritárias para o apoio à gestão e existiu até meados de 2006.

O entendimento de alguns técnicos do nível central da SMS de que envolver as pessoas que vivenciam os problemas relativos ao trabalho na saúde, no repensar de suas práticas, poderia trazer mudanças mais sustentáveis na organização do trabalho não garantiu que a Secretaria criasse mecanismos que colocassem os coordenadores das UBSs nas discussões das políticas de saúde e mobilizasse a equipe técnica central a acolher as demandas e sugestões deste grupo na reorientação do modelo de saúde. Tampouco equalizasse as disputas de poder existentes entre os dois grupos de gestão, central e locais, em prol de uma harmonização das relações entre as pessoas e na conquista de melhores resultados.

Referindo-se aos poucos avanços em relação à aproximação e empoderamento dos coordenadores da gestão central em seu período de gestão na DAAES, o entrevistado D1 comenta:

[...] Quem realmente executa? Quem é que ‘tá’ na base, né? Quem tem que criar? Quem tem que determinar? É quem ‘tá’ lá. Os outros têm que apoiar, capacitar, ter Educação Permanente, mas têm que apoiar esses processos. Claro que não é apoiar qualquer coisa, tem que ter visão crítica, mas é entender que é lá, que não é aqui. [Que] eles não são pessoas que são obedientes a nós, nível central. Então, acho que essa foi a dificuldade que a gente teve na época, né? Tivemos grandes ganhos, mas essa foi uma grande dificuldade (D1).

Em 2005, o secretário de saúde é eleito prefeito municipal e um novo gestor assume a Secretaria de Saúde. Embora este último não apresentasse nenhum projeto específico para a reordenação do sistema de saúde local, não impedia a produção e realização das estratégias criadas pelas equipes técnicas. Assim, surge uma proposta bastante significativa neste período de gestão, apresentada por uma diretora de Área da Vigilância em Saúde, que propõe e articula a execução de um projeto denominado Sistemas Locais de Saúde (SILOS) que, embora contemplasse muitos dos anseios da SMS, não se viabilizou.

No final de 2006, por questões pessoais e políticas, gradualmente o médico que dirigia a DAAES (o entrevistado D1) vai se afastando do cargo e deixando, sob responsabilidade dos técnicos, a direção dos serviços, até a chegada do próximo diretor de área.

De agosto de 2005 a março de 2006, participei do Curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, oferecido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), juntamente com mais dois colegas do município, sendo que um deles, no ano seguinte, seria o diretor da DAAES, no caso, o entrevistado D2.

Após a conclusão do curso, seguindo a lógica da criação de grupos específicos de trabalho dentro da SMS, formamos o Núcleo de Educação Permanente (NEP). No entanto, este “novo serviço” já incluía a ideia de formar novos sujeitos para a disseminação dos conceitos e posturas sugeridas pela PNEPS. Assim, o entrevistado D2 e eu iniciamos os estudos dos materiais apresentados no curso com os outros seis Supervisores de Área, responsáveis pelo apoio às UBSs. Esperávamos que, sempre que possível, os pressupostos da PNEPS influenciariam o modo de trabalho dos supervisores envolvidos nestas discussões e que, sistemicamente, acabariam envolvendo outros sujeitos no repensar de suas práticas. Por ocasião de novas demandas dos gestores centrais, estes estudos foram suspensos, embora o NEP tenha sido legitimado pelo gestor municipal.

Naquele momento, a relação dos técnicos da gestão e coordenadores das UBSs continuava bastante distanciada, com apenas algumas Unidades contando com o apoio dos Supervisores de Área. Os trabalhadores das equipes assistenciais participavam somente de atualizações técnicas e pontuais.

Neste cenário de distanciamento entre gestão central, coordenadores e trabalhadores, surge a primeira estratégia do NEP: a criação de um grupo de representantes das UBSs e seus respectivos coordenadores, chamados Educadores Permanentes Locais (EPLs). Dentro da SMS, o NEP também era desarticulado das demais áreas de atenção e, embora estivéssemos um ao lado do outro, não sabíamos exatamente quais eram os propósitos de cada grupo.

Os encontros dos EPLs eram mensais e oferecidos para as turmas da manhã e tarde, tendo em média trinta participantes por período. Os encontros eram discutidos pelos componentes do NEP que, naquela ocasião, contava com a presença de dois psicólogos da Atenção Secundária, uma das tentativas de articular as demais Diretorias de Área na implementação da PNEPS. Um dos entrevistados lembra que:

[...] tinha o NEP, que naquela época, tinha uma equipe central que trabalhava, que tentou incorporar assim outras Diretorias de Área, né? Que a gente teve até uma dificuldade naquele momento de trazer para perto. Então, a gente tentou trazer a Urgência e Emergência, tentamos trazer o pessoal da Policlínica. O pessoal da Policlínica participou um pouco mais no começo com essa equipe aí (D2).

Esses encontros, inicialmente, foram planejados por este grupo mais ampliado do NEP, mas com o decorrer do tempo, por cerca de um ano e meio, foram organizados e executados apenas com a presença das duas enfermeiras que o compunham (no caso, uma outra enfermeira e eu) e os próprios Educadores Permanente Locais. De acordo com os problemas que estavam sendo discutidos pelo grupo, convidávamos alguns técnicos da SMS para participarem dos encontros, mas foram ocasiões pontuais e, de alguma maneira, este grupo de trabalhadores não era totalmente reconhecido, tanto pelos coordenadores quanto pelos técnicos do nível central.

Os grupos de EPLs eram compostos predominantemente por auxiliares de enfermagem, administrativos e poucos enfermeiros. Por mais que sugeríssemos, poucas vezes tivemos a presença de outras categorias profissionais, como médicos e dentistas. No primeiro ano, a presença dos coordenadores era muito baixa, alvo de reclamações dos demais integrantes e uma das causas a que atribuíam o insucesso de suas ações. No segundo ano (2007) houve uma leve melhora na participação desses profissionais nos encontros mensais dos grupos.

No início de 2007, após uma avaliação feita no sentido de aferir os resultados conquistados pelos EPLs, a partir do planejamento feito e executado coletivamente para ampliar a integralidade do cuidado, foi constatado que tínhamos avançado muito pouco. A maioria das medidas necessárias para a intervenção nos problemas detectados transcendiam a governabilidade do grupo e isso funcionava como um fator desmotivador para os participantes. No entanto, este espaço de debate e a forma como o trabalhador foi envolvido na problematização e proposição de soluções para os obstáculos do dia a dia foram apontados como a maior conquista dos EPLs, que deveria ser preservada.

Esta discussão foi levada pelo NEP para o entrevistado D2 que, embora não estivesse nomeado para a função de diretor da DAAES, a exercia de fato. Diante das prioridades do momento (redução da mortalidade infantil, implantação do Acolhimento e ampliação das ações de planejamento familiar), optamos por dar mais concretude ao trabalho dos EPLs, levando este grupo a pensar e rever os processos de trabalho que contribuiriam para o enfrentamento da mortalidade infantil. Sugerimos uma parceria com as demais áreas de atenção, como a Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Odontologia e Comitê de Mortalidade Infantil, para a abordagem do tema, e a proposta foi rapidamente aceita. A meu ver, foi um dos períodos de maior integração entre os técnicos da SMS e o trabalho interdisciplinar, lembrando a época em que os técnicos da SMS discutiam intensamente as políticas de saúde, mesmo que isso não “chegasse na ponta” do sistema. Eram estudadas e definidas as atividades que seriam desenvolvidas para/com as UBSs, diretamente nas regiões, o que automaticamente favoreceu a aproximação destas áreas técnicas com os coordenadores, os trabalhadores e as comunidades.

Com o início das atividades em parceria do NEP com as diversas Áreas de Atenção (antigos “programas de saúde), logo se sentiu a necessidade de discussões mais personalizadas que considerassem a diversidade dos cenários sócio-econômico-culturais encontrados em cada UBS. A estratégia adotada foi a redivisão do território em três partes, denominadas Setores.

Os encontros que ocorriam em um dos prédios da prefeitura passaram a acontecer de maneira rodiziada nas UBSs. Participavam das discussões os representantes das diversas áreas de atenção e um número bem maior de trabalhadores, em função da proximidade com o território. Foi um período de envolvimento intenso de trabalhadores. Com o passar do

tempo, sentiu-se a necessidade de aprofundar ainda mais a análise das informações em saúde de cada Unidade de Saúde e, com isso, surgiram as Oficinas de Mortalidade Infantil. Nelas acontecia a apresentação de dados específicos de cada serviço, proporcionando e oportunizando a compreensão dos problemas e detecção de falhas ou novas possibilidades nas rotinas de trabalho. Esse diálogo favorecia a criação coletiva de estratégias de enfrentamento dos problemas locais e envolvia quase a totalidade das equipes da assistência e técnicos da gestão central. Esta ação local supera aquela dificuldade/queixa dos trabalhadores, relativa ao pouco envolvimento do coordenador nas ações educativas, relatadas pelos EPLs.

4.2 De 2007 a 2011

Em janeiro de 2007, ocorre a troca da diretoria da DAAES, sendo o próximo diretor um médico, atuante na gestão da SMS desde 1995, um dos participantes do Curso de Facilitadores de Educação Permanente e membro fundador do NEP. Permanece no cargo até novembro de 2011, identificado neste estudo como D2.

Neste ano, ao assumir a DAAES, o entrevistado refere que, apesar das diversas discussões, capacitações, elaboração de documentos e protocolos focados na mudança do modelo de saúde, feitos nos últimos anos:

[...] percebia que existia um distanciamento ainda da Secretaria com a Unidade Básica, mas esse distanciamento existia porque também tinha uma dificuldade de entendimento do papel de todos esses atores do sistema [...] percebia é que o pessoal trabalhava muito tocando o serviço, né? (D2).

Devido a esta constatação, este entrevistado organizou duas frentes de trabalho. Uma voltada aos técnicos da Secretaria e outra aos coordenadores das UBSs. Para os técnicos do nível central, as reuniões semanais foram parcialmente transformadas em espaço de debates, com a finalidade de resgatar a missão, a visão, os valores a serem perseguidos por todas as áreas de atenção. Foram organizados alguns grupos de estudo sobre os temas relativos à Atenção Básica e criada uma metodologia de análise de problemas, incluindo informações epidemiológicas e estruturais. A partir desses processos analíticos, foram produzidas informações que subsidiaram a elaboração do Plano Municipal

de Saúde. Refletindo sobre o papel da gestão que cabia a cada área técnica e a forma como cada grupo fazia o planejamento de suas ações, o entrevistado D2 notou que “eles não tinham esses dados, apesar deles terem rotinas de pedir dados para as Unidades, não existia uma rotina de fazer análise desse tipo de dado para poder trabalhar” (D2).

A forma de organização de cada área de atenção para fazer a gestão das ações programáticas era bastante diversificada. Cada uma delas, de acordo com a experiência e aproximação com os serviços, criava mecanismos próprios de avaliação das situações de saúde e sensibilização dos coordenadores e suas equipes para determinado assunto. Cada área era mais ou menos permeável às demandas trazidas pelas UBSs e as utilizavam ou não, na elaboração das estratégias necessárias para a supressão, ou, ao menos, a minimização dos problemas enfrentados nos diferentes serviços. De maneira geral, articulavam-se pouco entre si, e as ações conjuntas eram mais comuns entre as áreas de Atenção à Criança e à Mulher.

Esse movimento, disparado com a finalidade de elaborar o Plano Municipal de Saúde, para grande parte da equipe técnica, foi muito rico na análise das causas dos problemas enfrentados pela população e pelos serviços de saúde. A criação de objetivos a serem buscados pelas diferentes áreas de atenção, obviamente, apontou a necessidade de integração entre as áreas técnicas para o desenvolvimento sistêmico dos serviços e, em diferentes graus, incentivou parcerias entre grupos. Este envolvimento dos técnicos do nível central na elaboração do documento que deveria nortear os serviços de saúde pode ser visto como um grande avanço.

No período anterior, o entrevistado D1 refere que as mudanças no cenário nacional, quanto aos usos dos instrumentos de gestão como a agenda de saúde, plano municipal e relatórios de gestão estimularam a equipe técnica a se apropriar mais das informações em saúde, no entanto, isso foi se desenvolvendo aos poucos. O entrevistado relata que, logo no início, “eu lembro que passei duas madrugadas escrevendo e pegando os dados de todo mundo, né?” (D1), o que nos faz pensar sobre a forma como era organizado o planejamento em saúde, assim como sua centralização.

A outra frente de trabalho, aberta pelo diretor do segundo período estudado, foi voltada aos coordenadores e teve como pressuposto o resgate e atualização das informações de saúde relativas aos territórios e elaboração de um planejamento em saúde para cada

UBS. Estes profissionais eram convidados a participar, em esquema de rodízio, das discussões da Secretaria e compartilhar com os demais colegas o que estava sendo discutido na gestão central. Os encontros entre eles iniciaram-se com periodicidade semanal e, posteriormente, a cada quinze dias,

[...] porque o secretário não queria que ficasse tirando o coordenador das Unidades, porque se desse algum problema na Unidade, o coordenador tinha que estar lá para resolver. Essa era a cabeça que tinha da gestão [crenças que existiam na gestão central] e aí, como tinha credibilidade com o secretário [...], então por conta disso, a gente fez assim, fazia a cada quinze dias (D2).

O incentivo à participação dos coordenadores das UBSs nas reuniões da SMS tinha a finalidade de integrar as equipes técnicas e da assistência e incluir o olhar desses atores em relação às políticas que vinham sendo construídas pela gestão central.

Esses encontros permanentes com o grupo de coordenadores culminaram numa retomada das discussões sobre o SUS e a revisão do diagnóstico de área, iniciado em 1999, por meio do processo de territorialização realizado pela equipe de consultores de Londrina. O instrumento utilizado à época foi resgatado e buscou-se construir, junto ao grupo, uma atualização do material, denominado “Um olhar sobre a Unidade”. Quanto à forma como se deu essa atividade, o entrevistado D2 refere:

Porque a proposta do treinamento, que na realidade não foi um treinamento, foi assim, um momento de juntar os coordenadores para repensar o papel do coordenador dentro da Unidade. Porque não foi um treinamento, de eu ir lá dar aula, você entendeu? Era muito mais focado na questão da Educação Permanente [...] (D2).

Refletindo sobre o desenvolvimento das atividades de forma paralela entre os dois níveis de gestão, a central e a local, para ele,

[...] talvez essa tenha sido uma falha, no sentido de que se tivesse tentado construir todo mundo junto, pode ser que a gente tivesse um resultado melhor, só que operacionalmente seria muito difícil, porque só de UBS eram 31, mais o pessoal do nível central (D2).

Com as reuniões lideradas pelo diretor de área ocorrendo paralelamente com os grupos de técnicos da SMS e os coordenadores das UBSs, as demais atividades de rotina de cada área de atenção também continuavam a ser executadas de maneira independente.

As Oficinas de enfrentamento da mortalidade infantil, que surgiram da articulação do NEP com as demais áreas de atenção e resultaram em oficinas de trabalho para a discussão do tema em todas as UBSs, continuavam acontecendo. O grupo de técnicos da SMS, composto pelo NEP, pelas áreas de atenção da Criança, Mulher e Odontologia, com eventuais participações da área do Adulto, que se encontrava sistematicamente para o planejamento das atividades, foi denominado Equipe Gestora Central. A experiência de tomada de decisão coletiva, valorizando os diferentes saberes, culminou na ideia de formar uma equipe multiprofissional em cada Unidade de Saúde, com representantes de todas as categorias profissionais que a compunham, para análise e elaboração de ações que corroborassem com a melhoria da assistência oferecida ao binômio mãe e filho. Essa equipe recebeu o nome de Equipe Gestora Local (EGL) e, com a sua institucionalização, levou as discussões e a implementação de novos processos de trabalho nas UBSs, ampliando o número de trabalhadores envolvidos no debate do tema. Além das atividades locais, trimestralmente reuníamos o conjunto de UBSs de cada Setor.

Em 2009, em função dos riscos oferecidos pela Gripe H1N1, pela aglomeração de pessoas e pelos desgastes gerados por uma greve dos médicos, fomos orientados pelo gestor municipal a interromper os encontros trimestrais. Para não interrompermos a programação e colocar em risco a motivação dos participantes e os avanços conquistados, decidimos trabalhar localmente com as sete UBSs que apresentavam os indicadores de saúde que requeriam maior atenção, e intensificamos as discussões junto a estes coordenadores. Surge, então, o G7, grupo das sete UBSs prioritárias para o enfrentamento da mortalidade infantil, que analisou mais profundamente os processos internos de trabalho e reorganização do cuidado. Foi um grupo propositor de ações, cujas experiências foram gradualmente ampliadas para os outros serviços. Posteriormente, algumas das estratégias de cuidado propostas por esse grupo foram registradas no protocolo da área de atenção à Mulher.

Realizaram-se diversas Oficinas de Planejamento Local nas UBSs do G7, envolvendo os coordenadores locais, um grande número de trabalhadores e, em algumas situações, contou-se também com a presença de representantes da comunidade, lembrando o amplo movimento decorrente do Curso de Capacitação para Gerentes das UBS, ocorrido

em 2000. Essas atividades e os encontros com os coordenadores do G7 ocorreram até meados de 2010.

Ainda em 2009, os técnicos do nível central da DAAES amadureciam as discussões sobre as políticas de saúde que contribuiriam para uma organização mais funcional e efetiva dos serviços, fomentariam a implementação dos princípios da Atenção Básica e ofereceriam um apoio para a gestão local que atendesse às necessidades dos coordenadores das UBSs.

A criação de um novo arranjo organizacional vai despontando entre os técnicos. Dentro do arcabouço de ideias defendido por grande parte dos técnicos da SMS, estava a premissa de que o território e sua população eram as bases do trabalho em saúde e que precisávamos caminhar em direção a um olhar de saúde mais integral, equânime, que incluísse as ações de promoção em saúde. Para isso, era preciso rever a forma de atualizar o diagnóstico de saúde de cada área de abrangência e encontrar mecanismos que levassem à apropriação de uma série de informações, tanto por parte do coordenador quanto da gestão central, que estimulasse a construção, a execução e a atualização permanente do planejamento em saúde baseado nas necessidades e particularidades de cada região.

Da mesma forma, permanecia o entendimento de que a UBS era a principal porta de entrada para o sistema de saúde, e o coordenador local deveria ser mais empoderado para cumprir seu papel de protagonista neste processo de revisão do modelo de saúde. Estava clara também a necessidade de criar um canal de comunicação permanente entre a gestão central e local e de rever a atuação das supervisões de áreas realizadas até aquele momento. Era preciso construir um modelo de apoio aos coordenadores que realmente os auxiliassem na implementação das diretrizes da Atenção Básica. Havia a consciência da gestão central de que esta iniciativa de disparar um processo de qualificação da gestão local competia à SMS e que era preciso incluir os coordenadores locais neste diálogo. Alguns coordenadores continuavam participando das reuniões da gestão central e tiveram a oportunidade de contribuir na elaboração dos conceitos de Colegiados de Gestão e Núcleos Técnicos.

O envolvimento dos técnicos para a implementação das propostas dos Colegiados e Núcleos Técnicos não foi a mesma apresentada para a abordagem da mortalidade infantil. Para um dos entrevistados, uma das possíveis explicações poderia ser o fato de :

[...] um pouco de medo do pessoal do nível central de ir junto com as Unidades para fazer o enfrentamento, porque eles não iam saber dar conta do que eles iam encontrar lá na frente, porque eles iam encontrar lá na frente, de repente, um monte de situação que eles não iam conseguir dar resposta (D2).

Em 2009, três frentes de trabalho operavam simultaneamente: as oficinas de mortalidade infantil, as reuniões entre o diretor de área e os coordenadores das UBSs, e o diretor de área e os técnicos das DAAES. Para o entrevistado D2,

[...] esse processo é fruto de todo esse amadurecimento ao longo do tempo, para poder chegar, para chegar nesse ponto. A partir daí, a gente fez essas equipes gestoras e começou a discutir. E começou a enxertar na equipe gestora os outros programas que não estavam tão inseridos. Aí entrou o cara da odonto, entrou o cara do planejamento familiar, entrou o cara da saúde da mulher. Em função disso, começou essa discussão muito mais rica lá na ponta e a gente percebeu, com tudo isso, que existia a necessidade de organizar de forma diferente a Secretaria, mesmo já vindo toda aquela história de trabalhar com o território, de territorialização lá nos anos de 99/2000, a história do SILOS, de conhecer uma região, depois a história dos supervisores. A gente percebia que a gente precisava criar um corpo de regionalização diferente porque os problemas eram muito parecidos e foi aí que surgiu a proposta de fazer os colegiados (D2).

Durante a análise dos movimentos que aconteciam simultaneamente, o entrevistado D2 relata que:

[...] não fazia sentido eu ficar com eles. A integração tinha que ser da equipe de nível central com a equipe de coordenadores. Então, até a parte do “Olhar sobre a UBS”, eu estava conduzindo os dois lados em paralelo, lembra que eu falei? [...] Na hora que começou aquela questão, que os núcleos técnicos e os núcleos locais de trabalhar com comissões locais para abordar a mortalidade infantil, então, não fazia mais sentido eu trabalhar com eles isoladamente, porque o que precisava acontecer de fato era a equipe de nível central, dos supervisores de programa, o pessoal da Educação Permanente, que começasse a trabalhar mais pra a Unidade, sair de dentro do Paço e começar a estar mais junto. E a estratégia, acabamos [achamos] que era a melhor forma de fazer isso era jogar um problema que era um objetivo comum de todo mundo, reduzir a mortalidade. E aí, tinha toda uma mobilização, tanto na ponta da Unidade, quanto do nível central para trabalhar junto. Aí, eu não vi mais necessidade de fazer essa integração, de chamar e treinar, porque o processo já tinha dado o “start” em cima da proposta inicial (D2).

Neste momento, havia uma grande interação entre a gestão central, equipes da assistência e, inclusive, tentativas isoladas de envolvimento da comunidade nas discussões da mortalidade infantil. As discussões sobre os Colegiados de Gestão e Núcleos Técnicos vão ganhando força e, por não ser um projeto de gestor municipal, ficou à mercê do convencimento pessoal, de cada profissional, participar ou não nesta nova forma de a

Secretaria de Saúde se organizar. O número de técnicos favoráveis ao modelo de Colegiados de Gestão e Núcleos Técnicos, a meu ver, sempre foi menor. Uma das alegações para o não envolvimento nesta mudança era a sobrecarga de trabalho, pois, para tornar-se um membro do Núcleo Técnico, seria necessário dar conta de toda rotina das áreas de atenção e ainda executar os novos conceitos construídos pelo grupo. Outra preocupação era a desconstrução de uma série de rotinas, protocolos e fluxos já sedimentados no dia a dia dos técnicos e serviços. Para um dos entrevistados,

[...] mas me parece que, às vezes, ainda existe uma resistência meio nessa linha, sabe? Se eu deixar de dar as diretrizes, se eu deixar de coordenar, a coisa vai desandar (D1).

Embora os conceitos de Colegiados de Gestão e Núcleos Técnicos tenham sido elaborados por grande parte dos técnicos da SMS, por diversos motivos, muitos profissionais ofereciam resistência para a viabilização do projeto. De acordo com um dos entrevistados,

[...] não estava indo a construção [grande parte dos técnicos não tomavam a iniciativa de assumir seus Colegiados e tampouco o papel de apoiador das coordenações locais], e eu falei assim: vai ser assim. Então, o Colegiado é esse [...] e vai fazer dessa forma. Eu acho que isso dificultou um pouco para que a coisa continuasse, porque a gente vinha num processo de construção e chegou num determinado momento que teve que ter alguém e bateu o martelo e decidi: não, vai ser assim! E vocês vão para a rua e vai ter que trabalhar, que trabalhar com os Colegiados. A equipe é essa! Ainda foi uma briga, por que tem tantas horas de um, perder a hora de outros, aquela história toda. E eu falei: vão fazer! Mandei a moçada para a rua! (D2).

Em 2011, poucos meses depois, D2 deixa o cargo e gradualmente vai se afastando dos processos em discussão e, alguns meses depois, acontece a troca do secretário de saúde, enfraquecendo o movimento de reorganização da SMS.

4.3 De 2011 a 2012

As tradicionais reuniões semanais da equipe da DAAES passam a ocorrer a cada quinze dias e, eventualmente, ficavam algumas semanas sem ocorrer. Isso se deu pela sensação de alguns profissionais de que não vinham sendo muito efetivas e de que era

possível produzirmos bons resultados, nos encontrando apenas duas vezes ao mês. As discussões sobre a implementação dos Colegiados de Gestão e Núcleos Técnicos aconteciam no dia a dia da Secretaria de Saúde e em algumas reuniões com grupos menores.

No início das atividades dos Núcleos Técnicos, a falta de consenso prevalecia e uma das alegações de alguns profissionais para o não envolvimento nesta mudança era a sobrecarga de trabalho, já que, para tornar-se um apoiador do NT, seria necessário dar conta de toda rotina das áreas de atenção e ainda executar os novos conceitos construídos pelo grupo. Outra preocupação era a desconstrução de uma série de rotinas, protocolos e fluxos já sedimentados no dia a dia.

É neste cenário – de técnicos que apoiavam e de outros contrários à ideia e de uma quase alienação do gestor municipal – que se iniciam as atividades dos Colegiados de Gestão. A equipe técnica da SMS era composta por, aproximadamente, 30 pessoas e, no início do projeto, a maioria dos técnicos se dividiu para apoiar as UBSs, mas, em questão de meses, foram se afastando da proposta. Disponibilizaram-se a fazer o apoio aos coordenadores não mais que seis profissionais. Alguns deles nunca se envolveram diretamente neste tipo de apoio.

Neste momento, como sempre, encontrava-me envolvida em projetos que reformulassem as práticas de trabalho e assumi a posição de apoiadora dos Colegiados Leste e Centro Sul. Antes de conseguir compor uma dupla definitiva com outra enfermeira, com a qual atuo até os dias atuais, outras duas técnicas iniciaram a atividade de apoio comigo, mas deixaram a atividade em pouco tempo.

Os encontros com os coordenadores dos seis Colegiados de Gestão iniciaram-se por volta de junho de 2010 e eram organizados de diferentes maneiras. Os encontros dos Colegiados Leste e Centro Sul ocorreram sistematicamente a cada quinze dias. Os Colegiados Sudoeste e Noroeste também realizavam encontros fixos, no entanto, os apoiadores deste grupo começaram a não dar conta das atividades e a entrevistada D3 solicitou às apoiadoras dos CG Leste e Centro Sul que os ajudassem na condução dos trabalhos. Cada uma das apoiadoras foi para um dos colegiados que estava com déficit de representantes da SMS. No meu caso, a tentativa de instituir caminhos semelhantes aos dos Colegiados do qual fazia parte provocou um grande incômodo no grupo de técnicos da

SMS que faziam esta atividade e, estrategicamente, sugeri que outra colega assumisse os trabalhos. Nos Colegiados Norte e Centro Norte, por indefinição do quadro de apoiadores, os encontros não conseguiram se implementar, ficando inclusive quase um ano sem a realização de nenhuma reunião com os coordenadores desta região. Com isso, nota-se um “tratamento institucional” desigual para os coordenadores de UBSs, mesmo dentro da mesma Secretaria de Saúde.

Neste período, com a diferença de atividades desenvolvidas entre os Colegiados, inclusive da motivação das apoiadoras e dos coordenadores sob nossa responsabilidade, cheguei a ser convidada abertamente, por uma outra colega, a abandonar o projeto, já que não havia possibilidade de os demais técnicos conciliarem as demandas rotineiras e as atividades que estavam sendo propostas pelos gestores. Esta técnica afirmava que a minha insistência em implementar o papel de Núcleo Técnico junto aos coordenadores não significaria que o projeto se fortaleceria, ao contrário, que seria executado de maneira precária. Ao não aceitar “o convite”, ouvi que desenvolver essa atividade para mim seria possível, por não ter um “trabalho específico” e a sobrecarga que era comum aos demais. Com isso, fica claro o não reconhecimento das ações educativas como “trabalho”.

Apesar de todos os obstáculos que a implementação dos Colegiados de Gestão e Núcleos Técnicos tenha enfrentado, alguns profissionais conseguiram sustentar suas principais diretrizes, o que se tornaria uma base mais sólida para implementação da proposta de trabalho trazida pelo novo secretário de saúde, em 2013: a Regionalização da Secretaria de Saúde.

Logo após a saída do diretor da DAAES, o entrevistado D2, o novo diretor (D3) também era da área médica, estatutário e esteve à frente do grupo sem nomeação específica para o cargo até fevereiro de 2012. Diante das transições políticas que ocorreram no período (a troca do secretário de saúde), ora o diretor da DAAES estava validado para desempenhar as atividades, ora não. Para este entrevistado, o fato de a equipe técnica manter-se praticamente a mesma nos últimos anos garantiu a manutenção de alguns valores internos que foram estruturantes para a implantação do projeto de Regionalização da Secretaria de Saúde. De acordo com seu relato,

[...] a gente já vinha trabalhando juntos, que eu já fazia parte do grupo, no modelo de buscar a base territorial, de formação dos colegiados, de cada grupo dentro da Atenção Básica rever seu próprio trabalho, rever a ação, a atitude, a atenção junto

aos trabalhadores da saúde, aos usuários, e aos próprios coordenadores de Unidades; como apoiadores, na função de apoiador, de estar mais próximo, de fazer essa aproximação (D3).

Para ele, um dos fatos que desaceleraram o processo ocorreu “quando entrou outro Secretário de Saúde, isso não foi confirmado, mas também não foi abolido totalmente” (D3). No entanto, o cenário interno da DAAES provocava desconfortos e este foi um período muito tenso para parte da equipe técnica, que não se sentia legitimada pelo novo secretário de saúde e, por outro lado, não poderia abrir mão de todos os projetos em andamento, apesar das adversidades enfrentadas por alguns grupos da SMS.

As principais discussões que estavam sendo feitas e alguns projetos em andamento neste período, variando o grau de adesão dos próprios técnicos do nível central, referiam-se aos Colegiados de Gestão e Núcleos Técnicos, Equipes Gestoras para o enfrentamento da Mortalidade Infantil, G7 e outras modalidades de gestão compartilhada, experimentadas pelas equipes centrais. Um dos entrevistados conta que

[...] a gente fez sim, porque não foi uma definição do gestor. Tudo o que a gente fez dos colegiados, de trabalhar com território, de trabalhar aproximando os coordenadores da equipe central, os trabalhadores, os usuários não foi uma diretriz da gestão da Secretaria de Saúde (D3).

De certa forma,

[...] essa, uma conjuntura frágil, frouxa talvez, laceada, não sei, mas a gente penetrou nesse caminho e foi conseguindo fazer, se colocar como técnico da área da saúde, como trabalhador na área da saúde que acredita nisso (D3).

Nesse mesmo sentido, outro entrevistado refere que:

[...] talvez a gente tenha expandido mais essa discussão nesse período difícil [...]. Então, os pequenos poderes já não existiam e ninguém tinha poder nenhum [...]. E de alguma forma, esses pequenos projetos, a hora que houve a perda do poder, que era o que nos atrapalhava enquanto nível central, talvez o grande ganho desses anos de chumbo, anos duros [risos] ali na Saúde, tenham sido esses pequenos projetos que hoje, olhando assim, eu acho que acabaram fazendo com que a gente conseguisse expandir mais a rede, como um todo, até [mais que] num primeiro momento (D1).

A permanência de praticamente toda equipe técnica da SMS garantiu que determinados valores construídos ao longo da história fossem protegidos (e outros, não tão interessantes, quase perpetuados!) das intempéries políticas e humanas às quais os projetos de fortalecimento da Atenção Básica estiveram sujeitos nos últimos anos.

Um dos entrevistados relembra que:

[...] não teve muita descontinuidade do grupo que estava na Atenção Básica, porque se tivesse tido uma descontinuidade não teria ficado, porque na verdade, nós tínhamos um legado, a gente construiu uma história (D3).

Para ele ainda,

[..] eu acho que no SUS, não só em Sorocaba, mas nos vários lugares, tem o tempo todo pessoas que estão tentando sustentar, durante o período de entressafra, dentro do período da seca, tem pessoas que ficam segurando mesmo. Aí, daqui a pouco, volta e de repente, pode não ser você que esteja na próxima cena. A gente não tem essa garantia. Então, [isso mostra] que o projeto é maior do que a gente (D3).

