

APARECIDA LINHARES PIMENTA

SAÚDE DE AMPARO:
a construção de espaços coletivos de gestão

CAMPINAS

2006

APARECIDA LINHARES PIMENTA

**SAÚDE DE AMPARO:
a construção de espaços coletivos de gestão**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do Título de
Doutor em Saúde Coletiva, área de concentração
Saúde Coletiva*

ORIENTADOR: PROF. DR. EMERSON ELIAS MERHY

CAMPINAS

2006

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

P649s	Pimenta, Aparecida Linhares Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão / Aparecida Linhares Pimenta. Campinas, SP: [s.n.], 2006. Orientador: Emerson Elias Merhy Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Municípios. 2. Gestão. 3. Grupo focal. I. Merhy, Emerson Elias. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.
-------	--

**Título em inglês: The public health in Amparo: the process of building of
management collective space**

Keywords: • Municipalities

- Management
- focal group

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutorado em Saúde Coletiva

Banca examinadora: Prof Dr Emerson Elias Merhy

Prof Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Prof. Dra. Silvia Maria Santiago

Prof Dr Sérgio Rezende Carvalho

Prof. Dra. Ângela Capazzollo

Data da defesa: 18-12-2006

Banca examinadora da Tese de Doutorado

Orientador:

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

2. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

3. Prof^a. Dr^a. Silvia Maria Santiago

4. Prof. Dr. Sérgio Rezende Carvalho

5. Prof^a. Dr^a. Ângela Capazzollo

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

Data: 18/12/2006

Aluna: Aparecida Linhares Pimenta

Orientador: Emerson Elias Merhy

Banca Examinadora:

Prof. Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Profa. Dra. Silvia Maria Santiago

Profa. Dr Sérgio Rezende Carvalho

Profa. Dra. Ângela Capazzollo

Campinas, 18/12/2006

Ao Emerson, meu mestre há muitos anos, e orientador nesta investigação, sempre tão preciso nas suas orientações, e tão generoso na relação com seus “alunos”.

À Leo, do Departamento de Medicina