Esses foram alguns dos cenários onde as políticas de saúde do município se desenvolveram. A maioria de seus personagens continuam atuando em locais estratégicos da DAAES, escrevendo outros capítulos dessa história.

CAPÍTULO 5: CONSULTANDO OS MANUSCRITOS

As reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul iniciaram-se em 21 de junho de 2010 e acontecem até os dias de hoje. Para esta pesquisa, a análise se encerra na ata do dia 04 de dezembro de 2012. Na maioria dos encontros, as Atas foram lavradas e, em alguns deles, os registros não ocorreram. Isso se deveu ao fato de termos deixado para fazê-las em outra ocasião e os atropelos do dia a dia não permitiram. A falta destes documentos nos incomodou por muitos meses, até que “desistimos de resgatá-los” na íntegra. Identificamos apenas as datas e assuntos que foram abordados e resolvemos que nos organizaríamos melhor a partir de 2012. Foram 49 reuniões e 41 atas, e sete destes encontros foram produções dos coordenadores e apoiadores junto aos Conselhos Locais de Saúde.

Uma das Atas mais importantes deixada de ser feita foi a referente à apresentação do novo secretário de saúde, em 22 de junho de 2011, cuja visita causou um sentimento de apreensão no grupo, tendo em vista o tom de autoritarismo e a demonstração de pouca valorização da Atenção Básica. Neste dia, o novo gestor municipal mostrou-se pouco permeável às construções coletivas e diálogos permanentes, no entanto, não se opôs aos encontros do grupo que já vinham acontecendo há mais de um ano.

Inicialmente, as Atas eram lavradas em esquema de rodízio entre o NT e coordenadores. Com a diversidade de pessoas fazendo o documento, notamos a diferença nos registros, muitas vezes com o conteúdo não dando conta da essência do que foi tratado na reunião. Em contrapartida, havia um acréscimo de trabalho que os coordenadores vinham acumulando em função dos encontros periódicos e nós, do NT, achamos por bem assumir o registro permanente das reuniões. Em grande parte, eram lavradas por mim, o que também já foi alvo de queixas, pela extensão dos documentos. Este é mais um momento no qual minhas implicações devem ser analisadas, já que em função das minhas crenças, objetivos, características pessoais, enfim, posso ter destacado alguns temas e não outros. Costumo fazer atas das reuniões desde os encontros dos “antigos EPLs”, em 2006.

Os coordenadores dos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul e Núcleo Técnico pactuaram a confecção de Atas para todas as reuniões e sempre iniciá-las com a leitura destes documentos.

Destaco que, nas análises a seguir, não me referirei a todos os encontros que ocorreram, mas, sim, àqueles que poderiam elucidar a forma como o NT trabalhou com os coordenadores e pretendeu contribuir para a formação de gestores e a sua própria.

Em função das aposentadorias e entradas de seus respectivos substitutos, ao longo desses dois anos o grupo de coordenadores foi se alterando. No final de 2012, com a chegada do novo secretário de saúde, foi anunciada uma possível reconfiguração nestas equipes, por meio de um processo seletivo. A ideia era ‘revalidar’ as pessoas para o cargo de coordenação de UBS. Dos dez coordenadores que compunham os Colegiados Leste e Centro Sul (no início dos trabalhos eram chamados de Colegiados 6 e 5, respectivamente), quatro dos nossos coordenadores não permaneceram conosco, e uma coordenadora foi transferida para a gestão de outro serviço de saúde. Minhas entrevistas aconteceram neste período que antecedeu ao processo seletivo e, apesar de os coordenadores saberem há muito tempo do meu objeto e método de pesquisa, pode ser que este fato tenha influenciado as respostas e reflexões dos participantes.

Assim, por exemplo, quando me referir ao coordenador que deixou o cargo por aposentadoria, me referirei a ele como ‘ex-coordenador’, sem a preocupação de distingui-los. Os que permaneceram ou deixaram de compor o grupo em função do processo seletivo serão nomeados como Coordenador I (CI, CII, C III etc). Diferentemente do Capítulo 6, nesta análise utilizei outra forma de identificá-los, com a finalidade de diferenciar o que foi relatado nas entrevistas dos registros das falas nas Atas.

Em relação às apoiadoras, que representavam a Secretaria de Saúde junto aos coordenadores, por um longo período foram definidas como ‘Núcleo Técnico’. A nomenclatura deste novo papel a ser desempenhado pelos técnicos foi foco de muitas discussões na SMS. Com o tempo, passou de Núcleo Técnico para facilitador e, na sequência, para apoiador, denominação usada até os dias de hoje. O atual secretário de saúde propôs não usar o termo ‘apoiador’ por ser uma terminologia carregada de ideologias, bandeiras partidárias etc. Como esta justificativa não se aplica ao nosso caso, por tratar-se de uma construção histórica da equipe da SMS, continuamos nos autodenominando “apoiadores” das Unidades Básicas de Saúde. Aqui me definirei como primeira apoiadora e a outra enfermeira, que fez parceria comigo a partir do oitavo encontro, como segunda apoiadora.

Os oito primeiros encontros aconteceram com os Colegiados Leste e Centro Sul separadamente, ou seja, uma reunião para cada grupo de cinco coordenadores e o mesmo NT para apoiar as 10 UBSs. Participo desde a primeira reunião dos dois grupos.

5.1 O início das atividades dos Colegiados Leste e Centro Sul

Antes do início das reuniões dos Colegiados, a SMS estava vivenciando a experiência de trabalhar com as sete UBSs prioritárias para o enfrentamento da mortalidade infantil, o “G7”, cujo nome foi atribuído ao grupo pelos próprios participantes. Assim, havia uma demanda do G7 e da Equipe Gestora Central a ser tratada com as demais UBSs, e foi esta encomenda que fomentou o início das reuniões da SMS e coordenadores das UBSs neste novo formato organizacional.

O primeiro encontro, em 21/06/2010, foi realizado em dois períodos, um de manhã e outro à tarde. No período da manhã estavam presentes dezesseis participantes e, no período da tarde, onze profissionais. Após a apresentação pessoal dos presentes, fizemos uma discussão dos caminhos que nos levaram aos Colegiados de Gestão e aos Núcleos Técnicos. Os coordenadores tinham noção destes conceitos pelo fato de alguns deles terem participado das reuniões semanais da equipe técnica da DAAES e pelas reuniões e treinamentos permanentes junto ao diretor entrevistado, D2.

Como apoiadora⁸ neste colegiado, fiz um resgate histórico das diversas estratégias criadas pela SMS na tentativa de envolver coordenadores, trabalhadores e usuários na elaboração das políticas de saúde locais. As atividades foram descritas e confirmadas por duas coordenadoras presentes, que vivenciaram estes momentos e lembraram os “antigos” Educadores Permanentes Locais (EPLs), a abordagem da mortalidade infantil e a inclusão da participação social na discussão desse tema, os encontros⁹ que reuniam as Equipes Gestoras Locais (EGLs) e o próprio G7.

A seguir, foi exposto que a intensificação das discussões sobre mortalidade infantil com as equipes do G7 estava “deixando de lado” as outras 23 UBSs, evidenciando a necessidade de retomarmos os trabalhos educativos junto a estes serviços. A partir do comentário a seguir, nota-se o envolvimento ‘quase natural’ das UBSs na estratégia dos

⁸ Quando fizer referência às falas das apoiadoras, incluindo eu mesma, significa que esta participação constava das Atas.

⁹ A Equipe Gestora Central organizava frequentemente encontros que contavam com a presença de palestrantes especialistas na assistência materno-infantil tanto da própria SMS quanto de outros serviços e também da área motivacional. Os encontros eram organizados por Setores.

Colegiados de Gestão, em função da continuidade das ações desenvolvidas pela SMS. Consta na Ata a observação:

Após algumas reuniões [da Equipe Gestora Central e G7], foi proposto a inclusão das demais unidades e esta ação seria por colegiados, justificando a presente reunião” (Ata do Colegiado Centro Sul, 21/06/2010).

A partir da proposta de expansão das Oficinas de Mortalidade Infantil às demais UBSs do território, fizemos a primeira problematização sobre os processos de trabalho relativos ao cuidado e vigilância em saúde para mães e bebês. Estava presente um membro da Área de Atenção à Criança, que explicou o que estava sendo feito no nível central para a abordagem dos problemas que transcendiam a governabilidade local, além de relatar antigos obstáculos que ainda persistiam na nossa rede de serviços. Nesta primeira reunião do Colegiado Centro Sul, a ata já foi lavrada por uma coordenadora, construída uma pauta básica para o próximo encontro e a fixação do dia da semana para essas reuniões.

No Colegiado Leste, no período da tarde, antes da reunião seguir com a apresentação feita por uma enfermeira que participava do G7, um dos membros do NT propôs a leitura e discussão de um texto que problematizava o cotidiano dos serviços de saúde e reflexões sobre o ‘mal’ que o ‘descuidado’ em saúde fazia aos usuários. Após esse exercício de conversar, refletir e correlacionar o conteúdo do texto com a nossa realidade, os participantes concluíram sobre a:

Importância de saber ouvir, de acolhimento, dos problemas individuais e coletivos, o colocar-se no lugar do outro, a educação formal e informal, a maturidade profissional, a frustração da clientela interna e externa, o querer cuidar-se, o querer cuidar, o egoísmo” (Ata do Colegiado Leste, 21/06/2010).

Na sequência, a enfermeira do G7 fez a apresentação das atividades relativas à assistência ao pré-natal e ao acompanhamento dos bebês realizados nestas Unidades, e os coordenadores discutiram a viabilidade e ajustes necessários para a implementação destas ações. Discutiram e procuraram uma forma para ‘homogeneizar’ as atividades dentro do Colegiado e decidiram incrementar as seguintes estratégias:

Classificação da GAL¹⁰ (Gestantes em Atenção Local); construção coletiva do formato da passagem das informações na unidade; levantamento e classificação

¹⁰ Esta estratégia surgiu após alguns estudos das Áreas de Atenção à Mulher e à Criança, Equipe Gestora Central e G7 constataram que a taxa de mortalidade infantil era maior nas UBSs tradicionais do que no

das gestantes com sífilis; atualização das Equipes Gestoras Locais em cada Unidade; centralização destas informações para a primeira apoiadora e quando da marcação de reunião das EGLs nas Unidades, pensar em 3ª e 5ª feiras, para a participação do NT. Avisar com antecedência (Ata do Colegiado Leste, 21/06/2010).

Ao lavrar a Ata do dia 21/06/2010, um dos membros do NT registra: “Ufa! Terminei! Espero que não esteja de todo ruim”. Isso decorria do fato da pouca falta de hábito de documentarmos nossas reuniões.

Na reunião do Colegiado Leste, de 19 de agosto de 2010, estavam presentes dezesseis participantes, e a Ata praticamente se restringiu ao nome dos participantes, mas constava uma informação importante:

Após a leitura da ata da reunião anterior, feita por duas coordenadoras, passou-se para a pauta do dia, apresentação e discussão dos resultados obtidos pelas UBSs do Colegiado 6 na classificação da GAL, com seus indicadores (Ata do Colegiado Leste, 19/08/2010).

Dois coordenadores apresentaram a proporção entre gestantes que deveriam ter uma vigilância maior em comparação às demais que realizavam pré-natal em suas UBSs, a taxa de infecção urinária e o número de casos de sífilis. Isso sugeriu que as propostas feitas na reunião anterior mobilizaram alguns coordenadores para o levantamento de informações, provavelmente envolvendo outros profissionais para a obtenção e entendimento dos dados. Subentende-se que as discussões foram estendidas um pouco mais para a rede, iniciando um traçado do panorama geral da situação de saúde das mulheres que faziam pré-natal neste conjunto de UBSs.

Neste momento, é importante lembrar que destaquei as Atas que, de alguma maneira, identificaram a organização do trabalho entre apoiadoras e coordenadores das UBSs, justificando os ‘saltos’ de um encontro a outro.

No sétimo encontro, um dos que não tiveram registro em Ata, por alguma razão ocorreu com os dois Colegiados juntos. Essa experiência foi muito positiva e, na reunião seguinte, essa sugestão foi incluída nas “regras de funcionamento do grupo”.

serviço municipal especializado em pré-natal de alto risco. Para isso, houve todo um esforço no sentido de identificar os fatores de risco a que estavam sujeitas as mulheres que faziam o acompanhamento nas UBSs, criação de mecanismos de classificação, elaboração de estratégias diferenciadas e monitoramento da assistência voltada a esse grupo prioritário. Mais tarde, esta ação entrou para o protocolo da Área de Atenção à Mulher.

Em 14 de outubro de 2010, já com o dez coordenadores reunidos, as apoiadoras e alguns técnicos da SMS, totalizando dezesseis participantes no encontro, a segunda apoiadora passa a compor o NT e os demais membros da SMS, gradualmente, vão deixando de frequentar as reuniões. Este afastamento dos outros técnicos da SMS das reuniões de Colegiados está associado ao desacordo que havia entre alguns componentes do grupo em participar da nova forma de apoio, às demandas do dia a dia, enfim, às dificuldades e momentos políticos relatados nas entrevistas cedidas pelos diretores de área.

Neste dia, a proposta foi fazer uma reflexão e construção coletiva sobre o papel do grupo e o alinhamento de ideias. Foram lançadas algumas perguntas e construído um painel com a síntese de todas elas. As perguntas foram: Quem somos? Para que serve este espaço? Que momento é esse? O que eu posso dar? Qual o meu pedido? Quais são as regras de funcionamento do grupo? Quais temas a serem trabalhados? Pauta do próximo encontro.

A partir dessas questões, os coordenadores e as apoiadoras produziram as seguintes reflexões:

Quem somos?

Um grupo¹¹ para desenvolver estratégias; propor, discutir e trabalhar indicadores e atingir resultados favoráveis; um grupo em construção.

Para que serve este espaço?

Compartilhar, trocar e encontrar informações; alinhar o trabalho; reforçar os pontos positivos.

Que momento é esse?

Reflexão, ajustes, produção e análise de dados; construir estratégias; melhorar a qualidade de vida da comunidade; entendimentos e mudanças; acertar e avaliar nossas estratégias e metas; por pontos nos 'is'; repensar as práticas; pensar juntos; encontro de gente; troca de ideias e expor dificuldades; apoio e aproximação.

O que eu posso dar?

Dedicação; compromisso; amor; interesse; vontade; persistência; melhor de mim.

Qual o meu pedido?

¹¹ Este grupo é composto pelos coordenadores dos Colegiados Leste e Centro Sul e suas respectivas apoiadoras

Frequência, manutenção dos encontros; acompanhamento de perto das UBSs pelo Núcleo Técnico; planejamento a longo prazo e mais amplo; paciência e sabedoria; transparência e sinceridade; generosidade; compaixão; visão realista.

Quais são as regras de funcionamento do grupo?

Manter os encontros com os dois Colegiados juntos.

Deixar aberta a possibilidade de um representante da EGL participar das reuniões em momentos oportunos.

Planejar em conjunto a pauta do próximo encontro.

Fazer comentários pertinentes ao assunto (ser objetivo e assertivo).

Começar o encontro no horário combinado (sem atrasos).

Quais temas deverão ser trabalhados?

Construir o diagnóstico de saúde de cada UBS, com o objetivo de direcionar ou priorizar ações. Rever o trabalho “Um olhar para a Unidade”, elencar alguns dados que possam funcionar como indicadores e torná-los instrumentos permanentes de avaliação, de conhecimento e de responsabilidade de toda equipe de saúde. Proposta de planejamento e avaliação das rotinas de trabalho de cada membro do grupo para melhorar o gerenciamento do tempo/trabalho.

Pauta do próximo encontro:

Fazer uma breve devolutiva sobre a maneira como todos nós poderíamos organizar melhor nossa agenda para investirmos tempo realmente nas ações prioritárias. Fazer um breve apanhado sobre as pesquisas¹² feitas sobre o tema Planejamento. Continuar trabalhando o tema mortalidade infantil. Iniciar o aprimoramento do instrumento “Um olhar sobre a Unidade” /construir o diagnóstico de saúde. Rever o Plano Municipal de Saúde e Pacto pela Saúde e alinhamento com planejamento e indicadores a serem trabalhados.

Poderíamos dizer que este foi o momento fundador dos Colegiados Leste e Centro Sul como instituição, porque resgatou as relações degradadas entre os níveis de gestão central e local. Ao mesmo tempo, é um movimento instituinte que procurou recuperar alguns valores e práticas que buscavam ser implementados desde que o ordenamento da Atenção Básica tornou-se foco das ações da SMS.

¹² Neste momento, uma coordenadora muito competente e querida, mas também conhecida pelas intensas críticas feita à SMS, indignou-se em ter que pesquisar qualquer assunto.

5.2 Necessidades da gestão: compreender e organizar as informações em saúde

Em 30 de novembro de 2010, estavam presentes dez componentes dos CGs Leste e Centro Sul, e começamos a identificar e analisar as maneiras pelas quais poderíamos utilizar os relatórios emitidos pelos diferentes sistemas de informação ligados à mortalidade infantil. Foi constatada uma verdadeira confusão nos fluxos de informações e o não uso destes dados pela maioria das Unidades (e nem por alguns técnicos do nível central) a fim de planejar e rever as estratégias. Enfim, um emaranhado de problemas!

Ficou claro a falta de clareza no fluxo da informação. Alguns mandando (o relatório mensal) para a enfermeira do Planejamento Familiar, outros para a enfermeira da Área de Atenção à Saúde da Mulher. Pessoal do PSF relata que as informações sobre trabalho de grupo ficaram de ser repassadas ao PAISM (antiga denominação da equipe da Área de Atenção à Saúde da Mulher) pela equipe central do PSF e não está acontecendo (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 30/11/2010).

Neste momento, o NT se comprometeu a conversar com a Áreas de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança para tentar padronizar o ‘caminho das informações’, e os coordenadores da ESF 1 e 2 solicitaram o resgate das informações que haviam se perdido junto aos técnicos da SMS. Esta foi uma postura assumida pelas duas apoiadoras que se tornou uma marca: sempre buscar uma resposta aos problemas apresentados pelos coordenadores e dar retornos, mesmo que a resposta não nos fosse favorável. Neste mesmo dia, alguns coordenadores cobraram a presença do NT nas Unidades, que vinham acontecendo apenas naquelas estabelecidas como ‘prioritárias’¹³. Uma das justificativas dizia respeito às inúmeras Oficinas de Mortalidade Infantil que estavam acompanhando e outras demandas pelas quais ainda eram responsáveis. Quanto às Oficinas de Mortalidade Infantil, alguns coordenadores relataram:

[...] sobre o resultado das oficinas nas unidades, tem sido produtivo/proveitoso, com saldo bastante positivo. Algumas relatam como sendo um “momento construtivo” (Ata do Colegiado Centro Sul, 30/11/2010).

¹³ No oitavo encontro, combinamos como prioritárias as UBSs que estavam com novos coordenadores. Neste dia da reivindicação, incluímos no grupo prioritário as duas Unidades da Estratégia Saúde da Família. Estas visitas nunca conseguiram ser implementadas na rotina do NT.

Neste mesmo encontro, foram discutidas as planilhas da GAL e re combinado que esta aferição de indicadores passaria a ser bimestral, agendadas algumas Oficinas de Mortalidade Infantil e iniciados os estudos de um texto trazido pelo NT sobre Planejamento em Saúde. Uma coordenadora indica para o grupo um site¹⁴ para acessar videoconferências que tratam de diferentes assuntos relativos à Atenção Básica.

Da Ata consta a seguinte observação:

Devemos para isso ter sempre em primeiro lugar fazer o nosso diagnóstico de saúde de acordo com a nossa territorialização. Tirar as dúvidas e continuar com as oficinas. Dar continuidade no “Um olhar sobre a Unidade” (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 30/11/2010).

Além de reforçar a missão, o compromisso do grupo com os objetivos traçados para os Colegiados, notei neste registro um sentimento de pertencimento: “nosso diagnóstico de saúde, nossa territorialização”.

A Ata de 30/11/2010 foi feita por uma coordenadora e complementada pelas apoiadoras do NT.

No encontro do dia 14 de dezembro de 2010, os Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul estavam com todos seus membros presentes, ou seja, os dez coordenadores e as duas apoiadoras. Discutimos as planilhas de GAL das UBSs e surgiram inúmeras dúvidas relativas ao controle dos exames de urocultura em gestantes. O NT ficou responsável por articular-se com a Área de Atenção à Saúde da Mulher para esclarecer as dúvidas e solicitar os ajustes propostos pelos coordenadores, ou seja, por aqueles que utilizavam a planilha. Foram muitas conversas para conseguir sensibilizar alguns técnicos da área quanto à necessidade de adaptar, corrigir, incluir informações solicitadas pelos coordenadores. A planilha¹⁵ parecia sagrada, imexível. Depois de um tempo, algumas reivindicações foram atendidas.

Retomamos os estudos acerca do Planejamento em Saúde e suspendemos a leitura deste texto temporariamente, pois notamos que faria mais sentido resgatá-lo após a revisão prevista para o instrumento “Um olhar sobre a Unidade”, programada para as próximas semanas. Discutimos e problematizamos um outro material relacionado à elaboração de

¹⁴ www.escolasdegoverno.sp.gov.br

¹⁵ Essa planilha de controle de infecção urinária foi revitalizada ao passar a ser discutida e analisada nas reuniões do G7, tanto no formato físico quanto no sentido que passou a ter para quem a preenchia. Era analisada mensalmente pela equipe técnica da Área de atenção à Mulher e, com a incorporação da vigilância das infecções urinárias na rotina dos serviços, deixaram de ser acompanhadas pelo nível central.

diagnósticos situacionais de comunidades, que nos auxiliaria nesta fase de atualização das informações em saúde de cada território. Foram levantados os dados relevantes para a recomposição dos diagnósticos de saúde. A partir desse exercício,

[...] o grupo achou interessante retomarmos gradualmente o processo de territorialização, envolvendo a equipe, trazendo informações em saúde e motivação dos trabalhadores. A partir dessa possibilidade, o NT ficou de negociar o interesse¹⁶ das UBSs com os responsáveis” (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 14/12/2010).

Esse movimento nos lembra o Curso de Capacitação para Gerentes das Unidades Básicas de Saúde realizado em 1999 e também o esforço do grupo de coordenadores na revisão deste documento proposto pelo diretor entrevistado D2, em 2009. Dos dez coordenadores dos Colegiados Leste e Centro Sul, quatro deles estiveram presentes nestes dois momentos de aprendizado sobre o SUS.

Diante de todo o trabalho que a atualização do instrumento “Um olhar sobre a UBS” demandaria do grupo, foi combinado que, a partir desta data, os encontros seriam quinzenais. A Ata foi lavrada por uma coordenadora e complementada por mim. Também foi montada a pauta do próximo encontro.

Em 09 de fevereiro de 2011, estavam presentes os doze componentes destes Colegiados e assistimos a um pequeno filme de sapateado irlandês e o associamos às competências e habilidades necessárias para um bom trabalho em equipe. O filme trazia a importância da harmonia, da sincronia, do compartilhamento de projetos entre os grupos, da ‘alegria’ e da determinação para o sucesso de uma equipe, enfim, da necessidade de estarmos atentos a outras necessidades dos gestores, além das habilidades técnicas. Esse tipo de reflexão e outras dinâmicas foram utilizadas com a finalidade de darmos vazão às nossas subjetividades, falarmos de outros aspectos do trabalho em saúde que, lembrando Antoine de Saint- Exupéry, são invisíveis, mas essenciais para o equilíbrio do/no trabalho.

Neste dia, participou da reunião uma das técnicas da Área de Atenção à Saúde da Mulher, para ajudar-nos a entender melhor os recursos oferecidos pela planilha de urocultura e analisarmos os indicadores de saúde apresentados pelos coordenadores. Esta

¹⁶ Negociar interesse neste caso queria dizer informar ao diretor de área em exercício e verificar a possibilidade de locação de veículos para levar as equipes para os diferentes pontos do território

foi uma das últimas reuniões que técnicos das diferentes áreas ligadas à mortalidade infantil participaram das reuniões dos Colegiados.

Estava programado para o mês seguinte um dos encontros trimestrais das Equipes Gestoras Locais para o enfrentamento da mortalidade infantil. A proposta do encontro era favorecer a troca de experiências por meio de uma apresentação de atividades bem sucedidas realizadas pelas UBSs. Para isso, era preciso selecionarmos o que cada serviço estaria compartilhando com os demais colegas no evento. Neste dia, outras demandas foram trazidas ao grupo de coordenadores: a realização do Fórum de Atenção Básica, as pré-conferências e a Conferência Municipal de Saúde. Por falta de tempo, estas propostas foram pautadas para o encontro seguinte.

Após uma conversa inicial sobre as novas encomendas, o grupo fecha os itens a serem levantados para a atualização do “Olhar sobre a Unidade”. Ficaram definidos:

- Localização/área de abrangência: saneamento, transporte, equipamentos sociais, coleta de lixo, população, violência, condições de moradia, escolas/vagas disponíveis/população.
- Área física da UBS: já descrita (naquela revisão proposta pelo diretor de área do segundo período da pesquisa), só faltava atualizar ou aprimorar.
- Composição da equipe de saúde: já descrita, só faltava atualizar (idem ao item anterior).
- Descrição da população: nível socioeconômico, distribuição da população por faixa etária (pirâmide populacional).
- Epidemiologia: sistema de informação interno (livro de notificação, saúde da mulher, PAP/DST/Sisprenatal/ saúde do adulto/acolhimento/Hiperdia, saúde odontológica, saúde da criança/asma; vacina.
- Produção: com a mudança do sistema de informação, as UBSs estavam sem dados e os coordenadores não conhecem o sistema.

Nesta época, o fato de o gestor municipal não apresentar um projeto político para a saúde do município tornava o cenário favorável para a realização dessas propostas. O desafio era conciliar as demandas trazidas pela SMS e os ideais do grupo.

A integração com os demais Colegiados do município (Norte, Centro Norte, Noroeste e Sudoeste) era muito tênue, restringindo-se a conversas informais entre seus apoiadores.

Como demanda desse encontro, ficou a necessidade do NT articular um treinamento para os coordenadores sobre o novo sistema de informação. Esta Ata foi lavrada pela segunda apoiadora.

5.3 Construindo alguns olhares para o território, problematizando as práticas: a busca pelo sentido no trabalho

Na reunião de 23 de fevereiro de 2011, estavam presentes os doze participantes dos CGs Leste e Centro Sul e, após a leitura da Ata, começamos a discutir os problemas do dia a dia e a buscar a solução dentro e fora do grupo. A coordenadora CIX relatou a:

[...] situação de acúmulo de pacientes logo pela manhã, casos que não são urgentes como verificação da pressão arterial e glicemia de controle. Uma ex-coordenadora e outras presentes sugerem pactuar com os pacientes que estes procedimentos serão feitos preferencialmente após as 9 horas. [A primeira apoiadora] destaca a importância de discutir o assunto no conselho local e deixar claro para a equipe que todos devem estar atentos às exceções (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 23/02/2011).

A coordenadora CIX ainda apontou as dificuldades impostas pelo SAAE (Sistema de Abastecimento de Água e Esgoto) para o fornecimento de água à Unidade e a falta de retaguarda da SMS para a resolução de problemas crônicos, como a compra de materiais hidráulicos específicos e realização de serviços de obras. Esta queixa foi unânime entre os coordenadores. A coordenadora CVIII referiu:

[...] ter esse mesmo tipo de problema, inclusive tendo que apelar para familiares para as resoluções de pequenos problemas (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 23/02/2011).

Nestes pequenos trechos, constatamos como este espaço de conversa oportunizava a troca de experiências que, por sua vez, poderia dar agilidade aos serviços, simplesmente revendo as relações e rotinas existentes entre trabalhadores e usuários. Ao mesmo tempo, servia como espaço para desabafos e queixas de situações angustiantes provocadas pela

convivência diária com problemas estruturais da PMS, que prejudicam o andamento dos serviços.

Retomada a pauta da reunião, foram iniciadas as discussões sobre o Fórum de Atenção Básica e a Conferência Municipal de Saúde. A realização de um fórum entre as UBSs era um desejo antigo de alguns técnicos da SMS. A intenção era oportunizar a troca de experiência entre os serviços, divulgar os conhecimentos produzidos pelas equipes e promover a interação entre trabalhadores que raramente se encontravam. Outra proposta deste evento era a aproximação das equipes da assistência das instituições de ensino da área da saúde.

Em meados de 2010, a chefia da Divisão da Atenção Básica (DAB), um dos cargos subordinados à direção da DAAES, solicitou aos coordenadores das UBSs que preenchessem um instrumento de avaliação denominado Quali-AB. A forma como os resultados foram divulgados, orientados e apresentados para os coordenadores deixou muito a desejar. Alguns relatos desta época afirmavam a ‘desimportância’ dada a mais essa tarefa ‘jogada’ pela SMS, principalmente pela falta de informações. Em alguns casos, o preenchimento foi delegado para auxiliares administrativos ou outro técnico mais disponível, sem preparo específico para o uso do instrumento. Nesta reunião de Colegiado, a diretora de área (D3) esteve presente no encontro e esclareceu a finalidade deste instrumento autoavaliativo e lamentou o insucesso obtido na primeira tentativa de aplicação. Após as discussões,

[...] Foi reafirmado pelo grupo que esta seria então uma oportunidade de “dar sentido” ao instrumento através da reaplicação do mesmo. Os coordenadores se propuseram a reaplicá-lo, analisá-lo e criar estratégias para enfrentar os nós críticos apontados. A partir disso, seria possível cada coordenador selecionar juntamente com sua equipe uma ação exitosa desenvolvida na sua UBS para ser apresentado no Fórum de Atenção Básica através da confecção de um banner. Outros instrumentos também poderiam ser utilizados para a seleção da ação escolhida como “Um olhar para a UBS”, indicadores de saúde ou ações que a equipe reconheça como relevante para os serviços (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 23/02/2011).

Neste dia, foi tomada uma decisão que marca estes Colegiados até os dias de hoje. Em função da realização da VI Conferência Municipal de Saúde, que propunha a inclusão de etapas preparatórias denominadas pré-conferências, após a discussão da participação social no SUS, as apoiadoras e os coordenadores julgaram que apenas um encontro

preparatório não seria suficiente para o debate de tantos assuntos. Principalmente por julgarmos necessária uma revisão¹⁷ na forma como vinha ocorrendo a participação popular no município. Esse repensar das práticas do controle social caberia a todos os segmentos que participavam dos Conselhos Locais de Saúde: ao gestor (o próprio coordenador), aos trabalhadores e aos usuários. Então, uma ex-coordenadora propõe a realização de mais encontros que precederiam as pré-conferências já agendadas. No entanto, era sabido que não haveria tempo hábil para realizá-las em 10 UBSs. A ex-coordenadora apresenta a proposta:

[...] reunir todos os conselhos de saúde do colegiado para a realização dessa etapa. Foi apontado que um encontro apenas antes da pré-conferência não seria suficiente [...] (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 23/02/2011).

Em função da grande quantidade de atividades a serem administradas pelos coordenadores e pelo NT, foi montado um quadro com as datas e as ações para auxiliar a administração do tempo de todos. Estava na agenda desse grupo: elencar atividades exitosas para o Encontro da Mortalidade Infantil e para o Fórum de Atenção Básica, localizar e convidar os conselheiros de saúde para o primeiro encontro geral dos Conselhos Locais, além de dar conta de todos os desdobramentos administrativos que cada uma destas ações requeriam das coordenações locais e apoiadoras. Foi agendada uma reunião para 10 de março de 2011, somente para a discussão das atividades relativas ao enfrentamento da mortalidade infantil.

Neste encontro estavam presentes dez membros dos CGs Leste e Centro Sul. Foi muito proveitoso, no qual todos expuseram suas experiências, colocaram as facilidades e dificuldades que encontraram para viabilizá-las. Foi um momento de avaliação dos processos de trabalho que tinham se incorporado ou se perdido na rotina dos serviços a partir das Oficinas de Mortalidade Infantil e encontro das Equipes Gestoras.

Uma ex-coordenadora referiu que:

[...] a equipe não implantou nenhuma atividade inédita. Diz que houve melhora no controle de infecção urinária, que houve a tentativa de fazer um trabalho de grupo multiprofissional, mas que não compareceu nenhuma gestante. A rotina

¹⁷ O Conselho Local de Saúde é desacreditado em muitas UBSs. Dentre outros problemas, notam-se relações desgastadas entre conselheiros usuários e trabalhadores, clientelismos, horários de reuniões que não favorecem a participação de usuários que tenham trabalho formal, gestores pressionados por questões políticas e pouca potência na atuação dos Conselhos Locais.

que foi implementada em seu serviço, neste momento, que embora soubesse que outras UBSS já faziam isso, foi o acordo definitivo em deixar uma vaga por dia na agenda de odontologia por dentista para as gestantes e que é agendada, preferencialmente, junto com consulta do ginecologista (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 10/03/2011).

A coordenadora CIV relatou que:

Outra ação diferenciada da UBS e que foi aprimorada nas últimas duas Oficinas de Mortalidade Infantil é o controle de gestantes com hipertensão arterial. Existe um funcionário designado para o monitoramento dos valores pressóricos [valores da pressão arterial] e busca ativa das gestantes que não compareceram para o controle. É também oferecido um cartão-controle para a gestante. Esta ação indica a possibilidade da gestante continuar o pré-natal na UBS ou necessidade de encaminhamento para a Policlínica [ambulatório especializado em pré-natal de alto risco] (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 10/03/2011).

A coordenadora CIV referiu que uma ação de destaque foi:

o aumento da oferta de trabalhos de grupos sobre planejamento familiar para métodos não definitivos. É oferecido toda sexta-feira e anteriormente, apenas uma vez por mês. Diz também que a equipe está mais flexível e ágil para encaminhar os interessados para o grupo. Como dificuldade, aponta o número de participantes neste grupo ainda. Apesar de fazerem cartazes e os profissionais também incentivarem os pacientes a participarem do trabalho do grupo, é preciso melhorar na divulgação da atividade (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 10/03/2011).

Outra coordenadora fez referência à implantação de uma planilha utilizada para monitoramento de todas as etapas de um pré-natal realizado em uma Unidade de Saúde tradicional. Contou que:

Outra ação de destaque é a possibilidade de todos os profissionais estarem a par do andamento dos pré-natais através da disponibilização em rede da planilha de controle das gestantes. Qualquer interessado pode acessá-la e esclarecer suas dúvidas. Esta planilha foi adaptada da ideia da UBS 6 (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 10/03/2011).

Neste dia, outra decisão foi tomada coletivamente. Haviam sido disponibilizados, pela equipe organizadora do Encontro de EGs da Mortalidade Infantil, vinte minutos de apresentação para cada Colegiado de Gestão. As cinco experiências selecionadas deveriam ser apresentadas em um tempo médio de cinco minutos. Sem menosprezar nenhuma ação indicada para a exposição, diante do primor do trabalho das equipes da ESF1, os coordenadores e apoiadoras optaram pela apresentação do projeto Futura Mamãe, que atendia as gestantes desde o início da gestação até o acompanhamento do desenvolvimento

do bebê. Eram organizados encontros mensais com as mães e os pais que se disponibilizavam a participar, buscando oferecer ações que contemplassem as necessidades sociais das famílias atendidas.

O grupo decide que ao invés de gastarmos os 20 minutos com uma apresentação por colegiado, elegeríamos apenas uma e os outros dez minutos apresentaríamos as principais ações de todas as UBSs dos Colegiados 5 e 6 (atualmente denominado Leste e Centro Sul) (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 10/03/2011).

Neste momento, os demais NTs enfrentavam dificuldades em sustentar as reuniões de seus respectivos Colegiados de Gestão e, inclusive, de ter clareza dos propósitos destes encontros. Alguns técnicos foram abandonando a proposta e outros se reorganizando para dar apoio temporário a estes grupos de coordenadores. Juntamente com a segunda apoiadora, relato que fomos convidadas a apoiar os outros Colegiados que estavam com dificuldades:

[...] colocam que apoiaram os Colegiados 1, 2, 3 e 4 [nesta época, ainda identificávamos os colegiados através de números, o que corresponde atualmente aos Colegiados Noroeste, Sudoeste, Norte e Centro Norte] nesse processo de gestão compartilhada entre Colegiados e NTs. Para isso, gostariam que os coordenadores apontassem os pontos positivos e negativos de trabalharmos nesse formato (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 10/03/2011).

A devolutiva dos presentes quanto aos pontos positivos foi a seguinte:

Outra visão sobre gestão em saúde; continuidade dos assuntos possibilitando saber o início e o fim dos assuntos; ressaltaram a importância da confecção e leitura da ata; troca de experiência; proximidade com a SMS; as reuniões fluem melhor por estarmos em um número menor; melhor as dez Unidades juntas que fazer em apenas 5 serviços; fortalecimento dos coordenadores; continuidade das ações sem perder o foco; fonte de resolução de alguns problemas das UBSs; sintonia com o NT; reuniões esclarecedoras; privilégio ter um espaço para discutir, manter o foco e sair da impossibilidade (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 10/03/2011).

Quanto aos pontos negativos, duas ex-coordenadoras debateram mais intensamente:

o distanciamento dos demais coordenadores, perdendo a visão da cidade. Uma delas lamenta a perda do espaço do Fórum dos Coordenadores. Outra coordenadora refere que o fórum não atendia seus objetivos e precisava uma revisão de propósitos (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 10/03/2011).

O Fórum de Coordenadores foi o espaço de conversa fomentado pelo entrevistado D1, no qual os coordenadores reuniam-se para discutir os temas que julgavam pertinentes,

sem a presença de técnicos da SMS, e que na gestão do entrevistado D2 acabou sendo suspenso. Outro encontro coletivo que deixou de existir foi uma reunião mensal de enfermeiros idealizada com o propósito de realizar atualizações técnicas para o grupo. Os resultados destes encontros eram muito questionados pela SMS e por diversos enfermeiros.

5.4 O desafio da integração intersetorial, do enfrentamento da Dengue e da participação popular

Dias após esta reunião, exatamente no dia 01 de abril de 2011, a Diretoria de Área da Vigilância em Saúde convocou todos os técnicos do nível central e os trinta e um coordenadores de UBSs para uma reunião de urgência relativa à Dengue. Foi um momento muito estressante, em que a forma como os problemas e insuficiências da DAAES foram apresentadas e ausência de autocrítica por parte deste outro serviço abalaram profundamente os presentes. A indignação foi ainda maior pelo conhecido desgaste histórico das relações entre estas duas diretorias de área e a falta de apresentação de qualquer ação conjunta envolvendo os dois serviços.

Após o término desta reunião, os membros dos Colegiados Leste e Centro Sul permaneceram na sala e tentaram tomar ciência do número de casos da doença no território e fragilidades dos serviços. Nesta ocasião, foram criadas nove estratégias de enfrentamento da Dengue que envolviam: atualizações para todos os funcionários (técnicas e de atitudes necessárias para aumentar a eficiência do serviço); estabelecimento de fluxo interno para identificação precoce e monitoramento dos casos suspeitos e confirmados; suprimento de materiais e insumos necessários para o manejo da doença; uso de repelente de ambiente nas UBSs e solicitação de aumento de copos descartáveis para o setor de compras. Estas pactuações comprovavam que, para o enfrentamento de qualquer situação de risco em um serviço de saúde, não bastam apenas apresentações/capacitações técnicas sobre o assunto. É preciso criar uma rede de cuidados e gestão, interna e externa, e sustentá-la.

A reunião foi encerrada com a seguinte reflexão:

[...] este espaço de diálogo entre Colegiados e Núcleo Técnico é um espaço de gestão e uma das características primordiais do coordenador deve ser a capacidade de antecipação. Considerando que a situação pode vir a se agravar

nestas regiões, combinamos que todos lerão as atribuições pertinentes à Atenção Básica do manual do Ministério da Saúde, citado pela enfermeira da Vigilância Epidemiológica (VE), estando assim, todos mais preparados para as situações adversas (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 01/04/2011).

No dia 13 de abril de 2011, na próxima reunião ordinária, estiveram presentes onze participantes dos CGs em estudo e, como apoiadora, questionei a percepção dos coordenadores quanto ao Encontro de Conselheiros, que ocorrera em 20/03/2011. O retorno dos resultados desta ação era importante, pois se tratava de uma das primeiras propostas do grupo que contemplava uma necessidade coletiva. Importante ressaltar que, deste primeiro encontro geral dos Conselhos de Saúde, os grupos combinaram outros encontros menores nas próprias UBSs.

Apesar de alguns comentários tímidos, o grupo refere que o encontro ocorrido na UBS 05, junto da ESF 1 foi bem produtivo e que participarão do encontro programado para o dia 19, na área da UBS 07. Uma ex-coordenadora refere que uma conselheira deu um retorno positivo quanto ao encontro (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 13/04/2011).

Retomamos o assunto da dengue, e relatei que uma outra UBS, não pertencente a estes Colegiados, aplicou um questionário para aferir os conhecimentos técnicos dos profissionais em relação ao tema e o resultado foi muito ruim. A coordenadora CIX disse que fez a mesma coisa e que o resultado também ficou muito a desejar. Com isso, o grupo é questionado quanto à pertinência de um treinamento geral para evitarmos as situações colocadas na reunião com a equipe da Vigilância em Saúde.

[...] mas o grupo julgou não ser necessário. Foi unânime que o número de casos estava aumentando em todas as UBSs, com exceção da UBS 05, que acreditava estar havendo subnotificação de casos. Estão confiantes que a chuva cessará e o número de casos diminuirá. CIV coloca uma dúvida de como proceder com os resultados encaminhados por envelope à UBS (pela Vigilância Epidemiológica) e diz que a explicação da VE não a satisfaz. O grupo tenta respondê-la, mas não houve uma explicação segura para o caso. A [primeira] apoiadora vai conversar com alguém da VE e dar o retorno assim que possível (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 13/04/2011).

Nesta reunião, foi a primeira vez que convidamos para participar de nossas reuniões uma supervisora de área (denominação oficial do cargo que ocupamos enquanto apoiadoras) que atuava fora do “eixo da DAAES”, responsável pelo almoxarifado de medicamentos. A presença dela era justificada neste encontro em função das inúmeras queixas dos coordenadores em relação aos fluxos de materiais e medicamentos, solicitações

de grades mensais e eventuais, demora na instalação de equipamentos nas UBSs e a forma ríspida com que alguns funcionários tratavam aqueles que precisavam entrar em contato com o setor.

Depois de muita conversa, em que todos tentaram entender a situação e identificar os problemas possíveis de serem abordados tanto pelas UBSs quanto pelo setor em questão, ocorreram algumas combinações e a responsável pelo almoxarifado: “[...] se propõe a conversar com sua equipe a fim de melhorar o trabalho de todos (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 13/04/2011).”

Na sequência, a supervisora de área responsável pelo almoxarifado de medicamentos apresentou uma proposta de reformulação dos pedidos eventuais de produtos que se mostrava inviável para a rotina dos coordenadores e funcionários responsáveis pela farmácia. Novamente, houve um grande debate entre as partes. “[...] A [primeira apoiadora] sugere que antes de fechar qualquer alteração de fluxo, consulte os coordenadores (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 13/04/2011).”

Os presentes nesta reunião chegaram a um acordo aceitável para ambas as partes e concluímos que a tomada de decisão entre os diferentes atores que faziam interface com os problemas das UBSs certamente seria muito mais produtiva para os serviços e principalmente para os usuários.

A convidada finalizou dizendo:

[...] que o almoxarifado tem problemas com espaço físico, com os trâmites da SMS, entrega de fornecedores, falta de produtos no mercado, etc. Entende que a situação é difícil para todos, mas que reuniões como essa podem facilitar alguma coisa no nosso dia a dia (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 13/04/2011).

A segunda apoiadora encerrou a reunião anotando as datas das próximas Oficinas de Mortalidade Infantil programadas nestas UBSs.

Na reunião de 27/04/2011, estavam presentes onze componentes dos CGs Leste e Centro Sul e, dentre outros assuntos, os presentes discutem a apresentação das informações em saúde que deveria ser feita na “pré-conferência oficial”. O Núcleo de Informações disponibilizou mais de cento e cinquenta *slides* com dados e informações municipais e específicas dos Colegiados de Gestão e foi entendido que era impossível e contraproducente fazer uma exposição neste formato, inclusive porque a maioria dos presentes eram leigos no assunto e não habituados a interpretações de dados e tabelas.

Resolveu-se fazer um estudo e seleção das informações a serem discutidas e complementadas por outras fontes de dados, como relatórios internos de cada UBSs sobre o perfil de morbidade, maiores demandas etc. Foi uma grande oportunidade para o grupo incrementar seu olhar sobre o território e exercitar a crítica sobre as ‘tarefas’ passadas a eles pela SMS.

Em 25 de maio de 2011, participaram da reunião quatro componentes dos Colegiados Leste e Centro Sul. Neste mês, os trabalhos desenvolvidos entre apoiadores e coordenadores das UBSs completaram um ano. Pelos motivos apresentados no início deste capítulo, já há algum tempo, as Atas de alguns encontros estão sendo feitas por mim e pela segunda apoiadora.

Além de darmos continuidade aos assuntos que já vinham sendo tratados, constava a preocupação de retomar alguns procedimentos:

Para a retomada do diagnóstico de área, combinamos resgatar a Ata onde foram apontadas as informações necessárias para a revisão do instrumento “Um olhar sobre a UBS” e fazer um plano de como esta ação será desenvolvida. Nesta ocasião, também será discutido como utilizaremos os dados apresentados na pré-conferência (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 25/04/2011).

Transcorridas as “pré-da-pré-conferências”, uma brincadeira que surgiu no grupo, em função dos vários encontros que precederam a pré-conferência oficial, em uma reunião extraordinária, em 30 de maio de 2011, os membros destes Colegiados decidiram elaborar propostas para a VI Conferência Municipal, contemplando as necessidades específicas da gestão. Foram produzidas onze propostas, dentre elas:

Fortalecer a participação popular através de um encontro trimestral com todos os Conselhos de Saúde por Colegiado de Gestão com a abordagem de temas e dados epidemiológicos para subsidiar a criação e o acompanhamento das Unidades Básicas de Saúde (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 30/05/2011).

Dentre outros temas, também foram elaboradas propostas que visavam ao fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no município, à criação de um Plano de Cargo, Carreiras e Salários, à incorporação de um técnico administrativo na equipe das UBSs para realização de atividades burocráticas, a fim de otimizar o tempo dos coordenadores para assuntos técnico-gerenciais, à instituição de equipes de matriciamento para as equipes das UBSs tradicionais, à criação de uma equipe de saúde para atendimento da população da zona rural, à garantia de mobilidade das equipes pelas áreas de

abrangência por meio de disponibilização de veículos, à descentralização de especialidades médicas com maior demanda para o território e à retomada da Ouvidoria como instrumento de gestão.

Estas propostas foram levadas a uma das reuniões da SMS, debatidas e complementadas pelos presentes. No dia da Conferência Municipal, dividimos as propostas entre coordenadores e NT, e cada dupla participou do evento em uma das salas de discussões, a fim de garantir a inclusão das propostas a serem debatidas na plenária final. Grande parte delas foi incorporada no relatório final da Conferência.

Nos encontros de 22/06, 12 e 24/08/11, as Atas não foram lavradas e as duas apoiadoras resgataram as datas e os temas abordados. Em 22/06, tratou-se da apresentação do novo secretário de saúde ao grupo, já citado anteriormente, em 12/08, da retomada dos estudos dos textos sobre o SUS e, em 24/08, da organização do primeiro encontro trimestral dos Conselheiros de Saúde (e de cumprimento da proposta da Conferência!). A programação deste encontro tão especial foi elaborada e executada entre os coordenadores e as apoiadoras e ocorreu em 26/08/2011.

Os objetivos deste primeiro encontro dos Conselhos Locais de Saúde foram: promover a integração dos conselheiros de saúde, aproximar os três segmentos que compunham o Conselho Local, levantar as expectativas em relação a essa proposta de reuniões permanentes, discutir o conceito de saúde e necessidades em saúde e provocá-los a refletir sobre o papel dos conselheiros. Em uma conversa ocasional, uma das técnicas da Área de Atenção à Mulher referiu que seria muito importante envolver os Conselhos de Saúde na problematização da mortalidade infantil. Considerando a relevância do tema e a oportunidade de “exercitarmos” o entendimento de uma necessidade em saúde (a de viver!) e a construção coletiva de ações para os problemas encontrados, convidamos esta área técnica para conversar com os conselheiros e isso resultou em um novo encontro específico para abordagem do tema.

As reuniões que se seguiram continuaram com a mesma dinâmica: discussão dos problemas vividos no dia a dia dos serviços, articulação e pactuações com os setores que faziam interface com as UBSs, visitas de técnicos ou setores que gostariam de discutir e/ou elaborar alguma proposta em conjunto com estes colegiados, o NT buscando encontrar caminhos ou criar fluxos para o encaminhamento das demandas referidas pelo grupo.

No encontro ocorrido em 13/09/11, com a presença de treze profissionais na reunião, a segunda apoiadora deu um retorno sobre uma série de pendências que surgiram na última reunião e organizou-se a “pré-programação” do encontro “extra” com os Conselhos Locais sobre a mortalidade infantil.

Em 11 de outubro de 2011, um mês após a “reunião inaugural” das atividades junto aos conselheiros de saúde, ocorreu este segundo encontro dos conselhos locais, contando com a presença de trinta participantes. Foi apresentado e discutido o problema da falta de planejamento familiar que contribui para o aumento da mortalidade infantil, além de causar o sofrimento de crianças, famílias e outras consequências para a sociedade. Em seguida, formaram-se grupos mistos de conselheiros e conversou-se sobre os diferentes métodos anticoncepcionais. Foi um momento de muito aprendizado para todos que participaram desta atividade. A partir dos conhecimentos que tinham sobre o assunto e a oportunidade de conversarem em um linguajar acessível com os técnicos, os presentes se mostraram muito motivados com essa “forma de aprenderem”. Os técnicos, por sua vez, identificaram a importância de reduzir as barreiras de comunicação junto aos usuários, muitas vezes impostas pela própria linguagem. Os grupos foram redivididos e discutiram as seguintes questões: O que poderíamos fazer? Por onde começar? O que preciso fazer? Quem mais trabalha o tema no nosso território? Dá para juntar forças? O que as UBSs oferecem? Quais os resultados do que fazem? Quais as dificuldades? O que pode ser feito neste formato de colegiados?

Após o término da atividade, fechamos o encontro com a seguinte reflexão:

[...] uma das finalidades deste encontro era despertar todos os conselheiros de saúde sobre a importância de pensarmos e executarmos ações que incentivem as pessoas a planejarem a composição de suas famílias. Sabemos que uma tarde não seria suficiente para darmos conta de todos os assuntos, então, a importância de continuar os debates nas reuniões ordinárias dos Conselhos Locais de Saúde e reuniões dos Colegiados de Gestão (Ata do Encontro Trimestral dos Conselhos de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul, 11/10/2011).

Em 26 de outubro de 2011, ocorre mais uma reunião ordinária dos Colegiados Leste e Centro Sul e, como havia sido combinada uma atividade trimestral com os Conselhos Locais de Saúde, e a anterior foi considerada uma “reunião extraordinária”, aconteceu, então, em 04 de novembro de 2011, o terceiro encontro dos conselheiros de saúde. Este encontro contou com a presença de quarenta e cinco participantes.

As apoiadoras e coordenadores sempre utilizavam alguma dinâmica para introduzir os assuntos e descontraír os participantes. Na reunião que abordou o tema mortalidade infantil, foi entregue um texto sobre o papel do conselheiro e combinamos que todos fariam a leitura para debatermos no encontro seguinte. Assim, o terceiro encontro se iniciou com as discussões das seguintes questões: O que é ser conselheiro de saúde? Quais os pontos positivos e negativos decorrentes dessa atuação?

Após o fechamento dessa conversa, os grupos foram divididos e desafiados a construírem propostas para o enfrentamento da mortalidade infantil, com ênfase no planejamento familiar. Algumas das ações criadas foram executadas e comentadas pelos conselheiros nas reuniões subsequentes. As propostas foram:

Revisão dos currículos escolares; educação sexual nas escolas/transformação do corpo; divulgar e informar sobre as atividades já desenvolvidas pelas UBSs; desenvolver trabalhos em escolas, ONGs, igrejas, etc; desenvolver atividades nas UBSs; formar grupo de jovens para planejamento familiar; capacitar lideranças; UBS intensificar e chamar outras lideranças; informação (Ata do Encontro Trimestral dos Conselhos de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul, 04/11//2011).

Foi possível notar que o exercício de criação de políticas de saúde, baseadas no conceito ampliado de saúde e nas necessidades da população, começou a acontecer neste grupo.

No próximo encontro de Colegiados, em 23/11/11, os coordenadores e NT decidiram fazer um encontro avaliativo reunindo os coordenadores, os trabalhadores, os usuários e o diretor de área em exercício, o entrevistado D3. Essa avaliação foi programada para 02 de dezembro de 2011. Durante as discussões, notamos que muito do que estávamos construindo tinha uma forte relação com os projetos do primeiro diretor entrevistado nesta pesquisa, D1. Constatamos também que os caminhos que vínhamos seguindo eram coerentes com as tentativas anteriores da SMS em fortalecer a Atenção Básica. Assim, convidamos o diretor entrevistado D1 para assistir e dar seu parecer sobre os rumos dos trabalhos.

Nesse encontro avaliativo, as atividades se iniciaram com uma apresentação dos coordenadores sobre a avaliação que faziam dos trabalhos dos Colegiados e do NT, das ações que foram feitas junto aos trabalhadores (Oficinas Locais de Planejamento e de Mortalidade Infantil) e da atuação junto aos Conselhos Locais de Saúde. Na sequência, uma

representante do Núcleo de Informações fez uma apresentação sobre alguns indicadores de saúde desta região e um balanço do número de Oficinas referentes a estes Colegiados. Encerrei a primeira parte do encontro com uma fala sobre o papel de todos estes atores na organização da Atenção Básica e, após um farto café comunitário, os grupos foram divididos e refletiram sobre: como podemos ampliar os resultados obtidos nesta forma de organização de trabalho?

Seguem adiante as produções dos grupos de usuários, gestores e trabalhadores.

Participação popular

- Incentivar a gestão participativa.
- Divulgar o conselho; busca de novas parcerias/usuários.
- Fortalecer os Conselhos de Saúde.
- Maior participação da comunidade; melhorar o planejamento familiar.
- Orçamento participativo e controle social
- Envolver mais as pessoas, mantendo os encontros e com maior participação da comunidade (?), se possível, programar os encontros anuais (agendar as datas dos encontros).
- Parcerias com as escolas, ONGs, igrejas, CRAS, com a finalidade de ampliar a participação popular.

Trabalhadores

- Multiplicação das informações; intensificação dos trabalhos; ampliar parcerias.
- Ampliar a participação dos trabalhadores nos Colegiados.
- Trabalhar com indicadores; ampliar os grupos de trabalho dentro das UBSs.
- Avançar no planejamento familiar; capacitação e trabalho em parcerias.
- Valorização dos funcionários.
- Mais compromisso do trabalhador (possibilitar mais participação do trabalhador)

Gestão

- Criar matriciamento por Colegiado.
- Reunião com todos os colegiados para troca de experiência.
- Apoio de uma equipe multidisciplinar em cada Colegiado.

- Aproximação das áreas de atenção à saúde com as UBSs, visando à integração entre elas.
- Divulgação dos resultados.

Ao término de todos os encontros de conselheiros de saúde, costumamos fazer algum tipo de avaliação sobre a pertinência, a compreensão do tema e da metodologia utilizada. Decidimos estender esta estratégia para este momento também. Colocamos uma relação de sentimentos/sensações que poderiam ser marcados com etiquetas coloridas para que os participantes pudessem registrar suas percepções, a qualquer tempo, livremente, sem identificação pessoal.

Dentre os vários sentimentos descritos no quadro, foram marcados os seguintes: motivado (23); esperançoso (14); mais capacitado (3); esclarecido (1); com dúvidas (1); entediado (1).

Passados os meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012, retomamos os encontros em 08 de fevereiro de 2012, com a presença de nove membros dos CGs Leste e Centro Sul. Iniciamos as atividades do ano com a conferência das datas das Oficinas de Planejamento Local, e ficou combinado que montaríamos o calendário anual de Oficinas no próximo encontro.

5.5 O aumento da demanda de trabalho e a redução do tempo dedicado aos estudos sobre o SUS

Os problemas não paravam de chegar e o NT foi bastante exigido em termos de articulação com outros setores, criação de fluxos até então inexistentes ou escusos, enfim, os problemas da vida diária consumiam grande parte das reuniões. O número de convidados de outros setores para as reuniões também aumentou, facilitando a resolução de alguns problemas e impactando pouco em outros.

Em 04/04/12, uma ex-coordenadora relatou:

[...] que na sua volta de férias, verificou que sua funcionária estava encaminhando prontuários para outras UBSs sem a solicitação das mesmas. Questiona se outras

UBSs estão recebendo prontuários¹⁸ enviados pelas UBSs de outros Colegiados (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 04/04/2012).

Duas coordenadoras também notaram esta mudança no protocolo sem aviso prévio e referiram que, ao questionarem uma das coordenadoras que estava adotando essa postura, tiveram a seguinte resposta:

[...] a mesma refere ter sido uma decisão do Colegiado. Nosso grupo combina não encaminhar prontuários para nenhuma UBS até orientação oficial do chefe de divisão” (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 04/04/2012).

Outro problema é trazido pelo presentes:

Quanto ao eletrocardiograma, somente as UBSs 9,¹⁹ 3, 2 e 6 não possuem aparelhos nas próprias unidades e precisam encaminhar os pacientes para a Policlínica. Ficou combinado que a UBS 9 encaminharia os pacientes para a UBS 7, a UBS 6 encaminharia para a UBS 4, após CIV verificar com a sua equipe, a possibilidade de absorver esta demanda devido ao número restrito de funcionários. E quanto à UBS 2, verificaríamos a possibilidade de obter um aparelho para esta unidade (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 04/04/2012).

Com esses arranjos, é possível notar que muitas das dificuldades trazidas pelos coordenadores foram resolvidas entre as próprias UBSs e outras demandaram uma ligação com a SMS e demais Colegiados de Gestão do Município, pois a reorganização de certas rotinas e fluxos precisava ser melhorada “sistemicamente”.

Nesta época, de maneira geral, o número de casos de Dengue vinha aumentando na cidade e o NT começou a usar a “verbinha”²⁰ para comprar materiais como copos descartáveis, repelentes, pastas para serem entregues à gestantes na abertura do pré-natal etc. para as UBSs. Essa foi uma atitude tomada para liberar a verba dos coordenadores, normalmente empenhadas para manutenção predial e outros gastos fixos mensais.

¹⁸ A transferência de prontuários sem a solicitação do paciente ou da UBS é um problema antigo da SMS. Desde a época da territorialização, quando as áreas de abrangência foram delimitadas, algumas UBSs enviavam lotes de prontuários para outros serviços dessa forma. Com o ressurgimento do problema, o NT fez contato com os outros NTs e concluiu-se que esta “decisão do Colegiado” foi um grande mal-entendido. Esse fato culminou em um ofício, redigido pela primeira apoiadora e endossado pelo chefe de divisão, e demorou alguns meses para chegar a todas UBSs.

¹⁹ Esta UBS localiza-se no extremo norte do município cuja rede de transporte urbano tem linhas e horários limitados para o centro da cidade. Está a cerca de 20 km da Policlínica e o tempo de deslocamento até lá é bastante longo. Em relação à UBS 07, fica aproximadamente 7 km de distância da UBS 09, sendo o acesso bem mais fácil.

²⁰ Todos os próprios da SMS e alguns programas especiais como o Núcleo de Educação Permanente, Escola Saudável etc., recebem uma verba mensal para manutenção predial e aquisição de materiais e insumos para consumo destes serviços.

Com a grande quantidade de processos de trabalho a serem revistos, recuperados e implementados nas UBSs, notamos que a frequência das Oficinas de Planejamento Local ou de Mortalidade Infantil começou a diminuir.

Iniciamos a reunião com acertos de datas das próximas Oficinas, porém, apenas a UBS 2, 6 e 0²¹ já tinham datas definidas. As demais UBSs ficaram de verificar com suas equipes quais seriam as melhores datas (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 04/04/2012).

Dentre outras discussões, fez-se a programação do sétimo Encontro de Conselheiros.

Neste primeiro encontro do ano, reunindo os dez Conselhos Locais de Saúde, em 18/04/12, após o aquecimento tradicional da turma, realizado por uma enfermeira da ESF 1, os participantes realizaram uma dinâmica intitulada “Nós críticos”. Todos os presentes tiveram que se esforçar para dar conta de uma tarefa única e um dependia do outro para o sucesso do grupo. Concluiu-se que:

[...] fazer no coletivo, envolver-se, saber ouvir, acreditar são aspectos fundamentais para superarmos os problemas vividos na Saúde (Ata do Encontro Trimestral dos Conselhos de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul, 18/04/2012).

Após um resgate da trajetória deste grupo feita pela segunda apoiadora, desde março de 2011 até a presente data (18/04/12), os conselhos locais se reuniram separadamente e discutiram as seguintes questões: quantos são os conselheiros de saúde de sua UBS? A qual segmento pertencem? Qual a frequência das reuniões do conselho local? A data é divulgada para a comunidade? O que se produz nestes encontros? Que propostas poderiam ajudar o conselho a se fortalecer?

Em cada Conselho Local de Saúde, o número de conselheiros representantes dos usuários variou entre 3 a 10. Do segmento dos trabalhadores, de 2 a 15. Cada Unidade de Saúde tem um coordenador, então, do segmento dos gestores, 9 delas responderam ter 1 gestor. Uma dessas Unidades, por ser um serviço misto (com atendimento de UBS e Pronto Atendimento), respondeu contar com 2 gestores. Quanto à frequência das reuniões dos conselhos locais, a maioria respondeu que aconteciam mensalmente e uma delas, a cada

²¹ A coordenadora desta UBS foi transferida para outro serviço e, portanto, não foi possível sua participação nesta pesquisa. Logo, sua Unidade está sendo identificada como UBS 0.

quatro meses. Referente à divulgação da data das reuniões para a comunidade, apenas duas referiram adotar esta postura. Sobre o debate dos produtos destas reuniões, um conselho local referiu:

Através desta rede tecemos uma grande rede com escolas, creches, igrejas, representantes da comunidade, trabalhadores e gestor, onde são discutidos a qualidade de vida da comunidade, projetos sociais e de saúde, informativos, reivindicações, promovendo ações de prevenção e promoção (Ata do Encontro Trimestral dos Conselhos de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul, 18/04/2012).

Outro conselho de saúde citou:

Levantamento das necessidades sentidas pelos conselheiros e apontadas pelas comunidades; busca de soluções (através de ofícios com solicitações pontuais). Ex: trajeto de ônibus²² (Ata do Encontro Trimestral dos Conselhos de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul, 18/04/2012).

Este problema referido pela UBS 3 foi resolvido alguns meses depois, por meio da articulação das apoiadoras dos CGs Leste e Centro Sul e da coordenadora CIII, com dois representantes do Conselho Municipal de Saúde, que organizaram uma comissão e fizeram uma reunião com a URBES, setor municipal responsável pelo transporte público. O itinerário foi alterado em apenas três meses.

Finalizadas as discussões de cada Conselho Local, reunimos todos em plenária e elaboramos propostas para o fortalecimento dos conselhos:

Crachá; divulgar o que é Conselho Local de Saúde; convites; participar do Conselho Municipal de Saúde e convidar o Conselho Municipal de Saúde para participar dos encontros trimestrais; divulgar o Conselho Local no jornal local; rodízio de local das reuniões (trimestrais); renovação do Conselho Local; maior envolvimento do secretário de saúde; buscar mais parcerias; utilização do encontro trimestral como treinamento e conscientização dos conselheiros; cronograma anual; discutir diagnóstico de saúde (Ata do Encontro Trimestral dos Conselhos de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul, 18/04/2012).

Na avaliação final do encontro, entregamos algumas tarjetas para que os interessados pudessem opinar sobre as atividades do dia. Poderiam marcar as opções e justificá-las dentro das categorias: “satisfeito, quero mais, preocupado e com dúvidas”.

²² Aquela comunidade reivindicava há mais de 10 anos a alteração do itinerário do ônibus para que passasse em frente da UBS. A coordenadora local protocolou diversos ofícios, tanto para a SMS quanto para a URBES e as respostas foram todas negativas. O ponto de parada do ônibus estava localizado alguns quarteirões abaixo da UBS e, para chegar até lá, era preciso subir um aclive de mais ou menos 400 metros e em calçadas irregulares. A faixa etária que predomina nesta área de abrangência é a dos idosos.

Encontramos as seguintes respostas: satisfeitos (18), quero mais (6), preocupados (6) e com dúvidas (1). A maioria justificou suas respostas, entre as quais se destacaram:

A cada encontro que participo eu saio com esperança de melhorar. Passa algum tempo e nada ou pouco vejo acontecer. Mas não vou ficar preocupada com isso. Eu vou continuar fazendo a minha parte (Ata do Encontro Trimestral dos Conselhos de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul, 18/04/2012).

Muito satisfatório essa palestra. Foi colocado assuntos que vou levar para meu bairro, ótimo. Gosto muito de participar (Ata do Encontro Trimestral dos Conselhos de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul, 18/04/2012).

Nosso trabalho deve ser constante e os frutos dele é para serem colhidos a longo prazo. Temos que ser perseverantes e persistentes. Há muito que fazer. “É necessário comprometimento (Ata do Encontro Trimestral dos Conselhos de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul, 18/04/2012).

Em 25 de abril de 2012, com a presença de onze participantes, após a leitura da Ata anterior, alguns coordenadores referiram que o último encontro de conselheiros de saúde tinha sido muito produtivo, um sinal de amadurecimento do grupo. Cada um ficou de estudar junto aos membros de seus conselhos quais das estratégias sugeridas no “grupão”²³ se aplicavam a sua realidade. Dessa maneira, na avaliação geral dos nossos trabalhos, prevista para o final do ano, poderíamos ter uma ideia do impacto destas ações nas práticas dos conselheiros. Ainda sobre este encontro constava a seguinte observação:

Dentro da ação que ficou combinada no Encontro de Conselheiros, que no entanto já era uma ideia que ocorria há tempos na roda de gestores, debatemos sobre a criação da roda de trabalhadores. Surgiram vários formatos, composição de grupos, periodicidade e cada presente ficou de levantar junto a este público sugestões para essa ação. Por estar muito em cima da hora, iniciaremos esta nova roda no mês de junho. Desta maneira, segundo os princípios de Educação Permanente, estaríamos com as três rodas em movimento: a dos gestores, usuários e trabalhadores. Precisaríamos pensar em como envolver os alunos neste trabalho, o que configuraria a participação do último segmento na revisão das práticas do SUS, as instituições de ensino (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 25/04/2012).

Os problemas do dia a dia dos serviços continuavam consumindo a maioria do tempo das reuniões e o NT dá um retorno quanto ao processo de informatização das UBSs que vinham causando grandes transtornos, tanto para os trabalhadores e gestores quanto para os usuários.

²³ Chamamos de “grupão” a junção de todos os grupos para a plenária final.

Ficou definido que a discussão sobre problemas e dúvidas do novo sistema de informação será dia 21/03/12, no PODI, às 8:30 horas, levar um administrativo junto (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 25/04/2012).

A complexidade de alguns problemas, como a implantação deste sistema de informações, exigiu muitas abordagens para seus esclarecimentos ou, no mínimo, facilitar os processos de trabalho em reformulação nas UBSs. Em outro encontro, observamos:

Várias dúvidas foram levantadas e esclarecidas pelos próprios coordenadores, trocando informações e experiências. A [segunda apoiadora] orientou para que as questões que não foram respondidas, deverão ser discutidas com técnicos que realizaram a implantação ou com a equipe de apoio que se encontra no PODI e em relação aos procedimentos que não estão sendo registrados devido a não localização no sistema, entrar em contato com a responsável pelo sistema de informação da SMS, pois a mesma está discutindo com a equipe técnica [específica do sistema de informações] sobre a padronização dos mesmos (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 25/04/2012).

Nas próximas reuniões, além dos “problemas crônicos”, fomos monitorando a situação da Dengue no território, revendo os combinados quanto às especialidades médicas que estavam sendo implantadas em três das nossas UBSs, os mecanismos para melhorar a comunicação entre estas UBSs e a Policlínica. Esclarecemos alguns fluxos para encaminhamento de pacientes e agendamento de exames, tanto para o ambulatório de especialidades médicas quanto para as especialidades médicas do bairro.

Com os atendimentos médicos de ortopedia, cardiologia e dermatologia já acontecendo no nosso território, o grupo entendeu que seria importante organizarmos uma conversa com os clínicos gerais para uma atualização sobre os temas, pactuações dos mecanismos de referência e contrarreferência, possibilidade de discussão de casos, enfim, estabelecer uma rede interna funcional de atendimento nestas especialidades médicas.

Em 16/05/12, contando com a presença de nove membros dos Colegiados Leste e Centro Sul,

CIV refere que os clínicos que consultou não se interessaram em participar (ministrar) de uma capacitação sobre eletrocardiograma [...] refere que seu clínico interessou-se por acompanhar o atendimento de dermatologia na UBS 06. Sugerimos a divulgação da ideia, já que é uma das maneiras de matriciamento possíveis (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 16/05/2012).

Frente a esta dificuldade de envolvimento de alguns profissionais da categoria médica,

Ficamos de elaborar um ofício para levantamento de interesse em temas para discussões e identificar possíveis profissionais que pudessem contribuir com alguma discussão (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 16/05/2012).

Neste momento, a opinião do grupo se dividiu. Alguns acreditavam que poucos médicos se interessariam em participar de capacitações, tampouco fazer o treinamento para outros colegas. Mesmo assim, os coordenadores acharam oportuno fazer um levantamento dos interessados. Enquanto apoiadora do grupo e também como responsável pela organização da integração dos novos profissionais na rede de serviços, acreditava que a receptividade seria boa, dada minha experiência nos treinamentos de entrada realizados para categorias profissionais mistas. A maioria dos participantes da categoria profissional médica sempre dava um retorno positivo sobre a importância de conhecer os serviços dos quais fariam parte e saber dos propósitos que a SMS tinha para as UBSs.

Os resultados do levantamento acabaram surpreendendo. Perto do que era esperado pela maioria, foi significativo o número de temas propostos para os estudos do grupo. Embora a quantidade de profissionais que apresentaram alguma demanda tenha sido maior, o número daqueles que se disponibilizaram a fazer uma conversa com os colegas também foi maior que o imaginado. Chegamos a pré-agendar o mês para o início das atividades de Educação Permanente com os médicos, mas, com a chegada do período eleitoral, o gestor da SMS preconizou aguardarmos um momento mais oportuno.

Discutimos o condensado das capacitações médicas, onde decidimos iniciar pelo tema dermatologia, entre os meses de setembro e outubro. Para essa decisão, levou-se em conta o número de manifestações de interesse e disponibilidade de profissionais no território (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 27/06/2012).

Com a chegada do novo secretário de saúde, a legitimação dos Colegiados de Gestão e o franco processo de regionalização dos serviços, esta atividade acabou não acontecendo no início de 2013, como programado²⁴. A organização destes encontros de EP para médicos iniciou-se em 13/12/13, e as primeiras reuniões estão programadas para a segunda semana de março de 2014.

Um problema já discutido em várias reuniões e ainda sem resposta definitiva era relativa aos eletrocardiogramas que precisavam de laudo médico: “[...] ainda não há

²⁴ A ideia é mesclarmos as atualizações técnicas com estudos sobre a Atenção Básica em Saúde e recombinarmos regras, posturas e fluxos. Assim que possível, pretendemos, em alguns encontros, “misturar” a categoria médica com as de dentista e enfermagem, cujas rodas já estão ocorrendo desde o início de 2013.

resposta sobre o encaminhamento de eletros com alterações e dúvidas²⁵ (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 27/06/2012).”

No final da reunião, constava a seguinte observação na Ata:

Após a reunião, a segunda apoiadora e a CIV são informadas pelo chefe de divisão que todos os eletros deverão ser encaminhados para a Policlínica, para o setor de laudos, via malote (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 27/06/2012).

Esses assuntos continuaram em discussão e em processo de resolução nos próximos encontros e novamente o grupo faz a pré-programação do Encontro de Conselheiros de Saúde. Para este dia, convidamos, para uma conversa, o presidente da Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso, da OAB-Sorocaba, para o debate do tema “Saúde e Cidadania”.

Na reunião de 08 de agosto de 2012, dentre uma infinidade de problemas, alguns coordenadores relataram a demora nos agendamentos de ecocardiograma e endoscopia. A coordenadora CIX referiu que estão demorando demais.

Alguns coordenadores concordam e outros não têm esse problema (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 08/08/2012).

Ainda nesta reunião, uma ex-coordenadora²⁶ relatou a seguinte situação:

[...] foi encontrado um receituário todo carimbado com medicações e doses padrão. Informou o coordenador do PA sobre o ocorrido e questionamos a “qualidade da clínica” oferecida por este profissional e o retrabalho que oferece à UBS, já que a orientação é procurá-la durante o dia (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 08/08/2012).

Esta desarticulação entre as equipes das UBSs e de Pronto Atendimento que funcionam no mesmo prédio é um desafio a ser superado até os dias atuais e espera-se que as ações de Educação Permanente a serem desenvolvidas com os médicos, a partir de 2014, possam contribuir para a revisão dos cuidados prestados aos usuários.

Em um segundo momento da reunião, as apoiadoras questionaram se estavam ocorrendo mudanças práticas nas reuniões mensais e no dia a dia com os conselheiros de saúde. A coordenadora CIX²⁷ referiu que:

²⁵ Enquanto fazíamos a leitura da ata anterior, A2 e C4 entraram em contato com vários setores da SMS e Policlínica.

²⁶ Esta Unidade de Saúde funciona durante a semana, ao longo do dia, como UBS. À noite, finais de semana e feriados como Pronto Atendimento. A desarticulação e os conflitos entre as duas equipes são constantes.

²⁷ Este Conselho Local de Saúde sempre foi muito influenciado por partidos políticos, sendo que, muitas vezes, algumas conselheiras desvirtuavam totalmente o papel que lhes cabia, causando bastante desgaste para

[...] percebe uma mudança na postura das conselheiras, que a estão procurando para tirar dúvidas e [ela] tem acolhido de outra maneira, que está incentivando o representante do trabalhador a ser mais proativo, reconhece que está “se consertando” em alguma coisa. E a plateia vibra! (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 08/08/2012)

Em contrapartida, uma UBS que nunca teve seu Conselho Local de Saúde atuante continuou sem progressos na área. Outras UBSs também continuaram com os mesmos problemas, como a dificuldade para renovar os conselheiros, encontrar pessoas interessadas em compor o grupo, dentre outras dificuldades relativas à prática do controle social.

5.6 Entre as demandas e os momentos reflexivos dos Colegiados Leste e Centro Sul

No próximo encontro, em 22 de agosto de 2012, com a presença dos dez coordenadores e as apoiadoras, informamos aos presentes sobre a aprovação dos quatro projetos²⁸ submetidos para avaliação no Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e que esta conquista coletiva deveria ser comemorada por todos. Com isso, o grupo decide ler a Ata de 14/10/2010, referente ao “momento fundador” dos Colegiados Leste e Centro Sul. A coordenadora CII sugeriu, e os presentes aceitaram, que esse exercício fosse feito na reunião do dia 18/09/12.

Em 05 de setembro de 2012, além dos componentes dos Colegiados Leste e Centro Sul, contamos com a presença de representantes do Laboratório Municipal e dos técnicos responsáveis pela implantação do sistema de informações e administração de equipamentos como computadores e impressoras. Os presentes debateram sobre os diversos problemas relativos a estas áreas e estabeleceram alguns combinados com o intuito de melhorar o fluxo de trabalho. Outras demandas da Policlínica Municipal surgiram e o NT comprometeu-se em dar encaminhamento aos novos problemas apresentados.

Em 18 de setembro de 2012, com a presença de quatorze profissionais na reunião, conversamos sobre a influência que o período eleitoral estava produzindo na rotina de

a equipe e coordenação. Esta coordenadora sempre referiu dificuldades em lidar com este segmento, por isso, vindo esta declaração dela, era um resultado positivo a ser muito considerado.

²⁸ Os trabalhos foram referentes à: Educação Permanente como dispositivo para a construção da rede de cuidado; O enfrentamento da Dengue; As reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul; A participação social nos Colegiados Leste e Centro Sul e Oficinas de Planejamento da UBS 4.

trabalho das equipes da assistência e gestores locais, estabelecendo um clima de apreensão entre todos. Infelizmente é muito comum neste período a abordagem de “políticos” nas UBSs, pressionando para conseguirem privilégios no atendimento, ameaçando chamar a mídia, enfim, todos ficam muito expostos a desgastes emocionais neste período. Embora as Oficinas de Planejamento tenham diminuído a frequência desde o início do ano, alguns coordenadores reclamaram da orientação²⁹ da SMS de não fecharem as UBSs para a realização de tais oficinas. A segunda apoiadora reforçou:

[...] que apesar da proibição do fechamento das UBSs para oficinas de trabalho, os encontros de duas horas ou menos estão autorizados (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 18/09/2012)

As Oficinas de Planejamento costumam ter quatro horas de duração e os coordenadores buscam envolver as turmas da manhã e tarde. Os encontros com duração menor não são bem aceitos pela maioria dos gestores locais. Outros já utilizam esta carga horária menor, independente do período eleitoral.

Na reunião do dia 02 de outubro de 2012, com a presença de onze membros dos Colegiados em estudo, tentamos entender e buscar esclarecimentos sobre uma circular enviada pela área técnica da Saúde da Mulher, pois estava havendo um problema de comunicação com algumas UBSs, que desconheciam o teor do documento. Outras demandas como escala de férias, tempo de espera e local inapropriado para atendimento dos pacientes encaminhados para a Policlínica e falta de equipamentos também foram abordados. Estava previsto para este encontro a avaliação geral dos nossos trabalhos, conforme proposto anteriormente pela coordenadora CII.

Devido ao pouco tempo restante da reunião, não foi possível iniciar a discussão e avaliação dos nossos trabalhos, como havíamos programado nos encontros anteriores (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 02/10/2012)

Em 30 de outubro de 2012, o encontro contou com a presença dos membros dos CGs em estudo e a supervisora de área do Programa Escola Saudável (PES), totalizando quinze participantes. Esta supervisora expôs a dinâmica e fluxos de encaminhamentos dos escolares desta área de abrangência para as consultas oftalmológicas. Esta dúvida tinha

²⁹ Em todo período eleitoral ocorre a mesma coisa. Várias “orientações” são lançadas pela SMS sem que se saiba exatamente quem a emitiu. O NT sempre teve a preocupação de “ir na fonte” buscar esclarecimentos para repassar uma informação realmente legítima.

surgido em um dos encontros anteriores e ela compareceu para esclarecê-las. A segunda apoiadora citou a importância da integração deste programa com as UBSs e potencialização das ações dos agentes³⁰. Deu como exemplo a:

[...] reunião agendada entre a CEI³¹ da UBS 5, a coordenadora CV, uma representante do NT e a coordenadora do PES (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 30/10/2012)

Finalizada esta conversa, a segunda apoiadora relembra o propósito desta reunião, que é a reavaliação dos trabalhos dos Colegiados Leste e Centro Sul, a partir do modelo utilizado em outubro de 2010. Propusemos a formação de duplas de coordenadores “novos e antigos” e que respondêssemos as seis perguntas do questionário inicial. Outras questões foram formuladas e foi combinado que estas seriam discutidas no próximo encontro. Combinamos que poderíamos rever e acrescentar qualquer questão ao longo do processo.

Quanto às seis perguntas iniciais, obtivemos os seguintes resultados:

Quem somos?

Uma equipe mais sólida, fortalecida, experiente, com trabalho integrado. Apoio mútuo, com os mesmos objetivos, que reafirma os propósitos anteriores; resolutivo e com encaminhamentos aplicáveis à prática, com vínculo/afinidades, solidariedade, generosidade, compaixão, comprometido com a coordenação do trabalho; contínuo.

Para que serve este grupo?

Fortalecimento da equipe, troca de experiência; encontrar caminhos para resolução de problema, troca de informações técnicas; minimizar os problemas da UBS, alinhar o trabalho; aprendizado técnico-comportamental; integração da UBS/SMS; produção de práticas/normatizações/fluxos que contribuem com a organização do sistema; start para novas ações; equilíbrio entre a abordagem de problemas novos e a manutenção das rotinas; implementar ações que fortaleçam o SUS e ampliem o direito à saúde dos usuários.

Que momento é esse?

³⁰ Este programa é feito em parceria entre as Secretarias de Educação e Saúde e conta com os “agentes da Escola Saudável” que são profissionais do nível técnico que interagem com as crianças a fim de fomentar atitudes de prevenção e promoção da saúde. Cada um deles atende um número definido de escolas.

³¹ Centro de Educação Infantil.

Pausa para reflexão, de troca de ideias; expor dificuldades; rever estratégias de atuação; aperfeiçoamento/refinamento de todas as ideias e projetos que vivemos até então; fazer projeções para o futuro; colheita de frutos.

O que eu posso dar?

Dedicação, persistência; comprometimento, tudo para que nossos objetivos sejam alcançados; interesse, responsabilidade, compaixão, esforço, interesse, pontualidade, honestidade, exposição de dificuldades.

Qual o meu pedido?

Manutenção dos encontros para encontrar todas as soluções que precisamos para que nossa gestão seja cada vez melhor; ser um ser humano melhor para desenvolver ações na equipe; relação de respeito que favoreça nosso crescimento; elaboração de pauta, continuar recebendo profissionais diferentes; continuar rodiziando os locais dos encontros; aumentar a possibilidade de participação de outros membros da equipe; identificar as informações fundamentais para a gestão dos serviços; divulgar a lógica do trabalho do colegiado e envolver as equipes locais e a SMS, atualização das diretrizes da Atenção Básica; trabalhar diagnósticos locais.

O que conseguimos realizar?

Manter a união e encontros do colegiado, nos horários combinados; devolutiva dos nossos questionamentos; compartilhar e trocar experiências; acordos; conseguimos realizar muito mais que pactuamos.

As “novas perguntas” construídas foram deixadas para o próximo encontro e referiam-se a avaliações concretas de todas as ações que nos propusemos a desenvolver desde a última avaliação realizada pelo grupo, em dezembro de 2011. Analisaríamos quais delas não haviam sido implementadas, a viabilidade de retomá-las, reformulá-las ou aboli-las. Foi uma manhã de muito trabalho, em que, enquanto apoiadora, anotava as falas na lousa e a coordenadora CIV as transcrevia em seu caderno para a posterior confecção da Ata.

Em função do processo seletivo realizado pelo novo secretário de saúde, esta coordenadora que nos ajudava na organização do encontro não foi validada para o cargo e, ao ser solicitada a Ata sobre este grande dia dos Colegiados, referiu não se lembrar ou ter deixado na UBS. Este documento foi procurado no local sugerido por ela, mas não foi

encontrado. Embora compreendamos a situação delicada a que todos estiveram expostos diante deste processo, isso mostra a vulnerabilidade a que está sujeita a produção de conhecimento quando deixa de ser documentada. Considero uma grande perda para o grupo termos ficado sem a avaliação das atividades de 2012 e o planejamento realizado para 2013. Vários coordenadores buscaram informações em suas agendas, na tentativa de resgatar pelo menos parte das informações, mas não foi possível. Às vezes alguém se lembrava que tal ação havia sido reafirmada ou extinta, mas ficou apenas na memória das pessoas.

Na reunião do dia 05 de novembro de 2012, contando com a presença de onze membros dos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul, já retomamos uma das propostas deixadas um pouco de lado ao longo do ano, que era voltar a dedicar alguns minutos das reuniões para os estudos sobre políticas de saúde. Neste dia, iniciamos a leitura coletiva da Portaria 2.488/11, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Após a leitura do material:

[...] destacamos palavras e expressões que necessitariam de um aprofundamento para a compreensão geral do documento. Feitas algumas discussões, comparações com nossas práticas, pontos onde não avançamos muito, dificuldades para a Atenção Primária coordenar o sistema de saúde. Após a leitura das partes selecionadas da portaria, distribuimos as expressões identificadas e dividimos entre todos [os termos para a] pesquisa e [a responsabilidade] pela devolutiva ao grupo (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 05/11/2012).

No penúltimo encontro do ano, em 04 de dezembro de 2012, contando com a presença de nove coordenadores e suas respectivas apoiadoras, relatamos a experiência da apresentação dos trabalhos do grupo no Congresso da ABRASCO, ocorrido de 14 a 18 de novembro/12, em Porto Alegre.

[...] reforçam a importância de continuarmos nessas produções transformadoras de práticas em saúde e divulgação em diferentes meios (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 04/12/2012)

Conforme combinado, iniciamos as discussões sobre os termos e palavras selecionadas durante a leitura da Portaria 2.488/11 e as “pesquisadoras” apresentaram o que

encontraram sobre o assunto. Os presentes procuravam associar o tema trazido pelos colegas com as práticas e aplicabilidade dos conceitos no dia a dia.

Discutida a programação do Encontro Trimestral dos Conselhos Locais de Saúde, ficando combinado que a dinâmica³² seria sobre “construção coletiva” e para a discussão específica do tema, convidaríamos uma enfermeira de outro colegiado, com experiência em participações em movimentos populares. A próxima reunião ordinária dos Colegiados Leste e Centro Sul foi agendada para 07/01/13 e já contou com apresentação pessoal e propostas de trabalho do novo secretário de saúde.

O último Encontro dos Conselhos Locais de Saúde aconteceu em 12 de dezembro de 2012, e a enfermeira convidada abordou o tema “Saúde e Democracia”.

Apresenta o conceito ampliado de saúde, os princípios do SUS e fala sobre a importância da mobilização popular para a conquista dos direitos sociais. Os conselheiros participam efetivamente das discussões. A fim de garantirmos os quatro encontros anuais, o próximo encontro ficou agendado para 20/02/13 (Ata do Encontro Trimestral dos Conselhos de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul, 12/12/2012).

Como apoiadora, informei aos presentes sobre a eleição do Conselho Municipal de Saúde, que ocorreria em março/2013, e a importância de participarmos deste processo. Até essa ocasião, não tínhamos notícias sobre a intervenção do Conselho Municipal de Saúde na demanda levada a eles sobre a mudança do itinerário do ônibus da UBS 3.

No final do encontro, a coordenadora CVI explicou o propósito da dinâmica preparada e iniciou a técnica de dobradura do pássaro japonês. Durante a atividade, notamos o interesse dos participantes em superar o desafio, acreditar no “impossível”, o apoio aos colegas com dificuldades e o resultado bonito que deu essa “obra coletiva”: uma árvore de Natal construída a muitas mãos.

Para finalizar, de acordo com o combinado do grupo, uma coordenadora muito delicada e gentil entregou as lembrancinhas montadas por ela aos participantes.

Despedimo-nos e reafirmamos o encontro agendado para fevereiro do ano seguinte.

³² Esta dinâmica chamou muito a atenção, pois uma coordenadora muito competente, mas também bastante tímida, se propôs a fazer a montagem de uma árvore de Natal com “Tsurus” feitos por todos os presentes, utilizando uma técnica oriental de dobraduras, que resultaria em um pássaro cujo significado é carregado de simbolismos.

**CAPÍTULO 6: OUVINDO OS CONSTRUTORES
DESTA OBRA COLETIVA.**

As entrevistas com os coordenadores dos Colegiados Leste e Centro Sul ocorreram algumas semanas antes do processo seletivo para o cargo de coordenação de UBS, proposto pelo novo secretário de saúde, empossado em 01/01/13. Notei que, talvez, pela falta de costume em participar de pesquisas científicas ou por influência do próprio processo seletivo, alguns coordenadores tiveram dificuldades para conversar sobre determinados pontos da entrevista. E, por que não, pelo tipo de relação profissional que mantínhamos há mais de dois anos? Teriam ficado constrangidos em “dar uma má notícia?!”

Na concepção original da pesquisa, o número de coordenadores a serem entrevistados seriam 10, porém, após a conclusão da seleção, uma de nossas coordenadoras foi transferida para outro serviço da SMS, inviabilizando a realização da entrevista.

A primeira questão tratada foi sobre a experiência de os coordenadores terem participado das reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul.

Para cinco coordenadores, essa experiência foi descrita como um momento muito importante por ter coincidido com o início da coordenação da UBS. Para a coordenadora C2,

A minha experiência foi muito positiva, principalmente porque eu comecei a minha coordenação junto com as reuniões do Colegiado, né? Então, eu vim de um serviço de Urgência e Emergência, é diferente de uma UBS [...] Daí a gente começou a estudar sobre o SUS, então você começa a ligar uma coisa na outra (C2).

Para a coordenadora C3,

[...] foi um apoio, né? [...] eu acho que o Colegiado ajudou muito a resolver os problemas que, às vezes, você fica perdido, né? Porque antigamente, quando a gente tinha que recorrer à Prefeitura, é uma coisa muito ampla, às vezes você ficava meio perdida de tá resolvendo determinadas situações, e o Colegiado parece que aproximava a gente, né? E as experiências sendo relatadas de cada coordenação, ajudavam muito nas nossas tomadas de atitudes, então foi assim, um apoio importantíssimo para a coordenação. (C3)

Para a entrevistada C6,

Eu aprendi muito porque iniciou junto com minha coordenação, né? [...] Discute-se assuntos do dia a dia da Unidade, dificuldades, pedi até conselhos de algumas atitudes internas porque é uma vivência diferente você (referindo-se a si mesma) coordenar metade de uma Unidade, você só ter a enfermagem, e de repente, mais de 40 pessoas, com seus egos, né? Então, é complicado, pra mim foi muito válido. Tive o apoio das duas representantes do Núcleo Técnico, que foram assim, importantíssimas, por que vocês nunca deixaram de responder alguma

questão: “não sei agora, mas vou te mandar por e-mail ou vou te ligar”. Esse apoio eu achei que foi muito importante (C6).

De acordo com a coordenadora C7,

[no] Colegiado, deu para perceber que todo mundo ali tinha aqueles problemas. Jogava no Colegiado, discutia ali, tentava resolver no próprio local, já resolvia, já saía até com soluções dali. Então, isso facilitou muito para a gente. Achei muito legal porque, às vezes, não precisava nem ir na Secretaria. A gente resolvia ali, vocês levavam para a frente alguma coisa que precisava ou então, já resolvia ali (C7).

Para a coordenadora C9,

[...] o começo eu achei ia ser mais aquela coisa: mais uma reunião... para assim, vamos dizer, não se resolver muita coisa. Aí, com o passar do tempo, vi que mudou né? [...] A gente se empolgou, eu pelo menos me empolguei, né? Uma vez eu falei que... eu tinha mudado, lembra? Lembra que eu falei que tinha mudado, né? (C9).

Esta referência à mudança de atitude refere-se ao fato de esta coordenadora ter se esforçado bastante para rever sua relação com os conselheiros locais de saúde. No dia em que fizemos uma avaliação dos trabalhos dos Encontros Trimestrais dos Conselhos de Saúde, os demais membros dos Colegiados ‘comemoraram’ seu depoimento.

A coordenadora C5 referiu que sua experiência:

[...] foi ótima, é eu, eu entrei na coordenação sem ter tido nenhum preparo prévio, foi de repente. É, no começo eu fiquei meio assustada, não sabia direito o que eu ia fazer. Na primeira reunião que participei, já percebi que ali eu ia conseguir apoio, troca de experiência, ajuda, então para mim, foi de extrema importância e continua sendo (C05).

A segunda questão discutida referia-se à identificação dos objetivos dos encontros dos Colegiados.

Para a coordenadora C5,

[...] fortalecer nossa Gestão SUS. É desenvolver mais etapas, é melhorar o atendimento, eu acho que é assim, ela acaba também melhorando nossa atuação enquanto profissional, tá? A gente sente, sai daqui com mais satisfação, mais força para trabalhar, mais vontade porque você vê que não é só você que tem problemas, então, você sai daqui com outra energia (C5).

A entrevistada C6 descreveu como um dos objetivos das reuniões dos Colegiados:

[...] a gente trabalhar com um diagnóstico de saúde, trabalhar como auxiliar nossa comunidade lidar com os problemas, né, da nossa comunidade e os problemas dos clientes, internos e externos, eu vejo dessa forma (C6).

A coordenadora C7 citou que:

[...] além da questão desse apoio, apoio mesmo para os coordenadores [...] e planejamento quais seriam os próximos passos para a gente tá fazendo enquanto Colegiado, né? (C7).

Para a entrevistada C3:

Olhe, eu participava das reuniões achando que vocês [apoiadoras] estavam dando um suporte, assim...eu achava e sentia isso, entendeu? Como suporte mesmo na coordenação, na gestão de tá resolvendo os problemas da melhor maneira, achando caminhos para resolver, né? Trocando ideias de como melhorar algumas situações e eu achava muito resolutiva, né? Porque eu acho que tudo o que a gente trazia de problema, não saía sem resposta, sempre tinha um direcionamento, então, eu achava que era muito bom como apoio nas nossas decisões (C3).

A coordenadora C2 colocou que, além da questão do apoio à coordenação, o espaço também era um local para desabafos, de dar atenção a certos aspectos subjetivos dos coordenadores:

[...] foi um lugar de apoio, onde a gente podia desabafar, podia comentar dos nossos erros sem ser criticada, porque a gente sabia que a gente estava ali uma para ajudar a outra, então, foi muito bom. [...] Quantas vezes as pessoas até choravam lá? (C2).

Para a entrevistada C4,

Ah, eu acho que era para auxiliar como um todo, dentro da Unidade, tanto na parte administrativa quanto na parte assistencial. É, eu acredito assim, para mim, era nortear, nortear. Hoje a gente (eu vejo assim) discute muito mais e consegue agregar mais, né? Antes a gente, eu acho, lamentava mais no começo das reuniões, depois eu acho que a gente foi mudando um pouco (C4).

A coordenadora C1 mencionou que:

Eu acho que dá um norte mesmo para a gente, tanto na parte da gestão [...] e também teve a parte da própria educação continuada que a gente tentava [...] que era pouco perdido porque eram mais conflitos [...] do que a gente parar para estudar, mas quando tinha um tempinho a gente voltava, né? Pegava uma base científica, uma literatura para a gente se nortear [...] (C1).

A terceira questão da entrevista foi relativa à pertinência dos temas tratados nos encontros. Busquei entender se os temas haviam sido relevantes para a prática gestora e se sentiram falta de algum tipo de abordagem.

A coordenadora C6 relatou que, em decorrência de sua personalidade,

[...] eu não tenho habilidade para me expor, fazer reuniões. Oficinas, isso é uma grande dificuldade, assim, eu fico muito nervosa para preparar uma Oficina, então, esse apoio de como gerenciar como um todo, eu achei que foi muito importante. É, vocês [apoiadoras] estavam presentes nas Oficinas de Planejamento, vocês deram um norte para mim, nesse sentido, e depois, eu fiz algumas Oficinas sozinha que eu consegui trabalhar com a equipe, entendeu? Esse “como começar”, isso achei que foi essencial (C6).

Para a entrevistada C9:

Eu não senti, não. Eu acho que estava dentro do esperado. Acho que de todo mundo, né? Quando você [autora da dissertação] propôs a gente discutir aqueles textos³³ de saúde, aquilo lá é muito interessante, porque antigamente, a gente não tinha aquilo, né? Você tem o problema [...], depois discutir, né? [...] Em nenhuma da[s] gestão[ões], da[s] administração[ões] anterior[es] a gente teve isso, nenhuma. “Óh” [olhe] quantos anos eu “tô” na rede, né? A gente não via isso (C9).

De acordo com a coordenadora C2,

Antes, a gente era muito distante de alguns setores, de Laboratórios... [as equipes da] urgência e emergência não participavam. Então, nas reuniões de Colegiados, as nossas gestoras [apoiadoras] foram trazendo desde o rapaz do laboratório [...], todas as pessoas, dos diversos setores que a gente era distante, e às vezes, até criticava, não sabia como funcionava. Criticava porque justamente não sabia como funcionava o serviço, né? Então, foi bom para isso, a gente ficou bem mais próximo, bem mais seguro, andou muito mais o serviço da gente (C2).

Para a entrevistada C3,

Conseguia, porque tudo o que a gente sentia de dificuldade, a gente levava para vocês [apoiadoras], todas as dificuldades. A nossa reunião de Colegiado era o local onde eu conseguia colocar todas as dificuldades que eu tinha (C3).

Em relação à abordagem de assuntos que por ventura tenham faltado:

Olha, [...], como já falei para você, eu estou há um ano e pouco na coordenação, pelo menos assim, todas as coisas de problemas que eu via na Unidade e levava para a reunião, eu tive êxito em tá resolvendo (C3).

³³ Textos relativos ao planejamento em saúde e diagnósticos situacionais

A coordenadora C5 referiu que vários pontos importantes eram tratados nas reuniões e a troca de experiência auxiliava na resolução dos problemas que, medidas as proporções, eram vivenciados por todos do grupo. E que estas discussões acabavam por: “[...] trazer mais participantes para a roda, tirar mais dúvidas (C5).”

Sobre a pertinência dos temas, a entrevistada C8 comentou:

Sim, muitas coisas [os temas tinham sentido], ajudavam a gente a repensar o dia a dia, né, a tá conversando com a equipe, de tá aproximando também a equipe. E da gente, não se sentir tão isolado, né? Principalmente a nossa Unidade, que fica longe, né? Distante de tudo! (C8).

Quanto ao questionamento da quarta pergunta, se o fato de frequentar as reuniões de Colegiado havia mudado alguma coisa em suas práticas gestoras, C5 relatou:

Eu acho que mudou tudo, mudou minha cabeça, mudou a maneira de ver o SUS, mudou meu entendimento em relação ao SUS. Eu trabalho com Saúde Pública já tem 16 anos, e no município onde eu trabalhava, nunca teve essa visão, essa forma de atuação, essa forma de trabalho. Parece que a Secretaria, o órgão competente, ele era tão distanciado da gente e com as reuniões do Colegiado, a gente percebe que é tudo mais próximo, é tudo muito íntimo, é tudo resolvido (C5).

A entrevistada C9 expôs que sua relação com os membros do Conselho Local de Saúde modificou-se:

Mudou, mudou assim [...] eu tinha um grande entrave com o povo do Conselho Local e aí, assim, eu acho que mudou muito. Eu me tornei mais receptiva a elas [conselheiras de saúde] e elas se tornaram mais receptivas a mim. Só que é assim, eu ainda tenho um entrave em relação aos funcionários. Os funcionários não se simpatizam com o povo do Conselho e assim, eu tento tirar isso, mas assim, é difícil o povo, mas assim, na minha pessoa, mudou (C9).

A coordenadora C1 referiu que:

[...] você vai pegando um pouco de cada um, um pouco do jeito, cada um tem o seu jeito, mas você aprende um pouco com o outro, né? Isso vai moldando, você vai olhando uma coisa legal, uma atitude legal que um tem, uma atitude negativa que o outro tem e daí você para e: “nossa, eu também tenho isso”. Então, você começa a perceber as atitudes das pessoas e começa a se ver também, para ver como você age, né? Como você está fazendo, isso ajuda bastante (C1).

A entrevistada C6 comentou sobre as mudanças no seu dia a dia e referiu que:

[...] esse tempo [no colegiado] me deu experiência para poder lidar mesmo com os problemas do dia a dia. E como chegar, ter a sutileza de conversar com o seu funcionário individualmente ou em grupo [...] A gente tem dificuldade, eu ligo

para C4, eu ligo para C9, não é um contato que eu tenho com os outros Colegiados. Então, a gente formou uma equipe nossa, e não estando nas reuniões do Colegiado, mas eu estando lá na minha UBS, eu tenho essa dificuldade, é com elas que eu converso e elas também ligam para mim. Quase todos os dias C9 me liga, para discutir algum assunto, como lidar com alguma situação, entendeu? Isso a gente aprendeu aqui, com a convivência. A gente criou um vínculo, antes de mais nada, temos uma reunião do Colegiado, nós nos transformamos em amigas, entendeu? (C6).

Para a coordenadora C8,

Eu acho sim, que mudou, porque acaba fortalecendo a gente, né? Porque você [coordenador] sempre busca alguma resposta, porque a gente tem bastante cobrança lá [na UBS], né? Então, tem alguns assuntos até que a gente fala: “vou anotar e a gente vai discutir na reunião de Colegiado”. Porque é mais fácil também do que você [coordenador] chegar na Secretaria, né, “cercando” as pessoas para tentar ter alguma, descobrir algum assunto [...]. Vocês [apoiadoras] também fizeram, às vezes, essa ponte, né? Com outro setor, no outro serviço, por exemplo com a Vigilância, o almoxarifado, então, tá aproximando esses setores da gente, isso facilita bastante [...] o fato de trazer essas pessoas, melhora um pouco o vínculo, né? Porque quando você [coordenador] conversar com ele [outro setor] por telefone ou por email, é uma coisa, agora, você [coordenador] olhar cara a cara, saber com quem você está conversando, já é bem diferente. [...] E para eles [outros setores], às vezes, é fácil, né? Não que seja fácil, mas estão lá no cantinho deles, sossegados, né? Dar um “não” por telefone ou por email é fácil, mas sentir o que a gente vivencia, isso é outra história (C8).

A próxima questão da entrevista pretendia identificar os principais valores/princípios que eram trabalhados ao longo das reuniões de Colegiados e se era possível que citassem algum exemplo. Foi uma das questões mais difíceis de serem respondidas por eles.

Para a entrevistada C6,

[...] nós sempre fomos despertadas para não vir com a ideia pronta de vocês [apoiadoras], isso era sempre em reuniões, assim: “O que vocês [coordenadores] vão fazer? Qual a proposta de vocês [coordenadores]?” [...] Porque a gente sempre foi meio atropelado com os acontecimentos, né? A gente, desde o ano passado, a gente ficou trabalhando em cima do diagnóstico, mas a gente sempre, nós sempre interrompemos esse processo. E aquele material que a gente “tava” lendo? [...] mas sempre foi o que eu percebi, né? “O que a gente vai fazer? Qual a proposta dos coordenadores em cima de tal assunto? É, eu acho que fazer com que a gente esteja mais proativos, né? Não vinham as coisas prontas de cima (C6).

A coordenadora C8 entendeu que:

Eu acho que uns dos primeiros princípios é acreditar na questão da gestão compartilhada, principalmente, fortalecimento do SUS, né? Estão sempre buscando ideias para fortalecer o SUS, principalmente quando a gente começou a trabalhar com a questão do controle social (C8).

A entrevistada C9 relatou:

Eu acho que uma coisa que bate muito é trabalhar com os indicadores [de saúde], né? Que a gente não é acostumado. Talvez porque não tem o hábito de trabalhar. O Sistema de Informações (SIS) oferece isso, só que, como a gente vai trabalhar, se toda hora... [o sistema ³⁴ cai]? (C9).

A coordenadora C1 referiu:

Ai, separar isso em princípios e valores, assim, eu não [consigo]. A gente falava muita coisa junta, né? Acaba não separando em princípios e valores, mas assim, o que eu senti muito é a questão de trabalhar realmente com a educação, tanto com os profissionais, como da gente, do Conselho. Era uma coisa que a gente bateu bastante na tecla, tentar, mostrando [mostrar] para o povo, a importância do controle social, acho que foi uma coisa forte dos nossos encontros (C1).

A coordenadora C2 comentou que:

[...] além da gente falar muito dos princípios do SUS [...], nas redes, reforçava a questão da Atenção Básica, que é nossa porta de entrada. E o que eu me lembro muito é de trabalhar uma [em] equipe multiprofissional (C2).

Para a entrevistada C3, sua percepção foi que:

[...] a responsabilidade das atitudes no Centro de Saúde, independente do que você [coordenador] fosse tomar de decisão ali [...] O fato da seriedade do trabalho, do compromisso com o trabalho, então, eu achava que isso era muito bem passado na reunião [...] tudo que a gente tratava, por menor que fosse o assunto, eu acho que tudo era tratado com muita responsabilidade [...] Então, né, vá por onde for, ache o caminho que houver³⁵, por que tem que estar resolvendo, se é melhor para a população, é melhor para a Unidade, então tem que ser resolvido, né? Não pode fazer “vista grossa” para os problemas que estão acontecendo (C3).

A coordenadora C4 referiu que, naquele momento, não se lembrava de algo neste sentido.

34 Esta UBS está localizada na zona rural do município e tem problemas gravíssimos com a conexão de internet, o que gera uma grande instabilidade no sistema de informações.

35 A coordenadora desta Unidade presenciou, desde o tempo em que atuava como enfermeira assistencial desta mesma UBS (desde 2002), o esforço das coordenações anteriores e comunidade para resolverem a questão do itinerário do ônibus e que, neste período de reunião de Colegiados, a estratégia adotada pelo grupo (articulação com o Conselho Municipal de Saúde) gerava uma situação “politicamente delicada”, podendo expô-la, já que seria “alguém do governo pressionando o governo”. Por ter convicção de que era uma necessidade da população, articulou-se com todos os segmentos indicados na época para que a ação desse certo, como deu.

Ao serem questionados se estes valores norteadores serviram para direcionar suas práticas no dia a dia, a entrevistada C6, ao referir-se ao proativismo que tentávamos estimular no grupo, referiu:

Sim, sim. Se você [coordenador] jogar alguma coisa, alguma informação e você [coordenador] fala: “e agora, qual é a proposta?”, entendeu? [...] no dia a dia é difícil reunir o grupo todo, mas eu gosto de fazer pequenos grupinhos e passar as informações, né? “Olha, vai ter um evento, tal, o que vocês acham?”, entendeu? As ideias da Dengue não saíram [de mim], não foram minhas, é de: “vamos fazer alguma coisa? Qual a proposta?” Então, a bandeirinha não foi minha proposta, a tiarinha não foi, entendeu? Então, [estou] sempre tentando fazer eles participarem, tá? Tem alguns funcionários que não aceitam, que querem tudo pronto, que não querem nem pensar! Tem! (C6).

Em relação à aplicabilidade dos valores citados por C8, a coordenadora da ESF 2 relatou ter parado com as Oficinas de Planejamento:

Tudo que a gente vai colocar em prática, sempre tem alguma coisa que atravessa, né? [...]. [Em relação às Oficinas de Planejamento]: daí, a gente começou a não ter muita resposta, né? Tinha bastante cobrança. Não tinha resposta, não tinha nada, né? A última, acho que foi em dezembro que eu fiz, praticamente fizeram uma parede [risos]. [...] E assim, para o PSF tá muito sofrido, esse final, esses dois últimos anos, principalmente, tá muito sofrido, a gente tenta equilibrar, mas a cobrança tá demais. A população tá pagando um preço alto por estar em área de PSF, infelizmente, porque num lugar que [...] a população tá aumentando, vários residenciais saindo, [...] até a CDHU e tudo mais, tudo certo para ampliar a Unidade, tudo foi por água abaixo. [...] ampliações de profissionais, de equipe, até agora não tivemos resposta [...] (C8).

Outras dificuldades, descritas pela coordenadora, são as que colocam a equipe neste estado de “sofrimento”, tais como: área de confluência, recebendo usuários de outras três cidades; sistema de informações que enfrenta grandes períodos de instabilidade; alteração da rotina das Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs); carga horária médica insuficiente para atender a população da área de abrangência; sobrecarga da enfermagem para realização do acolhimento; a não cobertura de um programa municipal de atendimento aos acamados na região, enfim, uma miríade de problemas estruturais, técnicos e políticos que tornaram as Oficinas em um “mar de impossibilidades” e desconfortos.

Para a coordenadora C1, uma prática que conseguiu redirecionar, enquanto gestora e presidente do Conselho Local de Saúde, foi referente ao controle social:

[...] eu sempre vim com a visão que o Conselho era uma coisa chata, tinha que aguentar aquele pessoal lá, se intrometendo nas coisas que eles não sabiam, né, e parece que tá lá só criticando a gente, querendo apontar nossos defeitos [...]

Então, isso eu aprendi muito, mudei minha visão em relação ao Conselho Local mesmo, é uma coisa que eu não gostava e agora gosto, procuro ler, vou atrás. Eu acho que é um princípio muito importante (C1).

Para a coordenadora C2, o fato de dedicarmos alguns momentos para os estudos dos princípios do SUS e outros assuntos relativos à saúde eram um valor norteador das reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul. Ela ainda comentou:

Se você não tivesse a prática e só tivesse [a] teoria, você [coordenador] não iria saber onde se encaixava, mas, você [coordenador] estudando a teoria, quando chega na hora, lembra de tudo [...] (C2).

Para a entrevistada C5, participar das reuniões dos Colegiados foi uma oportunidade de vivenciar alguns conceitos que, há seis anos, não julgava serem possíveis:

[...] há muitos anos atrás, eu participei de um grupo [curso] do Ministério da Saúde, que era de Facilitadores³⁶, então, a gente ouvia muito “trazer para a roda, respeitar o que os outros trazem de bagagem”, mas eu não consegui inserir isso no meu contexto, era muito difícil. O município que eu trabalhava, não trabalhava dessa forma, então, depois que comecei a participar das reuniões de Colegiado, eu percebo que isso existe, que a gente pôs em prática aquilo que aprendi há dez anos atrás. [...] Se não consigo colocar tudo, pelo menos uma boa parte, mas até então... (C5).

As duas questões seguintes pretendiam identificar se os coordenadores costumavam comentar sobre os “produtos” da reunião com sua equipe e se levavam demandas de sua equipe para discussão no grupo de gestores.

A entrevistada C1³⁷ referiu compartilhar as informações com sua equipe, tanto em pequenos grupos quanto em reuniões gerais:

[...] às vezes a gente [coordenador] sai com uma informação “fresquinha”, que tinha que na hora, já chegar lá e mudar alguma conduta. Já chegava, principalmente com as enfermeiras, que era mais fácil, sentava com elas, conversava para elas multiplicarem. E muito das coisas, eu anotava e conversava na reunião que a gente faz, uma vez por mês [...] (C1).

Quanto a levar demandas da equipe para as reuniões dos Colegiados, referiu:

[...] sabe, tanto é que, quanto tem alguma dificuldade, alguma dúvida que eles [os funcionários da UBS] têm, que a gente não consegue resolver, eles têm o

³⁶ Coincidentemente, a autora da dissertação também participou deste curso, em 2006, em Serra Negra/SP, conforme descrito em “Minhas (sobre)implicações”.

³⁷ C1 é coordenadora de uma Unidade de Saúde com a Estratégia Saúde da Família.

costume: “ah, anota, leva para a reunião para ver se tem alguma coisa que a gente pode fazer, principalmente no sistema de informações, que a gente teve vários “nós” [...], então, tive um feedback muito grande nisso (C1).

Para coordenadora C2, esta é uma forma de atualizar a equipe sobre o que vem ocorrendo no cenário geral da SMS:

[...] é uma forma de você [coordenador] passar o que tá acontecendo, né, e [da minha equipe da UBS] não achar que você [coordenador] tá fora por que não “tá fazendo nada, você está se divertindo, não é isso? [...] Porque assim, o Colegiado sempre que a gente vem para as reuniões com nossas dúvidas, a gente põe as dúvidas e se não puderem ser resolvidas naquele momento, depois tem devolutivas. Assim como no [o] Colegiado me dá devolutiva, eu também dou para minha equipe (C2).

Quanto a levar demandas dos profissionais para o grupo de coordenadores, expôs que: “[...] eu acho que esse é um dos pontos fortes das reuniões do Colegiado, né, você [coordenador] levar suas dúvidas e trazer a solução, ou próximo disso, sempre (C2).”

A entrevistada C6 referiu que conseguia compartilhar as informações das reuniões mais “com as enfermeiras, né, algum, um ou outro funcionário [...].”

Quanto a levar as demandas da equipe para as reuniões de Colegiados:

Ah, não eram assim, tão expressivos os problemas que eu trazia, alguma dificuldade com algum assunto, eu discutia muito com as meninas [coordenadoras], né? [...] às vezes até como forma de desabafo, a gente aproveitava a reunião, mas nada assim. (C6).

A coordenadora C7 costumava comentar os assuntos discutidos nas reuniões: “[...] principalmente com a parte da enfermagem, com as enfermeiras e com o administrativo, mais próximos meu [a mim] (C7).”

E quanto a levar demandas da equipe para as reuniões, referiu tomar a iniciativa de levantar entre eles se tinham algum assunto ou dúvidas que gostariam que fossem levadas para o grupo de coordenadores.

A entrevistada C9 observou uma mudança na postura da equipe em relação às suas idas nas reuniões da SMS:

[...] Quando eu vou na reunião, eles [os funcionários] perguntam sempre: “e aí, qual a novidade da reunião”, né? E aí, eles perguntam, eu falo o que aconteceu e eles [querem], às vezes, até mudar algumas coisas. Eu acho que melhorou bastante isso, né? Eles “receber” [receberem] essa reunião, porque de primeiro eu ia e: “de novo?”, né? E agora, eu não vejo mais eles “falar” [falarem] isso (C9).

Quanto a discutir os problemas da equipe nas reuniões dos Colegiados, a entrevistada C9 referia ser uma prática sua também.

Para a coordenadora C4, em relação a compartilhar as informações da equipe comentou que: “Parte sim, parte não [...]. Quando tinha uma mudança de rotina [...], aí era conversado. Agora, não é tudo que a gente discute lá, não (C4).”

Em relação às demandas levadas ao grupo de gestores, expôs que: “Às vezes, [a demanda] era de ordem administrativa, às vezes assistencial [...] variados [as] (C4).”

Para a entrevistada C8, houve um tempo em que esta era uma prática comum, pela instituição de reuniões mensais com as equipes da Saúde da Família, mas que gradualmente foi se esvaziando:

Sim, é, no início eu procurava colocar nas Oficinas de Planejamento que eram mensais, que a gente conseguia manter mensais [...] porque é assim, facilita quando a gente tem Oficina, que você [coordenador] possa fechar a Unidade, porque se não [com a Unidade aberta] você interrompe [...], na recepção que a gente fazia, né? Depois que começou a fazer a reunião mais curta, e a comunidade [com a unidade] aberta, aí ficou difícil de fazer (C8).

O movimento inverso parecia mais intenso, o de levar as demandas do serviço para as reuniões de Colegiados:

Sim, sim. Tinha bastante coisa [...] Mas a gente sempre procurava marcar e falar: “isso daí é assunto que tem [que] ser lá no Colegiado para ver como vai resolver [...] (C8).

Para a entrevistada C3:

Olhe, enquanto a gente tinha aquelas reuniões [...] de planejamento, eu conseguia colocar as nossas discussões pra todo o grupo, é, mas, como o ano passado se perdeu um pouco disso, então, você [coordenador] consegue colocar algumas decisões, algumas tomadas de decisões dali da reunião ou alguns comentários para grupos mais pontuais, entendeu? [...] às vezes, eu ficava com um grupinho e falava, então, eu não conseguia uniformizar para todo mundo o que a gente discutia ali, o que eu achava superimportante quando tinha as reuniões de grupos [Oficinas de Planejamento]. Às vezes, você [coordenador] não consegue ter tempo, né? Você comenta com um grupo e daí, acaba não comentando com todos, então...[...] [nas Oficinas de Planejamento] a gente [acaba] falando a mesma linguagem, os mesmos pensamentos aqui [dos Colegiados], da Secretaria, lá na Unidade, né, para eles saberem qual é o foco de vocês [apoiadoras], o nosso. É, eu acho que, a hora que tá todo mundo junto, você [coordenador] coloca a situação e todo mundo se compromete, né? E você [coordenador] vê que toda a Secretaria tá junto, dando apoio, então é muito melhor. É diferente você [coordenador] jogar uma situação e ninguém cobrar, ninguém perguntar, né? É difícil você [coordenador], daí, sustentar isso, né? E agora, na mortalidade, você [coordenador] estava tendo sempre a reunião, “tava” lembrando e melhorando as atitudes ali: “ai, isso aqui não foi bom, vamos tentar de outro jeito. Então, era um

espaço que você [coordenador] tinha para refletir sobre isso, né? Com toda a equipe, porque com toda a equipe junto, é muito diferente de você [coordenador] pensar com um ou dois (C3).

Quanto às dúvidas ou assuntos das equipes, a mesma referiu não ter tantas demandas, pois apesar das dificuldades do dia a dia, considera que se trata de uma “equipe privilegiada”, tanto no sentido de adequação do quadro de profissionais quanto na parte relacional.

De alguma maneira, para a coordenadora C5, estas perguntas foram um pouco mais tensas, pois além de ser uma coordenadora substituta³⁸, com prazo para finalizar suas atividades, vinha passando por um processo de transição interna de cargo bastante delicado. Ao responder as duas questões:

Costumo [comentar], às vezes em reunião com a minha equipe, às vezes quando a situação não permite que a gente reúna, eu elenco os pontos principais, deixo, tem um quadro que eu coloco lá: ‘avisos importantes’, e eu coloco as coisas mais importantes da reunião ali naquele quadro para todo mundo ter acesso (C5).

A partir do meu conhecimento como apoiadora sobre uma situação de conflito que vinha se dando nesta UBS, de difícil resolução e inclusive tinha levado as duas apoiadoras a discutir o caso junto ao funcionário envolvido no problema, perguntei para C5 se o clima na equipe havia melhorado. Neste momento, ela teve uma crise de choro. Ao tentarmos tranquilizá-la e ajudá-la a entender suas preocupações, respondeu: “A gente não sabe o que vai acontecer” (C5).

Fazia alusão ao processo seletivo para o cargo de coordenação cuja disputa interna na UBS possivelmente estivesse tornando a situação mais delicada para ela.

A próxima questão pretendia analisar se, de alguma maneira, os coordenadores haviam utilizado algum recurso/dinâmica/estratégia usada nas reuniões de Colegiados junto à sua equipe.

A entrevistada C1 comentou que: “[...] dos nossos encontros, eu reproduzo igual lá, por que é o mesmo sistema, que a gente emite opiniões, que todo mundo expõe (C1).”

Quanto à reprodução das vivências nos Colegiados junto à sua equipe, a coordenadora C2 expôs:

³⁸ C5 estava substituindo uma licença maternidade

[...] a gente procura [usar as metodologias] [...] o Colegiado, além dele te ajudar a organizar tudo, ele te dá uma metodologia, né? [...] porque no Colegiado não fica só uma pessoa te passando tudo [...] (C2).

A entrevistada C4 mencionou que nas Oficinas de Planejamento conseguia envolver mais as pessoas no repensar do trabalho:

Eu acho que a Oficina é uma forma, onde a gente discutia, quando eu converso com eles, quando a gente se reúne, eu acho que é [...] a mesma forma que a gente trabalha na reunião do Colegiado, de trabalhar ali na Unidade, vendo o problema da Unidade. [...] eu acho que o ano passado [...] isso fazia a diferença para a equipe, era uma maneira de trabalhar, trabalhava todo mundo, não trabalhava grupo isolado, eu acho que isso, no ano passado, eu não consegui [...] o trabalho era diferente porque, a hora que juntava todo mundo ali, o compromisso que eles tinham com o trabalho era outro (C4).

A entrevistada C5 citou que, quanto a isso:

Eu não sei, acho que aprendi no Colegiado a ouvir mais e tento passar isso para minha equipe. Que às vezes, o dia a dia na Unidade é tão tenso, tão tenso, que você [coordenador] fala: “Ah, se eu for parar para ouvir tudo mundo!”, mas eu acho que, com o Colegiado, isso acabou se tornando um exercício, então hoje, eu tento ouvir mais, é, fazer as pessoas participarem mais (C5).

A coordenadora C8 relatou que: “Eu acho que sim, mas [...] agora no momento eu não me lembro o quê [...]” (C8).

A entrevistada C3 também diz que não se lembra especificamente de ter utilizado algum dos métodos/recursos das reuniões junto à sua equipe, mas relatou que a problematização e busca pelas soluções chamam sua atenção neste grupo.

A próxima pergunta foi em relação aos momentos/oportunidades nos quais os coordenadores consideraram ter sido melhor capacitados para a gestão desde a designação para o cargo.

Para a coordenadora C3,

[...] a capacitação para a gestão ela não aconteceu em um momento, né? Eu simplesmente fui para a função de coordenadora, mas assim, saiu a ex-coordenadora e eu entrei, eu não tive um momento que parou e: “olha, você vai ser coordenadora, vai ser assim, assado”, não é mesmo? Eu só assumi. E de repente, no outro dia, eu era coordenadora e este espaço de formação foi acontecendo depois, né? Nas nossas reuniões de Colegiados, onde o apoio era muito grande, onde eu comecei a ver melhor essa situação do que é a coordenação, né? Teve o último curso também, para coordenadores, que foi um curso bem interessante, que teve no ano passado, com a psicóloga [...] foi aí que você [coordenador] foi construindo a sua mentalidade de gestora, de coordenação

[...] eu achei que foi só isso, não teve um espaço separado, mais formal, foi acontecendo (C3).

A coordenadora C1 analisou que:

Fora nossas reuniões de Colegiado mesmo [...], não teve nenhum outro específico (para) capacitação, para “tá” (estar) na gestão, né? Teve um treinamento que a gente teve e agora, mas foi mais comportamental, que também foi muito legal, mas era mais para a gente mesmo entender o ser humano, não voltado para a gestão, à prática da gestão em si mesmo. Pela Prefeitura, a não ser os encontros de Colegiados, não me ofereciam, não ofereceram nada, eu tenho feito [...] por conta própria (C1).

De acordo com a entrevistada C4:

Eu acho que a maior contribuição foi na reunião do Colegiado. [...] Aconteceu, teve, o ano passado aquele curso de liderança, foi interessante, foi super, é assim, muito bom [...] por que trabalhou a nossa parte emocional, né? Como que era para a gente reagir na frente de um problema. Isso, às vezes, falta muito no nosso dia a dia, eu acho que foi mais esse, não lembro de outro (C4).

Para a coordenadora C8, não houve uma formação específica antes do início de sua função:

De capacitação, teve algum, alguns cursos. É, teve o da Medicina Baseada em Evidências, que foi lá na PUC, teve esse de Liderança, agora que teve no final do ano, né? Que [...] ensinaram algumas ferramentas de gestão. Mas assim, de chegar, e antes até de começar a função, aí não teve nada, né? A gente chega e cai meio de paraquedas e confiando que o colega vai tá passando, né? Quando a gente dá sorte do colega ainda tá um pouco na Unidade, facilita, mas agora, quem cai sozinho ali [risos], cai no olho do furacão (C8).

A entrevistada C2 relatou que, quanto à sua formação específica para a gestão, não pode:

[...] falar de nenhum que teve, porque acho que é uma somatória. A gente teve, desde um de informática, que a gente aprendeu a mexer melhor no Excel para fazer planilha, se organizar, agilizou, otimizou nosso tempo, até esse último que a gente teve de gestão com uma psicóloga, também ajudou bastante a gente. Então, não considero um só. [...] Acho que foi uma somatória (C2).

A coordenadora C9 expôs que a ocasião mais marcante na sua formação gestora foi:

[...] o momento que foi legal, foi quando veio aquela turma de Curitiba [Londrina], ali, foi muito bom aquele momento lá. Que a gente ficou, eu acho que, quase três meses, né, fazendo treinamento com eles. Aquele foi o maior de todos que eu gostei. [...] e outro momento bom, quer dizer, que foram eles também que ajudaram, foi na territorialização, que foi em 98 e já mudou muita

coisa, né? Esse foi muito bom. [...] O que eu fiz na PUC, com uma tutora, que foi recentemente, deve estar fazendo uns dois anos [...] aquele também foi muito bom (C9).

A entrevistada C6 associou parte de suas habilidades gestoras à própria formação acadêmica, aos anos de experiência liderando equipes de enfermagem e as substituições que fazia do ex-coordenador da UBS:

Eu acho que a vivência da própria formação, né? Você já tem que saber gerenciar uma equipe pequena de enfermagem. Eu já estou na enfermagem há vinte e dois anos, então, isso tudo só veio a acrescentar e antes de ser coordenadora, eu ficava com o ex-coordenador, que era muito ausente, então, as coisas já iam numa certa direção, então, a transição não foi traumática para mim, por que eu fiquei na [própria] Unidade (C6).

A questão seguinte propunha aos coordenadores que refletissem se, neste período que estiveram à frente da gestão nas UBSs, houve algumas inovações/aperfeiçoamentos/persistência de práticas obsoletas/etc, que gostariam de mudar/transformar/avançar e não conseguiram.

A entrevistada C6 citou que:

Eu ainda não descobri a fórmula de estimular todo mundo a pensar, é, acolher todo mundo, assim, integralmente, entendeu? [...] estimular o pessoal da importância da orientação, né? Aquela coisa preventiva, promoção, é ainda muito pontual isso no grupo, entendeu? [...] chega um período que eles [os funcionários] estão tão estressados com a demanda que eles se revoltam, assim, e não querem fazer mais nada, eles fazem só o básico, entendeu? (C6).

Os anseios da coordenadora C2 também vieram neste mesmo sentido:

Às vezes, eu gostaria de dar mais entusiasmo para a equipe, nem sempre eles estão entusiasmados ali. [...] Então, eu gostaria que assim, o psicológico da equipe fosse trabalhado mais, tivesse mais incentivo, acho que ia fluir melhor. Gostaria que todo mundo fosse mais apaixonado assim, pelo SUS, pelo que faz e não é sempre que eles estão com aquela vontade, né? E tentar entender mais o próximo [...] (C2).

A coordenadora C8 gostaria de ter avançado mais:

[...] nessa questão da gestão compartilhada, de pensar nos grupos, né, que não foram para frente: grupo da mortalidade, das equipes gestoras locais, vamos assim dizer, né? [...] não sei se foi só lá que parou, mas principalmente quando trocou o pessoal da SOS [terceirizados] e entrou a nova equipe [estatutária], o trabalho foi diferente, né? Só que aí, eu senti falta de mais apoio nas Oficinas, né? Então, acho que foram, eu conversei com o pessoal do Núcleo Técnico ou mesmo alguém da Secretaria, que eu me recorde, foram umas três Oficinas que eu pude

contar com alguém junto para tá lá trabalhando, né? [...] eu acho que quando vem alguém da Secretaria, dá impressão que eles valorizam mais, não sei. Não sei se é aquela história do Santo de Casa, né? [risos] (C8).

A entrevistada C9 apontou alguns procedimentos que gostaria de implementar, no entanto, estavam fora do seu alcance e da equipe. Citou o exemplo da instabilidade de profissionais na UBS. A partir dos meus conhecimentos enquanto apoiadora, comentei sobre as Oficinas de Planejamento de sua Unidade que aconteciam ocasionalmente, sem fazer parte do plano de gestão da coordenação. Ao falarmos de ações que estariam dentro de sua governabilidade para que fossem postas em prática e não foram possíveis, complementou:

Ah, tá! A Oficina de Planejamento é um entrave mesmo, não consegui ainda. Essa semana eu fiz uma, mas assim, fiz um pouco com uma turma e um pouco com a outra, não é o certo. O certo é você fazer com toda a equipe, né? Mas aí, o que “entravava” é [são] as agendas que já estão tudo [todas] cheias, não dá para você cancelar (C9).

Para a coordenadora C1, foram várias atividades que gostaria de instituir em sua UBS e não foram possíveis:

Ah, bastante [risos]. Tem muita coisa que a gente tenta fazer e não consegue. É, muitas vezes é por causa de recursos humanos, que você [coordenador] não consegue parar para fazer. Às vezes você consegue, mas aí, a pessoa também está desmotivada, já pela cansaço, pela estrutura que está sendo oferecida no dia a dia para ela [...] Tem alguma que eu até citei no nosso curso³⁹ lá, porque para a gente trabalhar com família, eu acho muito interessante a gente trabalhar com o grau de risco da família, e depois, a gente fazer um plano para a família e fazer o Projeto Terapêutico Singular, tudo aquilo que a gente sabe que é um instrumento legal [...] a gente pegou umas quatro famílias que achava que eram essenciais e começou, mas a gente não conseguiu progredir [...] (C1).

O secretário de saúde que assumiu o cargo em 01 de janeiro de 2013 trouxe uma proposta para seu período de governo, fundamentada em cinco principais diretrizes. Com o decorrer dos meses, as prioridades foram ampliadas, mas sempre alinhadas com os propósitos originais. São elas:

- Promover a saúde por meio da convergência de ações intersetoriais nas diversas regiões de saúde.

³⁹ C1 foi aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família, pela parceria Unifesp/Unasus, de novembro de 2011 a novembro de 2012, no qual A1 fora tutora de sua turma.

- Cuidar da saúde a partir da família, da comunidade, do bairro, da região da cidade com participação e controle social.
- Controlar atividades, ações, bens e serviços que possam acarretar danos à saúde da população, insidioso ou agudo, por meio da vigilância ambiental, epidemiológica, controle de doenças, ocupacional e sanitária, além das causas evitáveis de trauma urbano ou rural.
- Ampliar o atendimento de urgência e emergência otimizando a integração em rede de Unidades Básicas estratégicas, Unidades de Pronto Atendimento, Atendimento Pré-Hospitalar, Pronto Socorro e Unidades Móveis do SAMU.
- Garantir o acesso às especialidades médicas de forma integrada por regiões da cidade e proporcionar a ampliação de mais recursos nas atividades e ações básicas de saúde, visando à atenção “reversa” por meio da Estratégia Saúde da Família para todos.

Na primeira reunião dos Colegiados Leste e Centro Sul, em 07 de janeiro de 2013, contamos com sua presença e apresentação destas diretrizes ao grupo de coordenadores e Núcleo Técnico. Dentre outros assuntos, abordou a questão da revalidação dos cargos de confiança, a começar pelas coordenações de UBSs, que se daria por meio de um processo seletivo. As etapas do processo contemplariam a análise de currículo, prova escrita e entrevista. Ao mesmo tempo que concordávamos com a pertinência da iniciativa, nos preocupávamos pela maneira como o processo seria conduzido.

Apesar de todas essas mudanças, o projeto apresentado em muito se assemelhava ao que o grupo vinha desenvolvendo nos últimos dois anos, sem legitimação política para tal. Assim, a próxima pergunta pretendia verificar a análise dos coordenadores quanto às aproximações e distanciamentos dos trabalhos dos Colegiados Leste e Centro Sul e a proposta apresentada pelo secretário de saúde. Da mesma forma, verificar se esta experiência os havia preparado, ou não, para os desafios que estavam por vir.

Para a entrevistada C1,

Sim, eu acho que se a gente tivesse no modelo antigo, né, antes da implementação dos Colegiados, seria um “baque” muito grande, porque a gente já está acostumado a trabalhar em grupinhos, né? [...] e não só para nós, coordenadores, como para os supervisores também [...] a gente já estava acostumado a trabalhar na área [...] já olhar e fazer o diagnóstico de saúde da nossa área, eu acho que foi mais fácil [...] (C1).

A coordenadora C2 relatou:

Com certeza [...], a proposta dele é SUS, é rede, é Unidade Básica, Atenção Primária. Se eu não tivesse estudado tudo isso no colegiado... você estuda quando entra na Prefeitura, para concurso, depois você [coordenador] não vê isso no dia a dia. Se não fosse todo esse ano, esses dois anos juntos falando de SUS, de rede, de Atenção Primária [...] O Colegiado foi uma boa preparação (C2).

A entrevistada C3 refletiu sobre a questão e relatou:

Olha, eu não tinha parado para pensar nisso, nessa relação, entendeu? Mas eu acho que, o fato dessas mudanças dele não serem tão surpreendentes e nos agradar muito, eu acho que isso faz parte de todo acompanhamento que a gente está tendo nessas reuniões, né? Acho que isso já era a nossa filosofia, um pouquinho, de vida, né, mesmo sem parar para pensar e começar a entrelaçar as coisas, né? [...] eu acho que é justamente por a gente trabalhar mais ou menos dessa forma, né? (C3).

A coordenadora C4 analisou e referiu que:

Pra gente agora tá muito mais fácil! Porque a gente já “tava” trabalhando dessa forma, né? É, o Colegiado, as dez Unidades. Eu acho, com certeza, foi muito mais fácil do que a gente “tá” trabalhando de outra forma [...] acho que (se não fosse assim) a gente talvez nem acreditasse muito, né, nessa forma de trabalho (C4).

A coordenadora C5 emitiu sua opinião baseando-se também nas percepções dos demais colegas:

Eu acho que sim! Eu não senti diferença, não senti apreensão das minhas colegas que estavam há mais tempo, não senti nada de diferente, muito pelo contrário, eu acho que todo mundo viu nisso um ponto positivo, que só vai trazer vantagens, e não desvantagens (C5).

A coordenadora C6 refletiu sobre as mudanças que já começou a perceber no cenário:

Sim, porque a gente já trabalhou num grupo menor, nesse formato, né? [...] desde o início, quando cogitou em trabalhar como uma Regional, não foi traumático para nós, nós sabíamos [...] apesar de ter a área rural (Colegiado Leste) e a nossa (urbana/Centro Sul), em termos de vivência, diferentes, nós conhecíamos os problemas pela própria discussão aqui do grupo, né? Eu não sei como vai ser, porque o grupo tá crescendo, né? Então, eu não sei como vai ser isso nas próximas reuniões porque ainda tá muito, é, coisas a serem definidas, né? Quem vai fazer o que? Se isso vai, se a resposta vai ser rápida ou se não vai ser? Entendeu? Então, eu acho que ainda temos um caminhar, mas para mim, foi tranquilo (C6).

A coordenadora C7 expôs que:

[...] e até foi bom, porque não pegou a gente de surpresa, acho, né? Porque se não tivesse nada e viesse com uma proposta assim, ia ser: “nossa, e agora? Como que tem que começar?” [...] então, tá fluindo normalmente, né? Lógico, vão ter seus ajustes, aquelas coisas, mas [é] o processo normal (C7).

A entrevistada C8 relatou que:

Eu acho que sim, porque, se não tivesse isso, seria uma mudança e tanto, né? Eu acho que a gente já veio nesse ritmo de Colegiado e a gente sentia realmente falta, a necessidade de agregar outras pessoas com a gente, né? De fortalecer... porque para duas apoiadoras, é muito pesado, né? (C8).

A coordenadora C9 finalizou:

Eu acho que sim, preparou sim! Eu acho que a gente vê de outra maneira, como que você [coordenador] tem que trabalhar. Porque antes, a gente só focava, vamos dizer, a Secretaria. Agora, eu acho que não, é diferente (C9).

Ao final da entrevista, deixamos os coordenadores à vontade para acrescentar qualquer comentário, crítica, sugestão e outras questões de interesse. Sugeríamos, caso desejasse, fazer uma análise geral sobre as fragilidades e as potencialidades dos trabalhos dos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul.

Sobre as fragilidades, desejos não contemplados, frustrações, dentre outros, encontramos os seguintes relatos:

A gente começa estudar uma coisa e a gente não dá conta, a gente não termina, né? [...] tem muita coisa que para na metade, de muito assunto, a gente não tem perna para dar continuidade. Uma coisa que frustra é, muitas vezes, [...] vem alguém de outro setor, a gente combina, conversa, promete e fica ali, né? Nem todos cumprem o que prometem, nem todos levam adiante [...] (C2).

A entrevistada C8 também se lembra de ações que não foram finalizadas:

Outro que a gente começou [...] é a questão dos indicadores, né? De direcionar... É, a gente começou a conversar a questão do sistema de informações, quais os relatórios que a gente precisa saber, mas também não foi dada muita resposta ainda, ainda tá a desejar, né? (C8).

Esta mesma coordenadora se lembrou de um dos propósitos do Núcleo Técnico que não foi implementado e fazia muita falta no seu dia a dia:

[...] uma das coisas propostas também enquanto Núcleo Técnico [...], era uma das reivindicações nossas [...] Núcleo Técnico estar mais próximo das Unidades, né? [...] E assim, eu vi que teve algumas Unidades que parece que sempre tinha mais

apoio que a minha. Não sei se por conta da gente ser PSF, ou pelas dificuldades das outras UBSs, mas (foi) o que eu achei. Não sei se foi por falta de eu estar pedindo mais socorro, né? (C8).

A coordenadora C9 fez um apontamento que é uma solicitação muito antiga de todos os coordenadores e de grande parte da equipe de nível central: a necessidade de incluir, no quadro de profissionais da UBS, um funcionário para apoiá-los, auxiliá-los em atividades burocráticas, administrativas. Estes afazeres diários consomem muito tempo dos coordenadores, prejudicando na implementação de ações fundamentais como reuniões de equipe, revisão de processos de trabalho, vinculação com equipamentos sociais do território, dentre outras práticas de promoção em saúde. Inclusive foi uma das propostas dos Colegiados Leste e Centro Sul elaboradas para a VI Conferência Municipal de Saúde.

Uma das coisas que eu acho, que a gente peca muito, é gente para ajudar a gente. Não tem funcionário, gente do céu! Por exemplo, na recepção tem uma funcionária, ela é maravilhosa, ela falou assim: “É, vai chegar um tempo, que eu não vou poder ficar no balcão, tem que te auxiliar porque é muita coisa pra você fazer”. Então, eu acho que falta gente para ajudar a gente assim. Sei lá, nortear as outras coisas, que é muita coisa (C9).

Para ela, ainda, um aspecto negativo de trabalharmos apenas em Colegiados é:

E aí, tem a parte ruim, que a gente também não conversa com os outros (coordenadores dos outros Colegiados). [...] É difícil. Por exemplo, às vezes, eu ligo para uma coordenadora de outro Colegiado, às vezes eu ligo para ela, mas assim, eu acho que a rede perdeu esse vínculo com eles [...] eu acho que reuniões com menos pessoas é melhor, é mais produtivo. Por quê? Você se lembra daquela que tinha todo mundo, não era produtiva, né? Mas eu acho que de vez em quando, precisa reunir o grupão (C9).

A coordenadora fazia referência às reuniões em que a SMS chamava todos os coordenadores das UBSs para a discussão de temas relevantes para a gestão, antes da divisão por Colegiados de Gestão.

A preocupação de C6, de alguma maneira, aproximou-se desta perda de vínculos e visão global do município:

Nesse sentido, de não saber do “macro” [...] pra gente também não perder a noção do “macro”, né? Como “tá” a região norte, oeste? Não ficar sabendo só pela mídia, saber algo mais concreto: “estatisticamente tá assim, epidemiologicamente tá assim!”. De repente, não sei se no andar das reuniões vai ter essa projeção também (C6).

A partir de 2013, uma das propostas do secretário de saúde foi a inclusão de apoiadores de outras Diretorias de Área nos Colegiados. A coordenadora C3, fazendo referência à participação destes profissionais nas reuniões do grupo, referiu: “[...] Por um lado, eu acho que é melhor, por outro, perde um pouquinho, por que a gente não tem mais aquela intimidade de só a gente poder colocar os problemas dali de dentro, né?” (C3).

A coordenadora C6 também tem uma certa apreensão em relação ao futuro:

Então, eu não sei como vai ser isso nas próximas reuniões, porque ainda tá muito, é... coisas a serem definidas. [...] É, a minha preocupação é, agora “quem vai gerenciar a locação dos clínicos, que tá essa defasagem, quem vai? Quem vai saber do ‘macro’ para poder direcionar? [...] Então, tem algumas indefinições ainda que me preocupam (C6).

Em relação às potencialidades, a coordenadora C1 reconhece a importância do papel do Núcleo Técnico em tentar a abordagem de determinados assuntos com outros Colegiados de Gestão, preocupando-se com a organização sistêmica dos serviços:

[...] sempre vocês [apoiadoras] se preocupavam com aquilo [...] que poderia ser um problema de Sorocaba e tentavam levar também para a Secretaria, para outras pessoas e sempre essa ideia: para Sorocaba inteiro. Não ficava localizado só ali, no Colegiado (C1).

Para ela, também, foi muito positivo a oportunidade de conviver com coordenadores mais experientes:

Positivo é isso o que eu falei mesmo, é o apoio. Às vezes, é engraçado, que a gente se apoia muito no outro coordenador que já tá mais tempo, né? A gente que tá mais nova, então, a gente se apoia e se inspira muito nele, às vezes, a gente tem insegurança de falar e fazer alguma coisa e acaba se apoiando muito neles, é, por mais que a gente sempre teve as apoiadoras junto com a gente, às vezes, a opinião do coordenador, que já “tava” lá há um tempão, para gente era mais, sabe, dava, a gente respirava mais tranquilo [...] (C1).

A entrevistada C4 também relatou a criação de uma rede de apoio e contato entre os coordenadores destes Colegiados:

É assim, a gente tem, mesmo fora da reunião, a gente tem contato com os outros coordenadores. “Ah, eu “tô” com uma dificuldade! Liga para uma, liga para a outra [...] não esgota [ali]. E tem essa, é uma relação de intimidade mesmo, que por exemplo, eu conheço outros coordenadores de outras regionais, mas não tenho a intimidade de ligar para ele [...] (C4).

Para a coordenadora C9, este também é um aspecto positivo:

Então, eu achei que o mais positivo é essa integração que a gente tem com os demais coordenadores, né? A gente, de uma forma ou de outra, eu acho que a gente também participa dos outros postos. A gente fica sabendo o que acontece, um liga para o outro, então isso é muito bom. Eu gosto desse entrosamento (C9).

A entrevistada C8 reafirma a importância desse vínculo que foi se construindo com o passar dos encontros:

Até mesmo na questão de se sentir acolhida, né, pelo grupo. [...] “Ai, nossa, eu “tô” com dúvida de prestação de contas, né?” Liga para um, liga para outro e às vezes, a gente nem precisa perguntar na Secretaria. Cria um vínculo entre os coordenadores [...] cria, né, essa amizade, esse laço ali [...] e fortalece a comunicação, até agora, a questão da Dengue mesmo, por exemplo, as iniciativas de rede do pessoal do Pronto Atendimento. Quando notifica, já encaminha para a gente as notificações por email, isso facilita a vigilância [...] (C8).

Para ela ainda,

[outro] aspecto positivo, eu acho que foi a persistência que a gente teve, né? É, é, a responsabilidade de manter, né? Pouquíssimas reuniões foram canceladas, o pessoal sempre cumpria de estar lá, chuva, sol, frio, calor, mas sempre ali, né? (C8).

Para a entrevistada C7, o fato de ter suas demandas encaminhadas nas reuniões fez com que suas expectativas em relação ao grupo fossem supridas:

[...] eu acho que aconteceria [sentiria] uma falta, se não tivesse uma solução, né? “Ah, não tem jeito, isso é assim mesmo” [...] e a gente coloca e aquilo é tentado solucionar da melhor forma, ou soluciona completamente ou em parte. Solucionou de alguma forma, porque antes, não tinha solução [não se tentava resolver] (C7).

A coordenadora C4 referiu-se a uma das razões que a motivam ir aos encontros:

A reunião do Colegiado não é uma reunião que você [coordenador] fala: “Ah, vou lá de novo para falar do que, não vai dar em nada!”. Não, a gente vê que tem resultado, a gente consegue mudar alguma coisa através dela e isso anima a gente vir para a reunião e saber, né, que tem reunião (C4).

Continuou fazendo uma análise da dinâmica dos Colegiados em estudo:

Eu acho que, cada um, como eram dez Unidades, cada um, uma hora, [...] “tava” com mais dificuldade que o outro não [estava]. Então, esse que “tava” com menos dificuldade ajudava aquele que “tava” com mais dificuldade, até nas discussões, né? Às vezes, um “tava” mais pessimista, o outro “tava” mais otimista isso misturava tudo na reunião [...] (C4).

Para a coordenadora C2:

[...] você [coordenadora] fica ansiosa para vir na reunião do Colegiado, porque ali você vai saber, você vai se sentir acolhida, apoiada, você vai estudar, né? Você vai, não só aprender a como organizar, como ser gestora, como vai estudar a base de tudo que é o SUS, você vai sair melhor dali. É um, para mim, é como se fosse numa terapia, então, é muito bom (C2).

Os relatos dos coordenadores levam à constatação de que o fato de participarem das reuniões dos Colegiados ampliou o entendimento sobre o sistema de saúde, por mais que os estudos tenham sido interrompidos e retomados diversas vezes. Acredito que, a partir disso, estiveram mais preparados para a reorganização dos processos internos de trabalho das equipes, contribuindo para a constituição de sujeitos e o fortalecimento da Atenção Básica.

As discussões sobre a participação popular, de alguma maneira, também influenciaram no modo de ver e conduzir os Conselhos de Saúde, por mais que ainda falte muito para termos um controle social efetivo.

O convívio permanente proporcionado pelas reuniões permitiu aos coordenadores e apoiadoras que, por meio das experiências e relatos dos demais, desenvolvêssemos um ‘espírito de autocritica’, nos enxergando ‘através do outro’, oportunizando um repensar de nossas ações.

Alguns coordenadores se esforçaram muito para envolver os trabalhadores na atualização das práticas de saúde, buscando resgatar as Oficinas de Planejamento, fazer pequenas reuniões ou agir individualmente com seus funcionários. Por diversas razões, nem todos conseguiram envolver suas equipes, como parece que as reuniões dos Colegiados nos envolveram. Isso nos remete ao desafio de instituímos estratégias que carreguem em si a aprendizagem significativa e busquem dispositivos de enfrentamento das barreiras técnicas, políticas e estruturais, também essenciais para o sucesso da Educação Permanente.

**CAPÍTULO 7: UM OLHAR PARA O ESPELHO
E OUTRO PARA O FUTURO: ANALISANDO A
TRAJETÓRIA DESSA INVESTIGAÇÃO**

Neste capítulo, exporei as análises das reuniões dos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul da SMS de Sorocaba/SP, realizadas de junho de 2010 a dezembro de 2012.

Destaco que cada Colegiado de Gestão é composto por cinco UBSs, totalizando dez Unidades de Saúde. Os encontros ocorriam quinzenalmente, dos quais participavam todos os coordenadores⁴⁰ destas UBSs e as duas apoiadoras da SMS. Com o decorrer do tempo, outros sujeitos participaram eventualmente das reuniões, a fim de aprimorar ou até mesmo criar algum fluxo de trabalho. Assim, *os Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul são formados por doze participantes fixos.*

No decorrer da pesquisa, alguns coordenadores se aposentaram e foram substituídos por outros profissionais. Este grupo de dez coordenadores era bastante heterogêneo em relação ao tempo de experiência na gestão, variando entre quinze anos e sete meses de cargo. Em dezembro de 2012, realizei as entrevistas com nove coordenadores destas UBSs, pois uma coordenadora assumiu a gestão de outro serviço de saúde. De maneira geral, todos os coordenadores participavam efetivamente das reuniões em estudo, faltando apenas por motivos de férias, de saúde, outros compromissos agendados pela própria PMS no mesmo horário ou alguma demanda que exigisse a presença do gestor na UBS.

Até o oitavo encontro, esses Colegiados se reuniam separadamente, com o mesmo Núcleo Técnico. A partir de então, passaram a ocorrer de maneira unificada, sendo assim até os dias atuais.

7.1 As reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul e a Educação Permanente

Nos encontros destes Colegiados, as duas apoiadoras sempre fizeram um grande esforço no sentido de promover a interlocução dos problemas da vida diária dos coordenadores, das demandas da SMS e de um alinhamento teórico do que se discutia sobre o SUS “mundo a fora”. Volta e meia, surgia uma dúvida: será que estávamos dando atenção às demandas individuais dos coordenadores e realmente ouvindo o que o grupo tinha a nos dizer? Outra inquietação era compreendermos se a forma como vínhamos trabalhando com

⁴⁰ Quando a fala tiver sido obtida por meio de entrevista, o coordenador será identificado como C1, C2, etc. Quando a fala for uma transcrição das Atas, como CI, CII, etc.

o grupo atribuía valor à prática de cada um deles e se contribuía para a melhoria do sistema de saúde.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p.42), a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas na saúde. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e adequado conhecimento do SUS.

Nos depoimentos e registros das Atas a seguir, constatamos a realização de *estudos técnicos* por várias vezes interrompidos e retomados. Em 05/11/12 está registrado:

[...] destacamos palavras e expressões que necessitariam de um aprofundamento para a compreensão geral do documento. [Foram feitas] algumas discussões, comparações com nossas práticas, pontos onde não avançamos muito, dificuldades da Atenção Primária em coordenar o sistema de saúde (Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 05/11/2012).

Verificamos também vários momentos em que demos vazão às nossas *subjetividades* como as manifestações de sentimentos, de angústias e de solidariedade entre o grupo.

Eu acho que, cada um, como eram dez Unidades, cada um, uma hora, [...] “tava” com mais dificuldade que o outro não [estava]. Então, esse que “tava” com menos dificuldade ajudava aquele que “tava” com mais dificuldade, até nas discussões, né? Às vezes, um “tava” mais pessimista, o outro “tava” mais otimista, isso misturava tudo na reunião [...] (C4).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p.54),

As demandas para a educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial.

Para o levantamento dos temas a serem estudados, partíamos sempre do momento que os coordenadores e apoiadores viviam e, como pano de fundo, buscávamos entender o que se esperava de uma Atenção Básica fortalecida. Em um certo encontro, uma das coordenadoras achou que a responsabilidade de trazer os textos era das apoiadoras. Os outros coordenadores não se manifestaram sobre o posicionamento da colega, mas também nunca propuseram um material específico para compartilhar com os demais. Havia troca de

dicas sobre informações importantes para a gestão e os materiais propostos pelas apoiadoras sempre foram bem recebidos pelo grupo.

As diversas leituras da Portaria Nacional da Atenção Básica, propostas pelas apoiadoras, com a finalidade de compreendermos uma parte da organização do sistema de saúde, sempre criava uma aura reflexiva, dado que cada frase do documento é carregada de princípios, responsabilidades e compromissos e que, nem sempre, tínhamos consciência disso. Isso nos fazia pensar as diferentes realidades e personalidades presentes no grupo e equipes locais, formando em nosso íntimo os conceitos que deveriam orientar nossas atitudes e visualizar os desafios que tínhamos pela frente.

De acordo com o registro em Ata de 04/12/12, demos continuidade aos estudos da PNAB e cada participante compartilhou os resultados da sua pesquisa com os demais colegas. Essa foi uma das estratégias criadas por este grupo que rompeu com o modelo de educação tradicional, produzindo a corresponsabilização pelo aprendizado individual e coletivo.

Nesse sentido, as reuniões dos Colegiados congregaram os estudos técnico-científicos e atuaram como espaço de produção de subjetividades, contribuindo para a formação de sujeitos ativos e mais preparados para a gestão no SUS.

O processo de formação de coordenadores para uma Atenção Básica de qualidade pressupõe o exercício de problematização das práticas de trabalho e a busca por conhecimentos que ampliem o entendimento do problema. Ademais, pressupõe criar mecanismos de motivação e mobilização das equipes para a reorganização do cotidiano na saúde fundamentada no cuidado integral.

Sobre estes encontros, os aspectos das reuniões mais valorizados pelos coordenadores foram a discussão dos problemas do dia a dia, a troca de experiência no modo como cada um enfrentava as situações desfavoráveis e a iniciativa do grupo em tentar resolvê-las. Para a entrevistada C7:

[no] Colegiado, deu para perceber que todo mundo ali tinha aqueles problemas. Jogava no Colegiado, discutia ali, tentava resolver no próprio local, já resolvia, já saía até com soluções dali. Então, isso facilitou muito para a gente. Achei que foi muito legal porque, às vezes, não precisava nem ir na Secretaria. A gente resolvia ali, vocês [apoiadoras] levavam para a frente alguma coisa que precisava ou então, já resolvia ali (C7).

A troca de experiência e a oportunidade para tirar dúvidas, em diferentes graus, permitiram o repensar do dia a dia e a busca pela reprodução da estratégia junto às equipes ali representadas pelos coordenadores. Para a entrevistada C2:

[...] no Colegiado, sempre que a gente vem para as reuniões com nossas dúvidas, a gente expõe as dúvidas e, se não puderem ser resolvidas naquele momento, depois tem devolutivas. Assim como o Colegiado me dá devolutiva, eu também dou para minha equipe, né? (C2).

Envolver outros atores da rede, para ampliação das possibilidades de resolução das demandas da gestão, também foi descrito como fundamental para a melhoria do trabalho. A partir da aproximação destes setores com as UBSs, era possível a reformulação de normas e rotinas para ambas as partes, resultando em processos de trabalho mais ágeis e um atendimento mais digno aos usuários. Mas, muitas vezes, os combinados⁴¹ não eram cumpridos e as apoiadoras também não conseguiam dar continuidade às articulações.

De acordo com a PNEPS (2007), a Educação Permanente:

Pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, acontece no cotidiano das pessoas e organizações. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já tem. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações”. (BRASIL, 2007, p. 13).

Dentre os inúmeros problemas que exigiram o agendamento de reuniões com outros setores, visitas em outros pontos da rede de atenção e encomenda de treinamentos específicos para os coordenadores, na Ata de 25/04/12, constava o seguinte registro:

Ficou definido que a discussão sobre problemas e dúvidas do novo sistema de informação será dia 21/03/12, no PODI, às 8:30 horas, levar um administrativo junto ((Ata dos Colegiados Leste e Centro Sul, 25/04/2012).

Assim, a problematização do processo de trabalho e a articulação com a rede de serviços que faziam interface com as UBSs permeou as reuniões dos Colegiados em estudo. Por meio da análise das Atas, foi possível constatar que a abordagem dos problemas vai ocupando cada vez mais espaço na agenda do grupo, afastando-o de seu propósito original.

41 Algumas vezes, o setor que nos procurava, ou era convidado para discutir alguma situação que estava afetando os serviços, não conseguia viabilizar os combinados. Ex: agilizar a instalação e manutenção de autoclaves; elaboração de uma lista com os relatórios mais representativos para a prática da gestão, etc.

Após os momentos autoavaliativos que ocorreram, este distanciamento do “momento fundador” foi sempre lembrado pelos participantes e recolocado em pauta.

A Educação Permanente das equipes da Atenção Básica é uma recomendação da PNAB (2011) e, neste sentido:

[...] a Educação Permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (BRASIL, 2011, p. 7).

De acordo com os relatos dos coordenadores, foi possível verificar que as reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul contribuíram para a mudança de suas práticas gestoras. Em vários momentos referiram-se a uma maior compreensão do sentido dos serviços prestados pelo SUS e a relevância da gestão local na organização de um sistema de saúde mais acessível, equânime e justo. Destacaram, ainda, a preocupação na atualização do diagnóstico de área, reconhecido como importante instrumento de gestão.

Vale ressaltar o esforço feito pelos gestores para o envolvimento de suas equipes no repensar do trabalho, seja em Oficinas de Planejamento, seja em pequenos grupos de trabalhadores. Também é verdadeiro que, apesar dos relatos positivos das produções deste grupo, nem todos os coordenadores conseguiram instituir na rotina de suas equipes os momentos para a prática da Educação Permanente.

A Portaria Nacional de Atenção Básica reconhece a importância da aproximação dos dois níveis de gestão, o central e o local. O documento destaca que:

A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano (BRASIL, 2011, p.8)

A partir das entrevistas, foi possível notar que o contato contínuo estabelecido entre os coordenadores das UBSs e as apoiadoras do Núcleo Técnico atuou como um dispositivo de “segurança” por saberem que, de alguma maneira, as demandas colocadas, tanto pelo grupo quanto por alguma UBS específica, seriam encaminhadas. Muitas vezes, o fato de participarem das reuniões os eximiam de ir até a Secretaria de Saúde, local onde nem

sempre eram reconhecidos e tampouco tinham respostas na velocidade que os serviços exigiam. As articulações feitas pelas apoiadoras também foram vistas como importantes para reorientação dos serviços. Essa forma “conjunta” de trabalhar e a rede de contato que se estabeleceu entre os próprios coordenadores produziram um sentimento de apoio, acolhimento, confiança, que provavelmente tenha melhorado as condições de trabalho destes gestores.

Conforme descrito no Capítulo 4, cerca de um ano e meio após o início das atividades dos Colegiados de Gestão, em novembro de 2011, o diretor entrevistado D2 deixa a direção da DAAES e a nova diretora que assume a função, D3, não foi totalmente validada pelo secretário de saúde. Por sua vez, o gestor municipal mantinha um distanciamento de parte dos técnicos da DAAES e não apresentava nenhum projeto de desenvolvimento para a Atenção Básica. Assim, as apoiadoras cumpriram mais efetivamente o papel de mediação com os setores externos a DAAES, do que propriamente com a diretoria de área e demais Colegiados.

Para Ceccim (2005, p.165), a mudança de modelo de atenção à saúde pressupõe a implementação dos conceitos que foram configurando o SUS ao longo da história. Para ele:

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde.

Uma das perguntas da entrevista solicitava a cada coordenador que analisasse os princípios e valores mais relevantes que eram tratados nas reuniões. Por conseguinte, que deveriam dar uma direção para as práticas relativas à gestão e ao cuidado. Apesar da dificuldade inicial de alguns responderem à questão, observou-se pelos relatos a ênfase dada à importância da proatividade do coordenador e do empoderamento da gestão local.

Ademais, de acordo com as entrevistas, os temas mais abordados nos encontros eram relativos ao fortalecimento do SUS, ao controle social e ao reconhecimento da Atenção Básica como entrada principal para o sistema de saúde. Foi relatado que a problematização das práticas diárias da gestão, com as frequentes associações a aportes

teóricos, estabeleceu uma maior responsabilização pela saúde e pelo bem estar dos usuários e das comunidades.

Em algumas entrevistas, foi relatado pelos gestores que as estratégias utilizadas pelas apoiadoras sempre contemplaram os princípios da gestão compartilhada e a criação de redes, tanto interna quanto externa aos Colegiados. Da mesma forma, houve a conscientização de que cabia a cada coordenador a busca por mecanismos para envolver os trabalhadores e o controle social no entendimento dos problemas e na tomada de decisão coletiva. Outro princípio norteador, abordado nas reuniões, referia-se à valorização do trabalho em equipe e articulado à comunidade, estimulando a todos a desempenharem suas funções com seriedade e compromisso.

Concluo minha análise sobre as reuniões dos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul, inspiradas nos pressupostos da Educação Permanente, acreditando que este movimento instituinte contribuiu para a superação de diversos problemas postos pelos diretores entrevistados. Problemas como o distanciamento entre os coordenadores e técnicos da SMS, os atritos relacionais frequentes entre os dois grupos e a pouca autonomia conferida ao grupo. Estes encontros permanentes entre os dois níveis de gestão corroboraram tanto para a qualificação das práticas gestoras locais quanto das apoiadoras.

Como efeito destes encontros, poderíamos citar a aproximação dos dois níveis de atenção, a central e a local, a retomada e a sustentação do diálogo entre assistência e gestão e a inclusão destes atores na elaboração das políticas locais, antes restritas à SMS.

Outro efeito notado foi o resgate da autoconfiança dos coordenadores, levando-os a acreditar na legitimidade da construção de soluções por aqueles que viviam os problemas, outrora negado por alguns personagens dessa história. Observou-se que, gradualmente, o grupo foi aumentando sua autonomia e traçando os passos para a implementação de diversas ações para a viabilização do SUS, como o desenvolvimento da participação popular.

Outra barreira superada por esses encontros foi a conhecida ‘solidão’ do cargo de coordenadores, agora interligados por uma rede de apoio criada ‘entre eles’ e ‘entre eles e as apoiadoras da SMS’. Evidentemente que as reuniões dos Colegiados de Gestão também tiveram suas insuficiências. Acredito que o fato de os coordenadores terem destacado

predominantemente os pontos positivos esteja associado ao atraso/dívida da SMS em relação a estes profissionais, fazendo com que os pontos negativos fossem minimizados.

O principal aspecto negativo apontado pelos coordenadores foi a perda de visão global do município e distanciamento dos demais coordenadores de outros Colegiados de Gestão.

7.2 A aplicação dos conceitos da Análise Institucional na trajetória da SMS e nos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul

Nesta pesquisa, baseada no conceito de instituição tratado pela Análise Institucional, considere a Atenção Básica em Saúde uma *instituição*, na qual o Curso de Capacitação para Gerentes das Unidades Básicas de Saúde, realizado em 1999, pôde ser considerado seu “momento fundador”.

O processo de habilitação na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB SUS/96 (SOROCABA, 2007), ocorrido em maio de 1998, colocou inúmeros desafios à gestão municipal para a organização dos serviços de saúde. Dentre as diversas medidas adotadas pela SMS, a meu ver, foi a partir da iniciativa do gestor em viabilizar a realização desse curso que *a instituição Atenção Básica* apareceu na rotina dos dois níveis de gestão, em diferentes momentos e formas. Ao longo dos treze anos percorridos por esta pesquisa, constatei que foram desencadeados inúmeros *processos instituintes* que pretendiam a reorganização da Atenção Básica no município.

Esses processos instituintes vieram no sentido de superar o modelo de gestão instituído à época, que, dentre outros aspectos, era fortemente conduzido pelas Secretarias de Estado, voltados para as práticas hospitalares e com a realização de planejamentos descolados da realidade vivida pela população.

Na fala do diretor e entrevistado D3, ao sintetizar os caminhos percorridos pela DAAES, podemos notar que a qualificação da Atenção Básica foi o objeto de busca dos técnicos da SMS:

[...] a gente já vinha trabalhando juntos, que eu já fazia parte do grupo, no modelo de buscar a base territorial, de formação dos colegiados, de cada grupo dentro da Atenção Básica rever seu próprio trabalho, rever a ação, a atitude, a atenção junto

aos trabalhadores da saúde, aos usuários, e aos próprios coordenadores de Unidades; como apoiadores, na função de apoiador, de estar mais próximo, de fazer essa aproximação (D3).

Estes *movimentos instituintes* puderam ser confirmados nas entrevistas dos diretores de área, dos coordenadores, nos registros das Atas e nos meus próprios relatos enquanto membro da equipe técnica da SMS. O diretor D2 lembrou na entrevista:

[...] Foi perto de 2008 [...] foi resgatado com eles (coordenadores) aquele material que eles tinham feito no ano de 2000, de “Um olhar sobre a UBS”. A gente pegou em cima daquele material e tentou construir junto com eles um material novo (D2).

Entre a realização do curso (1999) e a capacitação realizada pelo diretor entrevistado D2 (2008), podemos citar outros *movimentos instituintes* como as frequentes divisões geopolíticas do território, as diversas reformulações no papel do supervisor de área, os momentos híbridos de capacitações tradicionais e de Educação Permanente, os cursos oferecidos pela PMS, pelas instituições de ensino e, principalmente, **a concepção dos conceitos de Colegiados de Gestão e Núcleo Técnico**.

A cada uma dessas estratégias lançadas pela SMS, pretendia-se renovar, rearranjar alguns aspectos organizacionais dos serviços, que outrora mostrara-se instituinte, mas que naquele momento já exigia uma certa atualização, um novo ‘devir’.

De acordo com minha análise, observei que a maioria dos métodos desenvolvidos pela SMS junto aos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde e supervisores de área sempre vieram no sentido de reforçar e atualizar os conceitos trazidos pelo curso citado. Conforme descrito no referencial teórico-metodológico, esta reflexão me remeteu à Savoye (2007), abordado por L’Abatte (2013, p.31-62):

[...] dois tipos de institucionalização, correspondentes a dois momentos históricos da instituição. Quando esta se constitui originalmente, pode-se falar em *institucionalização fundadora* (IF), processo pelo qual a instituição toma forma, ao mesmo tempo em que cria as condições para sua perpetuação. [A partir daí] ela é sede de uma dialética entre um *instituído* (por mais novo e inédito que seja) e um *instituinte* (isto é, uma negatividade que o contesta), dialética que se resolve num processo de institucionalização. Pode-se então falar de *institucionalização ordinária* (ou permanente). Então não é da mesma natureza que a IF e não coloca radicalmente em questão os fundamentos da instituição; simplesmente a transforma, inpletando suas orientações, remanejando seu funcionamento, modificando sua composição social (SAVOYE, 2007, p. 184-5, itálico do autor).

L'Abbate se utilizou desses conceitos (institucionalização fundadora e institucionalização ordinária ou permanente) na análise das gêneses teórica histórica e social da Análise Institucional (França e Brasil) e da Saúde Coletiva brasileira (L'ABBATE, 2013, p.31-62).

Assim, os diversos rearranjos organizacionais disparados a fim de promover o ordenamento da Atenção Básica corroboram com o conceito de instituição ordinária posto por Savoye (2007) e ratifica a afirmação de Hess & Savoye (1993, p.56), quanto à refundação das instituições. Para eles, “a lógica dialética da instituição corresponde assim a um enfrentamento permanente do instituinte e do instituído, chegando à re-institucionalização permanente da instituição”.

Dentre os diversos movimentos instituintes que me fazem pensar na *institucionalização da Atenção Básica*, a meu ver, os mais potentes foram a criação da Equipe Gestora Central para o enfrentamento da mortalidade infantil e dos Colegiados de Gestão. Corroborando com a entrevista do diretor D2:

[...] esse processo é fruto de todo esse amadurecimento ao longo do tempo, para poder chegar, para chegar nesse ponto. A partir daí, a gente fez essas equipes gestoras e começou a discutir. [...] e a gente percebeu, com tudo isso, que existia a necessidade de organizar de forma diferente a Secretaria, mesmo já vindo toda aquela história de trabalhar com o território, de territorialização lá no ano de 99/2000, a história do SILOS, de conhecer uma região, depois a história dos supervisores. A gente percebia que a gente precisava criar um corpo de regionalização diferente porque os problemas eram muito parecidos e foi aí que surgiu a proposta de fazer os colegiados (D2).

Em vários momentos deste estudo, pude encontrar analisadores, conforme definidos no Capítulo 3. Dentre eles, cito os três que mais chamaram minha atenção.

O primeiro analisador refere-se ao discurso permanente da equipe da DAAES e do ex-secretário de saúde, prefeito de 2005 a 2012, quanto à valorização da Atenção Básica, sem que esta tenha sido efetivamente um projeto de governo. De acordo com o diretor de área D2, em sua entrevista:

A gente tinha plena confiança do secretário para poder fazer, a gente só não tinha o recurso humano que queria, mas do restante, a gente até tinha. Mas na hora que surgiu o problema, que eu precisei sair da diretoria [...] a Atenção Básica foi ficando de lado (D2).

Este analisador nos revela efetivamente as prioridades do governo ao direcionar ou priorizar os investimentos municipais para alguns setores da Saúde, que não a própria Atenção Básica. Embora o número de UBS tenha aumentado nos últimos oito anos, somente no território dos Colegiados Leste e Centro Sul, temos quatro UBSs cujo número de habitantes excede o preconizado pela PNAB. Dentre outros problemas, notamos um déficit no quadro de funcionários desses serviços. Além da dificuldade na ampliação/reposição de profissionais, a não inclusão de outras categorias profissionais na Atenção Básica também retarda a qualificação das equipes locais e a implementação do cuidado integral à saúde.

Outro analisador que se destaca foi o conflito entre o discurso e a prática da DAAES quanto ao desejo de desenvolver a autonomia dos coordenadores e, ao mesmo tempo, a reação a ela. Esta discussão se deu no campo da disputa de poderes, presentes em todos os momentos e contextos desta pesquisa. De acordo com a entrevista do diretor D2,

[...] porque, às vezes, historicamente, o que tem acontecido no nível central, a gente tem, nós temos [...] levando eles a enxergar os problemas que a gente quer que eles enxerguem, entendeu? É um processo. Até dá para entender que a gente tem o papel de fomentar, de ser catalisador de um processo e tal, mas eu acho que precisa dar um passo a mais nesse processo, né? (D2).

Este analisador evidencia a necessidade do ‘controle da autonomia’ da gestão local, pela gestão central. Isso se deu mediante o modo e a intencionalidade nos quais as capacitações, as reuniões, os protocolos e os mecanismos de monitoramento da gestão das UBSs vêm ocorrendo. Outra maneira de controlar e garantir a sujeição dos coordenadores e apoiadores é por meio de seus cargos de confiança. Assim, é possível garantir um certo ‘alinhamento’ no entendimento das políticas de saúde prioritárias da SMS, que somado a falta de critérios claros e bem definidos para a seleção e avaliação de coordenadores e de apoiadores, nos faz lembrar permanentemente o ‘preço’ de nossos ideais.

O terceiro analisador foi referente ao momento de uma “quase anomia” e indiferença às políticas da Atenção Básica, por parte do secretário de saúde em exercício de 2011 a 2012, no qual alguns poucos técnicos da DAAES e coordenadores de UBSs conseguiram avançar em direção ao novo modelo organizacional. De acordo com o diretor D1 em sua entrevista,

[...] talvez a gente tenha expandido mais essa discussão nesse período difícil [...]. Então, os pequenos poderes já não existiam e ninguém tinha poder nenhum [...]. E de alguma forma, esses pequenos projetos, a hora que houve a perda do poder, que era o que nos atrapalhava enquanto nível central, talvez o grande ganho desses anos de chumbo, anos duros [risos] ali na Saúde, tenham sido esses pequenos projetos que hoje, olhando assim, eu acho que acabaram fazendo com que a gente conseguisse expandir mais a rede, como um todo, até [mais que] num primeiro momento (D1).

O diretor D3 recorreu, em sua entrevista, à mitologia grega para explicar sua percepção em relação aos poucos avanços do período em que esteve na direção:

A imagem que eu tenho era daquela imagem grega, da mitologia grega, do Sísifo. A gente subia, a gente tinha clareza que dois meses de trabalho corresponderiam, por exemplo, a 20 dias de trabalho, porque parte daquilo ia ser desperdiçado, porque não ia ser incorporado, não ia ser sistematizado e que a Secretaria de Saúde não iria legitimar ou a Prefeitura. Então, era o tempo todo. Então, a gente sabia que ia subir montanha e que parte da subida, a gente tinha que descer, tinha que voltar, mas isso talvez tenha dado pra gente uma outra coisa, que eu acho que deu mesmo [...] deu alicerce, uma força [...] (D3)

Esse analisador nos revela a urgência da reformulação dos critérios utilizados para a indicação dos gestores municipais e a necessidade de os representantes do controle social estarem atentos a isso. As responsabilidades inerentes a este cargo são hercúleas e não deveríamos naturalizar o uso do cargo para fins de cumprimento de compromissos político-partidários. Novamente isso nos remete à importância da participação popular, no que tange à qualificação para o exercício de seu papel e, desta maneira, estar preparada para a elaboração, monitoramento e avaliação das políticas de saúde e não, simplesmente, ser mero expectador. Outra revelação diz respeito ao potencial da equipe técnica da DAEES em construir projetos e percursos que façam o sistema de saúde avançar. No entanto, sem a devida validação política e investimentos na área, o processo de mudança torna-se lento e sem sustentabilidade.

Tais situações podem ser consideradas como analisadoras à medida que revelam os limites da gestão municipal em propor e executar um plano de desenvolvimento do sistema de saúde, assim como os poucos investimentos feitos na Atenção Básica. Consequentemente, a insuficiência de projetos bem definidos e sustentáveis contribuíram para as poucas mudanças do modelo de saúde vigente.

O conceito de analisador é de muita relevância para esta pesquisa e para minha prática profissional enquanto apoiadora dos Colegiados Leste e Centro Sul. Plagiando Lourau, para mim, *o útil ou necessário para o avanço da saúde enquanto direito de todos*,

não é a revelação do analisador – sempre presente nas diferentes instituições das quais fazemos parte –, mas o que faremos a partir do momento que os desvelamos.

A aplicação prática de um conceito da Análise Institucional que se mostrou relevante para a qualificação da Atenção Básica, da mesma forma que explicitou as dificuldades para sua implementação, é a **análise das implicações**. Dado o fato de sermos humanos, atravessados por instituições muitas vezes desconhecidas e até negadas por nós mesmos, a não elucidação de nossas implicações pode contribuir para manutenção da cegueira institucional e deixar em estado de latência as mudanças necessárias para a melhoria do trabalho em saúde. Para Lourau (1993, p.14), a dificuldade para procedermos à análise de nossas implicações é compreensível e pode se explicar:

Cotidianamente, preferimos não nos colocar muitos problemas e, “permitindo” que se dê a heterogestão, “confiamos” a autogestão” a outras pessoas. Isto alguns – Marx por exemplo – chamam “alienação”. Amamos nossa alienação. Sentimos que é muito dolorosa a análise de nossas implicações; ou melhor, a análise dos “lugares” que ocupamos, ativamente, nesse mundo. Ou, por exemplo, em nosso local de trabalho. Um coletivo de trabalho urge que “ocultemos” de nós mesmos, digamos, 80% de seu funcionamento real (ou “relacional”). Inclusive, necessita desse “ocultamento” para funcionar. É a verdade, a realidade. Não é mau, apenas, contraditório.

O diretor de área D1, em sua entrevista, lembrou as reuniões semanais da equipe técnica da SMS:

A gente tinha grandes paus também, grandes coisas, mas eu acho que era muito interessante. Eu acho que foi uma época de tivemos crescimento, eu acho que foi uma época em que todo mundo que participou cresceu bastante [...] foi uma época de grandes desgastes, mas era uma época em que havia um grande envolvimento de todo mundo que estava lá com a questão, né? Todos estavam envolvidos. Então, por isso todo mundo sofria muito, todo mundo, às vezes, também gostavam muito. Tudo era muito, tudo era intenso, para o bem e para o mal, né? (risos) (D1).

Conforme explicitado no Capítulo 3, em tudo o que fazemos, estamos sempre, de forma consciente ou inconsciente, implicados nas dimensões afetiva, ideológica e profissional, independentemente do tempo, lugar e finalidade de nossas ações. Dessa maneira, percebo-me implicada nas três dimensões citadas pelo autor, fazendo-se premente a análise de minhas implicações. Ao ouvir os relatos das reuniões e das entrevistas e ao ler as Atas, recordei-me das inúmeras situações nas quais estive envolvida e revivi as emoções, as revoltas, o entusiasmo e a esperança de cada período dessas narrativas. Na verdade, ao

longo de minha trajetória na SMS, em certos momentos me considerei não apenas implicada como até sobreimplicada em meus posicionamentos.

Reconheço minha limitação e responsabilidade ao fazer esta análise da trajetória da SMS e dos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul. As entrevistas fornecidas pelos três diretores de áreas e pelos nove coordenadores das UBSs foram carregadas de informações valiosíssimas, emoções e insights, quase impossíveis de serem postos no papel.

Outros conceitos que identifiquei nesta pesquisa e, a meu ver, foram responsáveis pelo grande salto dos Colegiados Leste e Centro Sul foram: ***a transversalidade e o grupo sujeito/grupo sujeitoado.***

O conceito de transversalidade e, em decorrência, os conceitos de grupo sujeito e grupo sujeito (GUATTARI, 1987) pode ser constatado tanto a partir da leitura das Atas, como dos relatos dos entrevistados, sobretudo quando os vários sujeitos referiram as relações ***entre a equipe técnica central e coordenadores, ao longo da trajetória analisada.***

A princípio, as reuniões semanais que ocorriam na DAAES permitiam a este grupo o diálogo, a criação de vínculos profissionais e afetivos e até algumas construções coletivas. No entanto, não havia uma sistematização dos encontros com os coordenadores locais.

O segundo diretor entrevistado referiu-se à dinâmica utilizada para a aproximação dos coordenadores, o que sugeriu o início da construção de uma “ponte” entre a gestão central e local:

A gente tinha, toda semana tinha reunião e a gente fazia rodízio dos coordenadores para que eles viessem participar da reunião, até para saber o que “tava” acontecendo em nível central. E quando voltavam, (para) essa reunião dos coordenadores, a gente fazia essa integração dele, até nos contarem o que tinha acontecido, como tinha feito. Então, era uma reunião nesse sentido (de integração dos grupos) (D2).

Para L’Abbate (2005, p. 241), o grupo sujeitoado é aquele que se orienta a partir de uma heteronomia, ou seja, se submete a uma orientação que vem ‘de fora’; o segundo – grupo sujeito – ao contrário, se orienta por uma autonomia construída a partir ‘de dentro’.

Além dos encontros permanentes instituídos entre os coordenadores e NT, o passo a passo registrado nas Atas comprovaram os diversos momentos autoavaliativos e de planejamento de ações ocorridos nos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul. Certamente,

estas análises permanentes e pactuações coletivas contribuíram para dar maior visibilidade aos pertencimentos de cada participante e permitiram o aumento do coeficiente de transversalidade, colocando-nos a caminho de nossa constituição enquanto grupo-sujeito.

Esta afirmação pode ser constatada nos registros de Atas citados a seguir.

Em 14 de outubro de 2010, os participantes dos Colegiados definiram sua identidade como sendo ***“um grupo para desenvolver estratégias; propor, discutir e trabalhar indicadores e atingir resultados favoráveis; um grupo em construção”***.

Em 30 de outubro de 2012, num momento de avaliação dos trabalhos do grupo e de reflexão sobre a mesma questão (quem somos?), esta identidade foi atualizada e teve a seguinte redação: ***“uma equipe mais sólida, fortalecida, experiente, com trabalho integrado. Apoio mútuo, com mesmos objetivos, que reafirma os propósitos anteriores; resolutivo e com encaminhamentos aplicáveis à prática, com vínculo/afinidades, solidariedade, generosidade, compaixão, comprometido com a coordenação do trabalho; contínuo”***.

Nesta mesma reunião, outra reflexão me fez pensar que conseguimos avançar na constituição do grupo sujeito. Foi no momento em que debatemos sobre o que tínhamos conseguido realizar a partir destes encontros. Encontramos a seguinte descrição: ***“manter a união e encontros do colegiado, nos horários combinados; devolutiva dos nossos questionamentos; compartilhar e trocar experiências; acordos; conseguimos realizar muito mais que pactuamos”***.

Importante lembrarmos que, de acordo com Lourau (1975), o grupo sujeito e o grupo sujeitado são instâncias que se alternam: um mesmo grupo pode passar de um ‘estado’ de grupo sujeito, autônomo, para um ‘estado’ de grupo sujeitado, portanto heterônomo.

Essa “movimentação” pode ser vista ao longo dessa história e certamente continuará fazendo parte dos cenários onde estão mergulhadas as pessoas que trabalham por um SUS melhor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho desarticulado entre os técnicos do nível central da Secretaria de Saúde, as equipes de assistência das Unidades Básicas de Saúde, incluindo nestes grupos os próprios coordenadores e outras Diretorias de Área, sempre foi, de forma geral, um problema visto e sentido por todos que vivenciam o trabalho em saúde no município de Sorocaba. Da mesma maneira, também são reconhecidas as inúmeras tentativas de superá-lo, assim como a busca de dispositivos de sustentação dessa aproximação entre essas instâncias, quando aconteceram de forma mais significativa.

Nos anos iniciais deste estudo, de 1999 a 2004, observa-se uma maior aproximação do secretário de saúde na formulação das diretrizes de saúde, haja vista a realização do Curso de Capacitação para Gerentes das Unidades Básicas de Saúde. No meu ponto de vista, este foi o *marco fundador da Atenção Básica no município de Sorocaba/SP*.

Em 2005, com a eleição do mesmo secretário de saúde para o cargo de prefeito municipal, uma grande expectativa surgiu entre os técnicos e trabalhadores da SMS. Vislumbrávamos a realização de projetos que não se implementaram anteriormente, justificados pela falta de apoio político na área da saúde. Após sua posse, com o passar dos meses, dos anos, o aporte adicional de recursos ou investimentos no desenvolvimento da gestão e da assistência não veio, trazendo uma grande frustração para aqueles que sonharam com tempos melhores.

Apesar disso, o compromisso das equipes técnicas e dos diretores da DAAES com a melhoria dos serviços de saúde prevaleceu. Lançando mão da criatividade, do “consolo mútuo”, da solidariedade, diretores e técnicos da SMS desenvolveram diversas medidas organizacionais e estratégias educativas com a finalidade de reafirmar a Atenção Básica como orientadora do modelo de atenção à saúde.

Diversos planos de formação de coordenadores foram idealizados e executados pelo grupo de técnicos da gestão central. Fazia-se um hibridismo de modalidades educativas, misturando metodologias mais tradicionais, com outras mais construtivistas, ora mais participativas, ora mais autoritárias. Nota-se que, para além da adequação dos métodos, as diversas tentativas de aprimoramento das práticas gestoras foram aos poucos incorporando valores organizativos nos *sujeitos da instituição DAAES*. Muitos destes princípios orientadores do SUS atravessaram “gerações de coordenações” e se mostram, ainda, contemporâneos.

Nos cinco primeiros anos do estudo, verificamos que as reuniões entre os técnicos da SMS e os coordenadores das UBSs aconteciam de maneira esparsa e tratavam de assuntos mais pontuais. Já as reuniões dos técnicos do nível central eram fixas e ocorreram até meados de 2012. A partir de 2007, as reuniões junto aos coordenadores foram ganhando sistematização e fomentando a apropriação da responsabilidade sanitária inerente a este cargo de gestão.

A meu ver, a partir de 2010, os Colegiados de Gestão foram o movimento instituinte que mais corroborou para uma aproximação mais sustentável entre os dois níveis de gestão: a central e a local.

As reuniões dos Colegiados de Gestão Leste e Centro Sul tiveram a finalidade de dar continuidade ao processo de institucionalização fundadora da Atenção Básica. Para dar conta do novo formato de apoio aos coordenadores, as apoiadoras reconheciam a necessidade de criar um repertório variado de instrumentos e estratégias de trabalho que contribuíssem para uma melhor formação de gestores locais, e de suas próprias. Buscaram diferentes dispositivos para a ampliação do entendimento sobre o SUS, o aumento da capacidade de intervenção e da autonomia do grupo para a instituição de práticas transformadoras.

Conforme podemos constatar por meio dos registros em Ata e das entrevistas dos diretores da DAAES e coordenadores, esses encontros atuaram como espaços permanentes de diálogo entre os dois níveis de gestão, oportunizando a criação compartilhada de estratégias para a qualificação dos modelos de gestão e cuidado à saúde.

Os conceitos e atividades desenvolvidas a partir dessas reuniões trataram de assuntos relevantes para a Saúde Coletiva, como a atualização do diagnóstico de saúde, a identificação das necessidades de saúde da população, planejamento e implementação de novos processos de trabalho, gestão das ações de saúde, fomento ao trabalho em equipe e desenvolvimento da participação popular.

As reiteradas tentativas de estudos sobre o SUS e a convicção do grupo sobre a relevância de discutirmos suas diretrizes norteadoras estabeleceram uma nova relação entre teoria e prática. Essa iniciativa contribuiu para a formação de uma gestão local mais coerente com as propostas da Atenção Básica.

A continuidade das reuniões e o envolvimento dos coordenadores na programação e avaliação sistemática dos trabalhos permitiram a construção de uma “identidade coletiva” e de um compromisso com a melhoria dos serviços de saúde. De alguma maneira, essas reuniões conseguiram construir uma relação entre os coordenadores e apoiadoras que produziram um “projeto comum”, criando um espírito de equipe, de pertencimento, de apoio. A rede de contatos que surgiu entre os próprios coordenadores atuou como um fator de proteção para as adversidades do dia a dia. Evitou desgastes desnecessários para a abordagem dos problemas, favorecidos pela troca de experiências e tomada de decisões conjuntas.

Os efeitos produzidos por esses encontros levam a crer que a instituição da gestão participativa e a construção coletiva de arranjos organizacionais para as demandas cotidianas potencializam a inserção e o compromisso dos sujeitos na produção de saúde.

Ao longo dos dois anos dos Colegiados Leste e Centro Sul, foi possível perceber o nascimento de um grupo sujeito, protagonista de diversas ações que, de alguma maneira, contribuíram para a organização sistêmica de processos de trabalho que transcenderam os limites geográficos desses Colegiados.

Essas são algumas situações que me fazem pensar que as reuniões dos CGs Leste e Centro Sul, além de atuarem como um espaço de qualificação permanente da gestão local, atenderam algumas das necessidades práticas e subjetivas dos coordenadores e das apoiadoras.

Ao longo da pesquisa, considero que se tornou mais evidente o fato de que esses espaços de cogestão e de práticas da Educação Permanente não poderiam, por si só, garantir a democratização da gestão e, tampouco, o fortalecimento dos sujeitos implicados na construção do SUS.

Assim como em qualquer outra instituição, dentre outras dimensões, as relações de poder sempre atravessaram as tomadas de decisão, a elaboração de projetos, de planos de desenvolvimento dos gestores da DAAES, enfim, muitas vezes os critérios de decisão político-partidário-humanos se sobrepuseram aos projetos técnicos “pró-SUS”.

De acordo com a análise realizada nessa pesquisa, relativa ao período de 1999 a 2009, a SMS teve uma equipe técnica central mais coesa, mais ativa, mais idealizadora, com projetos mais definidos, logo, mais sujeita. Nos dias de hoje, com a validação política

da regionalização da Secretaria de Saúde, ainda não há uma clareza sobre a direção que o sistema de saúde local está assumindo, até porque se trata de um processo em construção. Apesar de toda a atualização que a gestão central está promovendo nos serviços, nota-se um distanciamento entre os técnicos, os coordenadores e os Colegiados de Gestão. Esse afastamento entre os Colegiados, portanto, das pessoas que o compõem, já era sentido pelos coordenadores anteriormente. Sinceramente, espero que esta seja uma fase transitória do novo processo instituinte, cujo conhecimento parcial do projeto político, posto para o momento, tem me causado esta preocupação.

Mesmo diante de todas as intempéries que a SMS passou nos oito anos, acredito que a equipe da DAAES mostrou-se como um “sujeito coletivo”. E aí seria importante questionar: de que maneira poderíamos valorizar os Colegiados de Gestão como espaços mais autônomos, de relações mais horizontalizadas e, ao mesmo tempo, garantir espaços democráticos de discussão que se preocupem com o alinhamento do sistema de saúde como um todo?

Outro aspecto bastante inquietante é a contradição histórica entre o discurso do “desejo” de aumentar a autonomia dos coordenadores e a prática de regulá-la. Do meu ponto de vista, esta questão tem se mostrado bastante atual.

Então, parece que uma das conclusões dessa investigação aponta para uma crise, como exponho a seguir.

As reuniões dos Colegiados Leste e Centro Sul, sem dúvida, contribuíram para o fortalecimento dos coordenadores e apoiadores, atualizando-os em relação aos fundamentos organizativos do SUS, logo, aumentando a autonomia do grupo e tornando-os mais sujeitos. Porém, para a implementação de ações que avancem na organização do sistema, muitas vezes, as medidas necessárias não estão em pleno acordo com os propósitos da gestão, do governo instituído. Primeiro choque: política de governo versus política de Estado.

Segundo impasse: ao aumentar o grau de autonomia do grupo, o fato de vivenciar situações onde é preciso deixar certas ações em segundo plano, em nome dos projetos de governo, é muito mais doído, e até humilhante, do que o sujeitar-se à decisões autoritárias daqueles que estão alheios ao papel legítimo de um gestor. Então, até que ponto a autonomia deve ser construída?

Outro aspecto que precisa ser melhor debatido está relacionado às condições necessárias para que a EP se efetive. Embora esta estratégia tenha evidenciado seu potencial para a formação de sujeitos mais preparados para o trabalho na saúde, mostra-se altamente dependente de condições estruturais e decisões políticas para sua implementação. Sua execução está associada à formação e disponibilidade pessoal de gestores/líderes para “aprender a aprender, aprender a ensinar”, o que nem sempre é garantido nas diferentes pessoas que ocupam posições estratégicas no sistema público de saúde. Então, quais deveriam ser os critérios para a designação de gestores e apoiadores do SUS?

Outra medida necessária para a potencialização dos resultados da EP é a incorporação de seus pressupostos não só na realização de reuniões ou trabalhos educativos, mas, sim, no dia a dia do trabalho. Uma oportunidade para seu exercício está na revisão dos processos de trabalho, com o estímulo à criatividade das equipes para “descolá-la” do papel, ao recomporem os programas, as normas e as rotinas fundamentadas na busca pela integralidade do cuidado. Além das diversas formas de aplicação do conceito e a ousadia em suas “experimentações”, é preciso persistência e tempo para a observação de resultados.

Noto que, apesar de vivenciarmos um método diferente para “fazer reuniões” e presenciarmos alguns resultados das produções coletivas, não foi possível reproduzir isso com a mesma intensidade com as equipes locais. Algumas decisões da SMS influenciaram esse cenário, mas, em momentos mais oportunos, também não foram amplamente exploradas pelos coordenadores e apoiadoras.

Concluo esta pesquisa com muitas dúvidas e algumas convicções.

Algumas dúvidas: será que o dito popular “a diferença entre o remédio e o veneno é a dose” poderia ajudar a responder à questão sobre os limites para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos implicados na construção do SUS? Mas, sendo assim, a quem compete estabelecer a dose? Se a problematização, a construção coletiva, dentre outros pressupostos da EP, mostraram-se estratégias eficazes para o enfrentamento da adversidades do cotidiano, a construção ‘compromissos’ entre os participantes, por que os coordenadores não exploraram ou fizeram ajustes em suas rotinas para a aplicação da mesma metodologia na reorganização do trabalho de suas equipes? Se se reconhecia a importância da aproximação dos dois níveis de gestão, central e local, por que as visitas do

Núcleo Técnico, as participações nas Oficinas de Planejamento e afins não se intensificaram neste novo modelo de gestão?

Convicções: a Educação Permanente tem um forte potencial para transformar as práticas de gestão e cuidado e é muito mais um “modo de ser e fazer” o trabalho em saúde que uma teoria que possa ser utilizada em determinadas circunstâncias e para certas finalidades. Outras medidas precisam ser desencadeadas pela gestão central para que possa tornar-se um instrumento efetivo de reorganização dos processos, como a melhoria na infraestrutura dos serviços, adequação do quadro de profissionais, garantia de espaços de diálogos, e que envolvam gestores, trabalhadores e usuários e, principalmente, apresentem respostas para os problemas vivenciados pelas equipes. Então, para termos “bons resultados” com o exercício da EP, além das necessidades citadas, pressupõe-se a premência da instituição de uma política adequada para a gestão de pessoas e do trabalho no serviço de saúde municipal.

A partir desta viagem pelo tempo, através dos escritos e falas dos personagens desta história, e da necessidade de analisar a minha inserção como investigadora na área da Saúde Coletiva, confirmei que o exercício permanente da EP pode ser uma das ferramentas de proteção de princípios e valores nobres para o avanço do SUS. Pode contribuir para a constituição de sujeitos que, em momentos oportunos, atuarão pela defesa de modelos de atenção mais adequados para o atendimento das necessidades da população, preocupados com a humanização das relações interpessoais, e pelo resgate, sempre, da responsabilidade pela saúde coletiva.

Esta investigação proporcionou uma oportunidade de aproximação da gênese de muitos conceitos, práticas e costumes coetâneos, que têm suas raízes no passado e precisam ser postos em análise.

Esta tímida e parcial volta no tempo pode nos dar outra oportunidade: a de revermos aquilo que se mostra pertinente, justo e necessário para o futuro do sistema de saúde municipal.

Em todas as etapas da pesquisa, me vi implicada nas várias dimensões descritas por Barbier e por Lourau. Embora tenha vigiado para não ser acometida pela sobreimplicação, tenho dúvidas se sempre consegui esse equilíbrio ao longo de todo o estudo.

Vivo o trabalho muito intensamente e sempre estou movida pela razão, pela paixão, pela fúria, incentivando determinadas ações e estudando melhor outras, antes de embarcar nelas ou delas me retirar. Dessa maneira, pode ser que nem sempre consiga distinguir bem os cenários que vou percorrendo.

Assim, amei e odiei, estive junto e separada de muitos atores desta história, tão importantes para o que a Secretaria de Saúde é hoje. Embora nem sempre tenha estado de acordo com as posições assumidas, aprendi muito com todos eles. Nem sempre consigo definir o que aprendi dessa longa convivência com este grupo, do que obtive por meio dos estudos e das atualizações profissionais. Tem um pouco de cada um deles dentro de mim.

Por fim, espero que esta dissertação contribua para darmos visibilidade ao trabalho que a equipe da DAAES foi capaz de desenvolver na sua rede de serviços, à importância dos coordenadores das UBSs, e, ao mesmo tempo, oportunize reflexões sobre os aspectos que possam ter atrasado a melhoria do sistema de saúde.

Estou bastante orgulhosa de ter registrado uma parte da história de tudo que vivemos e, de alguma maneira, proteger nossas grandes produções por meio de seu registro.

Espero que estes achados inspirem novas experiências no desenvolvimento da gestão local, no exercício da Educação Permanente, no fortalecimento da Atenção Básica, e que suscitem novas pesquisas na área. E também que reafirmem a relevância do referencial da Análise Institucional para a análise de processos semelhantes aos resgatados nesta investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Título VIII-Da Ordem Social; Capítulo II- Da Seguridade Social; Seção II: Da Saúde; Art. 196; disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9, p. 39-58 – Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.888, 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)**. Acesso em 15 de janeiro de 2014, em <http://wwwbrasilus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BARBIER. O conceito de Implicação na Pesquisa-Ação em Ciências Humanas. In: Barbier R. **Pesquisa-Ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985, p.105-28.

BARBOSA, P. R. Qualificação de gestores do SUS. In: Gondim, R.; Grabois, V.; Mendes, W. (Orgs.). **Gestão em saúde: uma abordagem introdutória**. EAD/ENSP/ Rio de Janeiro, 2011, p.347-55.

BENJAMIN, W. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: BENJAMIN, W **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 197-221.

BONFADA, D. *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciências e Saúde Coletiva**. v.17, n.2, p. 555-60, 2012.

CARVALHO, Sérgio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se repensar a mudança da organização na saúde. **Tratado de Saúde Coletiva**, São Paulo e Rio de Janeiro, p. 837, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L.C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS**. Rev. de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14(1), p.41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.9, n.16, p.161-77, set. 2004.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos recursos humanos de saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. **Série Pacto pela Saúde**. v. 9, p-39-59. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

HAGUETE, T.M.F. **Metodologia qualitativa em sociologia**. 11.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

HESS, R.; SAVOYE, Antoine, **L'Analyse institutionnelle**, (Que sais-je) 2ª Ed, Paris, PUF, 1993, p. 54.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e a Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: v. 8, n.1, nov. 2003, p.265-74.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Educação em Saúde: um diálogo produtivo. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n.34, p.6-9, 2004a.

L'ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num Hospital Universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, H.B.C., ALTOÉ, S. (Orgs.) **Saúde e Loucura nº 8**. Análise Institucional. São Paulo: Hucitec, 2004b, 79-99.

L'ABBATE, S. "Intervenção e pesquisa qualitativa em Análise Institucional". In: BARROS, N.F.; CECATTI, J.G.; TURATO, E.R. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em Saúde**: múltiplos olhares. Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, Campinas-SP, 2005, p. 235-46.

L'ABBATE, S. **Direito à Saúde. Discursos e práticas na construção do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010

L'ABBATE, S. **Análise Institucional e Intervenção**: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v.8, n.1, p.194-219, 2012. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/mnemo/index.php/mnemo/article/view/483/800>

- L'ABBATE, S. Introdução: Análise Institucional e Saúde Coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L.C., PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 31-62.
- LOURAU, R. Analista em tempo integral. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau**. Analista Institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004. p.71-2.
- LOURAU, R. **A Análise Institucional**. 1.ed. Petrópolis: Vozes, 1975.
- LOURAU, R. **René Lourau na UERJ- 1993**. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro, Editora da UERJ, 1993.
- LOURAU, R. Grupos e Instituição. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau**. Analista Institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 176-85.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MONCEAU, G. Como as instituições permeiam as práticas profissionais. Socioclínica institucional e formação de professores. In: PIMENTA, S. G. ; FRANCO, M.A.S. (Orgs.) **Pesquisa em educação**. Possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação. v.1. São Paulo: Edições Loyola, 2008, p. 27-73.
- MOURA, A.H. O estabelecimento e a instituição. In: MOURA, A.H. **A psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003, p.28-40.
- PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, p.85, 2000.
- RANGEL, S.M.L. *et al.* Redes de Aprendizagem Colaborativa: contribuição da Educação a Distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de saúde – SUS. **Botucatu: Interface Comunicação, Saúde e Educação**, n.16(41), p. 545-56, jul. 2012.
- REIS, D. O; ARAÚJO, E. C; CECÍLIO, L.C. O. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. Acervo de Recursos Educacionais em Saúde. Unasus/Unifesp, p.5, set. 2012. Disponível em <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/168>
- SAVOYE, A. Análise Institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. **Mnemosine**. v.3, n.2, p.181-93, 2007. – Artigos Parte Especial.
- SÓL, N. A. A. **A medicina geral comunitária no brasil: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas. (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2011.
- SOROCABA. Prefeitura Municipal de Sorocaba. **Plano Municipal de Saúde de Sorocaba 2006/2009**. Sorocaba, 2007.

VIVOT, C.C; OSÓRIO, E.A.D. Educação permanente como dispositivo para a construção de redes de cuidado: o enfrentamento da dengue em Sorocaba (SP). In: L'ABBATE. S.; MOURÃO, L.C. & PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 412-41.

ANEXOS

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Projeto de mestrado intitulado “Análise Institucional e Política de Educação Permanente: ferramentas de gestão e consolidação do Sistema Único de Saúde no município de Sorocaba” é relativo à pesquisa desenvolvida pela mestranda Claudia Cristiane Vivot, sob orientação da Profa. Dra. Solange L’Abbate do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP e está de acordo com a resolução CNS 466/2012.

O objetivo da investigação é analisar as reuniões dos Colegiados de Gestão como espaço de formação permanente de gestores das Unidades Básicas de Saúde e implementação dos princípios organizativos da Atenção Primária em Saúde no município de Sorocaba.

Os instrumentos de coleta de informações desta pesquisa se constituem de entrevistas semiestruturadas, com a participação de Gestores das Unidades Básicas de Saúde dos Colegiados Leste e Centro Sul atuantes de junho de 2010 a dezembro de 2012 e Diretores de Área da Assistência e Educação em Saúde que desempenharam a função no período de 1998 a 2012, na Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba.

Eu, abaixo-assinado, declaro que, após ter sido informado (a) sobre os motivos, objetivos e procedimentos da pesquisa, estou ciente de que as entrevistas poderão ser gravadas e que tenho garantido o anonimato das minhas declarações e que estas serão utilizadas somente para fins acadêmicos. Estou ciente que minha participação na pesquisa não me proporcionará benefícios diretos e não há riscos previsíveis neste processo, no entanto, o pesquisador tomará medidas voltadas à prevenção de riscos e buscará evitar desconfortos durante os trabalhos, embora não haja previsibilidade da ocorrência destes.

Estou ciente de que tenho o direito de não participar ou me retirar da pesquisa em qualquer fase do seu desenvolvimento, sem que isso traga algum prejuízo ou constrangimento para mim. Estou ciente de que não terei nenhuma despesa financeira devido a minha participação, e que poderei pedir novos esclarecimentos, em qualquer

tempo, na realização da referente pesquisa. Assim, concordo, espontaneamente, em participar desta pesquisa, através da assinatura deste Termo, do qual ficarei com uma cópia.

Local:_____ data: __/__/__.

Nome do(a) participante da entrevista:_____

Autorizo que minha participação na entrevista seja gravada: [] SIM [] NÃO

Autorizo a utilização de minhas declarações na pesquisa:

(Assinatura)

Pesquisador responsável:

Quaisquer esclarecimentos, favor entrar em contato com Claudia Cristiane Vivot, telefone: (15) 99704-0236 e e-mail: cvivot@gmail.com ou com Profa. Dra. Solange L'Abbate, Departamento de Saúde Coletiva – FCM/UNICAMP-SP Fone: (19) 35218036.

Em caso de reclamações ou denúncias, favor entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 - Caixa Postal 6111 13083-887 Campinas –
SP - Fone (019) 3521-8936

ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS – COORDENADORES LOCAIS

1. Como foi sua experiência nas reuniões dos Colegiados?
2. Quais eram os objetivos dessas reuniões?
3. A seu ver, as reuniões conseguiram tratar dos assuntos mais relevantes para sua prática gestora? Caso não, o que faltou?
4. O fato de frequentar as reuniões mudou alguma coisa na sua prática gestora? O quê? Por quê? Como?
5. Quais os momentos/oportunidades nos quais você considerou ter sido melhor capacitado para a gestão? Daria para exemplificar qual ou quais deles atendeu/atenderam mais às necessidades do coordenador local? E por que isto ocorreu?
6. Quais os principais valores/princípios que eram trabalhados ao longo das reuniões de Colegiados? Por favor, poderia dar um exemplo?
7. Serviram para nortear sua prática? Se não, por quê?
8. Você costumava comentar sobre os “produtos” da reunião com sua equipe? Que tipo de informações/assuntos?
9. E o contrário? Você levava demandas da sua equipe para o grupo de gestores? Se não, por quê?
10. Utilizou algum recurso/dinâmica/estratégia usada nas reuniões de Colegiados junto à sua equipe? Em que momento?
11. Na sua prática gestora, o que você gostaria de mudar/transformar/avançar e não conseguiu? (Inovações/aperfeiçoamentos/eliminar práticas obsoletas)
12. Você considera que esta experiência com as reuniões de Colegiados prepararam os coordenadores para o projeto apresentado pelo Secretário de Saúde? Sim: Como? Se não, por quê?

ANEXO 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTAS – DIRETORES DE ÁREA DA ASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1. Qual o período em que ficou na Diretoria de Área?
2. Qual era o modelo de organização dos serviços naquela época? Como era organizado o território e as supervisões às Unidades Básicas de Saúde? Como era a integração das diversas Diretorias de Área para a construção dos planejamentos em saúde?
3. Como era a relação dos técnicos da SES com os coordenadores? Qual a periodicidade de reuniões e encontros neste período?
4. Como se dava o processo de formação dos coordenadores locais para a gestão? Quais as principais potencialidades e fragilidades dos modelos adotados? Foi possível constatar transformações nas práticas gestoras dos coordenadores locais?
5. Quais foram as principais contribuições e deficiências da sua gestão para reorientação do modelo de saúde do município?
6. O (a) senhor(a) gostaria de acrescentar mais alguma informação?

ANEXO 4 :BANNER DA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE

7ª Conferência Municipal de Saúde Sorocaba 2013

Gestão da Saúde Universal e Integral
com Equidade em Sorocaba

Regional de Saúde Sudeste (Centro-Sul e Leste)

Uma construção coletiva

Espaços permanentes de construção das políticas de saúde

- Reuniões das Colegiadas Centro-Sul e Leste: aperfeiçoamento da administração dos serviços de saúde entre coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e equipe da Regional Sudeste;
- Encontros trimestrais com os Conselhos Locais de Saúde: fortalecimento da participação popular para elaboração de estratégias baseadas nas necessidades em saúde;
- Oficinas de Planejamento nas UBSs: momentos de reorganização interna dos serviços;
- Encontros de equipes multiprofissionais das UBSs: preparação para períodos de alerta no enfrentamento da Dengue e discussão sobre mortalidade infantil;
- Encontro das Equipes Gestoras (coordenadores, trabalhadores e equipe da Regional Sudeste): descentralização das ações de saúde da criança, mulher, adulto, odontologia, saúde mental e Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Encontros trimestrais com todas as equipes de odontologia: integração e revisão da assistência odontológica;
- Reuniões de equipe de responsáveis técnicas da enfermagem: busca pela melhoria da cuidado oferecido às pessoas;
- Reuniões com a equipe da Regional Sudeste, ESF Sobá/UBS Barro Preto: implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);
- Reuniões com as instituições de ensino que utilizam as UBSs como campo de estágio: integração da ensino/serviço e gestão do plano de ação dos alunos.

Secretaria da
Saúde

ANEXO 5: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA ESF 1



DIAGNÓSTICO DE SAÚDE ESF APARECIDINHA

Um olhar dos usuários, trabalhadores e gestores sobre o território

Caminhos Percorridos

- ✓ Realização de pesquisas históricas pelos
- ✓ Registro de ocorrências de saúde.
- ✓ Encontros trimestrais dos conselhos locais;
- ✓ Reuniões de coordenadores e apoiadores da Regional Sudeste;

Caracterização da área geográfica



- ✓ 3ª maior área territorial da região leste;
- ✓ Área industrial, urbana e rural;
- ✓ Cortada por três rodovias;
- ✓ Problemas estruturais com ruas estreitas, sinalização precária e estradas de terra;
- ✓ Crescimento populacional expressivo e presença de muitos condomínios;
- ✓ Ausência de espaços de lazer;
- ✓ População: 10.570 habitantes;
- ✓ Predomínio de crianças, adolescentes e adultos jovens.

Principais causas de óbitos:

- ✓ Causas externas de morbidade e mortalidade;
- ✓ Doenças do aparelho circulatorio;
- ✓ Causas mal definidas;
- ✓ Doenças do aparelho respiratório;
- ✓ Neoplasias/tumores.

Principais demandas na UBS:

- ✓ Problemas respiratórios;
- ✓ Víruses;
- ✓ Causas externas (violência);
- ✓ Dengue;
- ✓ Influenza.

Principais necessidades apontadas

ACESSO:

- Melhorar horários dos ônibus, itinerários e pontos;
- Melhorias nas estradas de terra;
- Sinalização;
- Ampliar acesso à água e esgoto encanados;
- Adequação de planta física da unidade;
- Falta de vagas nos agendamentos internos, externos e de exames;
- Aprimoramento do sistema de informação e internet.

VÍNCULO:

- Ampliação do quadro de RH e equipe multiprofissional;
- Seleção e integração específica de Saúde para novas profissionais;
- Garantir atualização profissional;
- Reduzir a rotatividade do quadro de servidores;
- Humanizar o atendimento;

INTERSETORIALIDADE:

- Expandir a cobertura da estratégia saúde da família para toda a área de abrangência;
- Policiamento para aumentar a segurança;
- Criar vagas em creches e escolas de fácil acesso;
- Criar áreas de lazer;
- Espaço próprio para velódromo;
- Incentivar a participação da população nos trabalhos educativos;
- Rever o grade de medicamentos e facilitar o acesso aos mesmos;
- Ampliar a oferta de tratamento para usuários de drogas lícitas e ilícitas e seus familiares;
- Criar serviços como Correio, Agências Bancárias, entre outros;
- Diminuir a sobrecarga de atividade do coordenador da UBS.

Quais os problemas que mais afetam a saúde da população?

ANEXO 6: : DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA ESF 2

Diagnóstico de Saúde ESF Sabiá

Um olhar dos usuários, trabalhadores e gestores sobre o território

Caminhos percorridos:

Reunião de Conselheiros trimestrais, reunião do Conselho Local de Saúde, aplicação de questionários pelos ACS e reuniões de Coordenadores e apoiadores da Regional Sudeste.

Caracterização da área geográfica

É uma área urbana e periférica (entre a Rodovia Raposo Tavares e a cidade de Votorantim).

Apresenta uma topografia bastante acidentada e com locais de difícil acesso. Os bairros foram formados sem planejamento, por este motivo apresentam problemas estruturais como ruas estreitas e vielas.

População: 7.878 habitantes

Predomínio de adultos jovens (25 à 39 anos)



Principais causas de óbitos:

- Causas mal definidas
- Doenças do aparelhos circulatório
- Doenças do aparelho respiratório
- Neoplasias (tumores)
- Causas externas de morbidade e mortalidade

Principais patologias atendidas na Unidade:

- Doenças Respiratórias
- Doenças Cardiovasculares
- Dengue, 40 casos em nossa área de abrangência o maior índice de nossa Regional.

Principais necessidades apontadas por usuários, trabalhadores e gestores

- Melhorar o acesso da população dos Morros ao Centro de Saúde, manutenção das calçadas, adequação da planta física da Unidade, vagas no agendamento de consultas e exames interno e externo, aprimoramento do sistema de informação e internet.
- Ampliação do quadro de recursos humanos e equipe multidisciplinar, integração específica da área da saúde dos novos funcionários, garantir tempo para atualização profissional, reduzir a rotatividade dos servidores, diminuir a sobrecarga das atividades do coordenador da Unidade.
- Educação em saúde para a população, aumentar a segurança, criar vagas em creches, manutenção e criação de área de lazer, espaço apropriado para descarte de entulhos e outros objetos sem uso, ausência de um CRAS, rever a grade de medicamento disponíveis e melhor o acesso dos psicotrópicos, ampliar a oferta de tratamentos para os usuários e familiares dependente de drogas lícitas e ilícitas.

Quais os problemas que mais afetam a saúde da população?

ANEXO 7: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 3


Prefeitura de SOROCABA
SOROCABA SP 13506-907

CARACTERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BARCELONA

Caminhos e parceiros:

- ✓ Reuniões do conselho local de saúde;
- ✓ Reuniões de coordenadores e apoiadores da Regional Sudeste;
- ✓ Encontros trimestrais de conselheiros locais;
- ✓ Aplicação de questionários com conselheiros, usuários e trabalhadores.

Território:



Nossa localização

- ✓ Área com topografia irregular, compostas por aclives, com algumas áreas planas e pouca arborização;
- ✓ Totalmente urbanizada, presença de comércio, cortada pela linha férrea e delimitada pelo Rio Sorocaba, Rodovia Raposo Tavares e Av. Cel. Nogueira Paólha;
- ✓ Presença do córrego Vila Barcelona;
- ✓ Área de vulnerabilidade com ruas e terrenos estreitos, construções desalinhadas e, por vezes, irregulares;
- ✓ Presença de calçadas irregulares, ou mesmo ausência das mesmas;
- ✓ Locais de lazer: Parque das Espanhóis e Clube Atlético Barcelona;
- ✓ Fluxo intenso de veículos;
- ✓ População: 10.949 habitantes;
- ✓ Possui um número de 78 acamadas;
- ✓ Predomínio de adultos e idosos;
- ✓ Presença de grande número de ferros velhos.

Demandas da UBS:

- ✓ Problemas Respiratórios;
- ✓ Cardiovasculares (hipertensão);
- ✓ Endócrinas (diabetes).

Principais causas de morte:

- ✓ Doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas mal definidas; aparelho respiratório, doenças endócrinas.

PRINCIPAIS NECESSIDADES APONTADAS

- ✓ Adequação da planta física da unidade;
- ✓ Manutenção das calçadas e ruas;
- ✓ Rever grade de medicamentos e facilitar o acesso aos mesmos;
- ✓ Falta de vagas no agendamento de consultas médicas: interno, externo e exames;
- ✓ Aprimoramento no sistema de informação e internet;
- ✓ Ampliar a oferta de tratamento para usuários e familiares de drogas lícitas e ilícitas;
- ✓ Ampliação do quadro de pessoal de recursos humanos e equipe multidisciplinar;
- ✓ Integração específica da saúde para novos funcionários;
- ✓ Garantir a atualização profissional;
- ✓ Humanizar o atendimento;
- ✓ Diminuir a sobrecarga das atividades do coordenador da UBS;
- ✓ Reduzir a rotatividade do quadro de servidores;
- ✓ Policiamento para aumentar a segurança do bairro;
- ✓ Manutenção da rede elétrica;
- ✓ Incentivar a participação dos usuários nos trabalhos educativos;
- ✓ Limpar e tratar o esgoto antes de ser direcionado aos córregos;
- ✓ Presença de odor fétido no bairro Parada do Alto decorrente do tratamento de esgoto.

**Quais os problemas que mais afetam a saúde da população?
E quais as suas propostas para a melhoria da nossa saúde?**

ANEXO 8: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 4

Caracterização e necessidades apontadas na Unidade Básica de Saúde Vila Hortência e sua área de abrangência conselheiros, coordenador, servidores, usuários e estagiários

Território e População



- Pequena extensão territorial da região Centro-Sul;
- Grande densidade populacional;
- Área urbana com grande número de residências e de comércios;
- Fácil acesso pela Rodovia Raposo Tavares;
- Ao lado do Parque Zoológico “Quinzinho de Barros”;
- Próximo à Unidade Pré-Hospitalar da Zona Leste;
- **20.204 habitantes** nesta área com predomínio de adultos e idosos.

Necessidades

- Ponto de ônibus na frente da unidade;
- Revisão dos itinerários dos ônibus;
- Ampliação do quadro de recursos humanos e equipe multidisciplinar;
- Seleção e integração específica da área da saúde dos novos funcionários ;
- Prever tempo para atualização profissional;
- Reduzir a rotatividade dos servidores;
- Diminuir a sobrecarga das atividades do coordenador da Unidade;
- Educação em saúde para a população;
- Aumentar a segurança para as UBS;
- Criar vagas em creches;
- Manutenção e criação de área de lazer;
- Espaço apropriado para descarte de entulhos e outros objetos sem uso;
- Criação de CRAS;
- Rever a grade de medicamento disponíveis e melhorar o acesso aos psicotrópicos;
- Ampliar a oferta de tratamentos para os usuários e familiares dependente de drogas lícitas e ilícitas.

Principais demanda da unidade e indicadores de saúde

Média de Óbitos (últimos 7 anos) – 147 pessoas;

- Doenças Circulatórias (Hipertensão e Cardiopatia) - Média de Óbitos (últimos 7 anos) – 38 pessoas;
- Neoplasias - Média de Óbitos (últimos 7 anos) – 26 pessoas;
- Doenças Respiratórias - Média de Óbitos (últimos 7 anos) – 19 pessoas;
- Doenças Endócrinas (Diabetes) - Média de Óbitos (últimos 7 anos) – 8 pessoas;
- Externas (Droga e Violência) - Média de Óbitos (últimos 7 anos) – 8 pessoas.

ANEXO 9: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 5



DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Centro de Saúde Brigadeiro Tobias

Um olhar dos usuários, trabalhadores e gestores sobre o Território

Caminhos Percorridos

- ✓ Encontros trimestrais aos conselheiros locais;
- ✓ Reuniões de equipe;

- ✓ Reuniões do conselho local;
- ✓ Reuniões de coordenadores e apoiadores da Regional Sudeste;

- ✓ Aplicação dos Questionários pelos membros do conselho local e funcionários da UBS.

Caracterização da área geográfica



- ✓ Predomínio de área rural;
- ✓ Cortada por três rodovias;
- ✓ Problemas estruturais como: saneamento básico, coleta de lixo e distribuição de rede de energia insuficientes;
- ✓ Estradas mal cuidadas e muitas áreas sem asfalto;
- ✓ Ausência de espaço para cultura e lazer;
- ✓ População: 13.931 habitantes;
- ✓ Predomínio de crianças, adolescentes e adultos.

Principais Demandas na UBS:

- ✓ Problemas Respiratórios;
- ✓ Víruses;
- ✓ Causas externas (violência);
- ✓ Dengue;
- ✓ Influenza.

Principais causas de óbitos:

- ✓ Doenças do aparelho circulatório;
- ✓ Causas mal definidas;
- ✓ Neoplasia/tumores;
- ✓ Causas externas de morbidade e mortalidade;
- ✓ Doenças pulmonares.

Principais necessidades apontadas

ACESSO:

- ✓ Diminuição de intervalos entre os ônibus, melhoria e ampliação do itinerário;
- ✓ Melhorias nas estradas de terra;
- ✓ Ampliar acesso a água e esgoto encanados;
- ✓ Adequação de planta física da unidade;
- ✓ Falta de vagas nos agendamentos de consultas internas, externas e de exames;
- ✓ Aprimoramento do sistema de informação e internet.

VÍNCULO:

- ✓ Ampliação do quadro de RH e equipe multiprofissional.
- ✓ Seleção e integração específica da Saúde para novas profissionais:

- ✓ Garantir atualização profissional;
- ✓ Humanizar o atendimento,

INTERSETORIALIDADE:

- ✓ Policiamento para aumentar a segurança;
- ✓ Criar vagas em creches e escolas, de fácil acesso;
- ✓ Criar áreas de lazer;
- ✓ Incentivar a participação da população nos trabalhos educativos;
- ✓ Ampliar a oferta de tratamento para usuários de drogas ilícitas e ilícitas e para seus familiares;
- ✓ Criar algum tipo de parceria entre empresas para reintegrar pessoas ao mercado de trabalho;
- ✓ Diminuir a sobrecarga de atividade do coordenador da UBS.

Quais os problemas que mais afetam a saúde da população?

ANEXO 10: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 6

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VILA HARO Um olhar dos usuários, trabalhadores e gestores sobre o território

Canais percorridos:

- ✓ Encontros trimestrais dos Conselheiros Locais
- ✓ Aplicação dos questionários pelos conselheiros locais
- ✓ Reuniões do Conselho Local de Saúde
- ✓ Reuniões de coordenadores e apoiadores da Regional Sudeste.

Caracterização da área geográfica



- ✓ Maior extensão territorial do Colegiado I este (10,95km²)
- ✓ Área totalmente urbanizada com a presença de comércio, importantes avenidas e acesso a Rodovia Reposo Tavares
- ✓ Presença de córregos
- ✓ Presença de condomínios residenciais
- ✓ População: 31.505 (IBGE, 2013)
- ✓ Acamadas: 65
- ✓ Predomínio da população de adultos e idosos
- ✓ Próximo à Santa Casa de Misericórdia da Sorocaba

Principais demandas da UBS:

- ✓ Problemas respiratórios
- ✓ Doenças cardiovasculares (hipertensão e cardiopatias)
- ✓ Doenças endócrinas (diabetes)
- ✓ Doença mental
- ✓ Dengue

Principais causas de óbitos:

- ✓ Doenças do aparelho circulatório
- ✓ Neoplasias
- ✓ Doenças do aparelho respiratório
- ✓ Causas mal definidas
- ✓ Causas externas de morbidade e mortalidade

Principais necessidades apontadas por usuários, trabalhadores e gestores

- ✓ Organização do fluxo interno e externo
- ✓ Manutenção do calçamento, ruas e asfalto
- ✓ Revisão dos itinerários de transporte coletivo
- ✓ Vagas no agendamento de consultas e exames internos e externos
- ✓ Aprimoramento do sistema de banco de dados (SIS) e de internet
- ✓ Manutenção da rede de saneamento
- ✓ Ampliação do quadro funcional, RH e de equipe multidisciplinar
- ✓ Integração específica de saúde para novos funcionários
- ✓ Criação de especialização profissional para o serviço
- ✓ Humanização e atendimento
- ✓ Diminuir a sobrecarga das atividades de gerenciamento de UBS
- ✓ Reduzir a rotatividade do quadro de servidores
- ✓ Aumento da fiscalização policial para maior segurança no trânsito
- ✓ Criação e vagas nas creches e escolas
- ✓ Criação e realização manutenção de áreas de lazer
- ✓ Incentivo e participação dos municípios nos trabalhos educativos
- ✓ Melhorar a grade de medicamentos oferecidos e facilitar o acesso
- ✓ Ampliar a oferta de tratamento para usuários e familiares de dependentes químicos
- ✓ Limpar e tratar o esgoto antes de ser encaminhado aos córregos

Quais os problemas que mais afetam a saúde da população?

ANEXO 11: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA ESF 7



DIAGNÓSTICO DE SAÚDE UBS ÉDEN



Um olhar dos Usuários, Trabalhadores e Gestores sobre o Território Caminhos e Parceiros

- Encontros Trimestrais dos Conselheiros locais;
- Reuniões do Conselho Local;
- Reuniões de Equipe;
- Aplicação dos Questionários;
- Reuniões de Coordenadores e Apoiadores da Regional Sudeste;
- Grupo de Caminhada.

Caracterização da Área Geográfica



- População: 23.120 habitantes.
- Predomínio de jovens e adultos.
- Grande extensão territorial urbana e rural com zona industrial.
- Distante do centro da cidade.
- Cortada por rio.

PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS:

- Doenças do aparelho circulatório;
- Causas mal definidas;
- Neoplasias (tumores).

PRINCIPAIS DEMANDAS NA UBS:

- Problemas Respiratórios; Víruses; Dengue;
- Causas Externas (violência); Influenza.

Principais necessidades apontadas por usuários, trabalhadores e gestores

ACESSO:

- Trajeto de ônibus que não contemplam as necessidades dos munícipes;
- Falta de vagas nos agendamentos internos, externos e de exames;
- Ampliar acesso de água e esgoto encanado;
- Aprimoramento no sistema de internet;
- Necessidade de asfalto;

VÍNCULO:

- Ampliação do quadro de RH e equipe multiprofissional;
- Necessidade de garantia de tempo e espaço para educação profissional;
- Reduzir a rotatividade do quadro de servidores;
- Integração específica da Saúde para novos profissionais;

INTERSETORIALIDADE:

- Policimento para aumentar a segurança;
- Criar vagas em creche e escolas de fácil acesso;
- Criar área de lazer;
- Espaço próprio para velório;
- Incentivar a participação do munícipe nos trabalhos educativos;
- Rever a grade de medicamentos e facilitar o acesso aos mesmos;
- Tratamento para usuário de drogas lícitas e ilícitas e de seus familiares;
- Diminuir a sobrecarga de atividade do Coordenador da UBS.

Quais os Problemas que mais afetam a Saúde da População?

ANEXO 12: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 8

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE: UBS Santana Um olhar dos usuários, trabalhadores e gestores sobre o território

Caminhos Percorridos

- ✓ Encontros trimestrais dos Conselheiros Locais
- ✓ Reuniões do Conselho Local
- ✓ Reuniões de equipe
- ✓ Aplicação de questionário com a população
- ✓ Reuniões de coordenadores e apoiadores da Regional Sudeste



Área Geográfica

- ✓ 2ª menor extensão territorial
- ✓ Grande densidade populacional
- ✓ Área urbana com predomínio de comércio
- ✓ Fluxo importante de pessoas para trabalhar e estudar
- ✓ Alta concentração de veículos
- ✓ População: 21.470
- ✓ Predomínio de adultos e idosos
- ✓ Acamados: 72

Principais Causas de Óbitos

- 1) Doenças do aparelho circulatório
- 2) Neoplasias (tumores)
- 3) Causas mal definidas
- 4) Doenças do aparelho respiratório
- 5) Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas

Principais Demandas da UBS

- ✓ Doenças Respiratórias
- ✓ Doenças Cardiovasculares (Hipertensão e Cardiopatia)
- ✓ Doenças Endócrinas (Diabetes)
- ✓ Doença Mental
- ✓ Externas (Droga e Violência)

Principais Necessidades Apontadas por Usuários, Trabalhadores e Gestores

- ✓ Acesso: fluxo intenso de veículos; irregularidade das calçadas, ruas e avenidas; necessidade iluminação pública; falta de itinerários de ônibus em frente aos serviços de saúde; falta de vagas de exames e consultas (internas e externas); dificuldade no sistema de informação e internet.
- ✓ Vínculo: déficit no quadro de recursos humanos e equipe multidisciplinar; falta de integração/capacitação na área da saúde para novos funcionários; alta rotatividade do quadro de servidores; falta de atendimento humanizado; sobrecarga de atividades do coordenador da unidade, dificultando ações de melhoria para promoção à saúde.
- ✓ Falta de segurança.
- ✓ Necessidade de área de lazer para idoso.
- ✓ Necessidade de rever a grade de medicamentos e fornecimento.
- ✓ Necessidade de ampliar a oferta de tratamento para usuários e familiares de drogas.
- ✓ Estrutura física inadequada.

Quais os problemas que mais afetam a saúde da população?

ANEXO 13: DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA UBS 9



DIAGNÓSTICO DE SAÚDE UBS CAJURU



Um olhar dos usuários, trabalhadores e gestores sobre o território

Caminhos percorridos:

- ✓ Encontros trimestrais dos Conselhos Locais
- ✓ Reuniões de Equipe
- ✓ Reuniões do Conselho Local
- ✓ Reuniões de Coordenadores e Apoiadores da Regional Leste
- ✓ Aplicação dos questionários pelos Conselheiros Locais e Território Jovem

Caracterização da área geográfica



- ✓ Área industrial, urbana e rural
- ✓ Cortada pela Rodovia Castelo Branco
- ✓ Crescimento populacional expressivo
- ✓ Predomínio de crianças, adolescentes e adultos jovens
- ✓ Grande extensão territorial
- ✓ Distante da região central, com áreas de difícil acesso
- ✓ Limite de município com a cidade de Itu, sendo rota alternativa do pedágio
- ✓ Problemas estruturais com sinalização precária, trânsito pesado e estradas de terra
- ✓ Área rural extensa, com grande número de chácaras e sítios

Principais demandas na UBS:

- Problemas respiratórios
- Víruses
- Causas externas (violência)
- Dengue
- Influenza
- Saúde Mental

Principais causas de óbitos:

- ✓ Doenças do aparelho circulatório
- ✓ Causas mal definidas
- ✓ Causas externas de morbidade e mortalidade (violência)
- ✓ Neoplasias (tumores)
- ✓ Doenças do aparelho respiratório

Principais necessidades apontadas

- ✓ **ACESSO:**
 - Rever horários/itinerários de ônibus que não contemplam necessidades dos usuários
 - Melhorias nas estradas de terra
 - Sinalização
 - Mais vagas nos agendamentos internos/externos/exames
 - Aprimoramento do sistema de informação e internet
 - Assistência em saúde mental no bairro
 - Acessibilidade para portadores de necessidades especiais
- ✓ **VÍNCULO:**
 - Ampliação do quadro de RH e equipe multiprofissional
 - Seleção e integração específica da Saúde para novos profissionais
 - Garantir atualização profissional
 - Humanizar o atendimento
- ✓ **INTERSETORIALIDADE:**
 - Policiamento para aumentar a segurança
 - Vagas em creches/escolas/educação especial, de fácil acesso
 - Criar novas áreas de lazer e revitalizar as existentes
 - Incentivar a participação popular nos trabalhos educativos
 - Rever a grade de medicamentos e facilitar seu acesso
 - Maior oferta de tratamento para usuários de drogas
 - Criar serviços como Correio, agências bancárias, entre outros
 - Diminuir a sobrecarga de atividade do Coordenador da UBS
 - Melhorar coleta de lixo e implantar coleta seletiva
 - Criação de ensino supletivo para 3ª idade, cursos profissionalizantes e UNIT no bairro
 - Serviço de Referência em Assistência Social
 - PA 24 horas
 - Conservação e limpeza de terrenos baldios

Quais os problemas que mais afetam a saúde da população?

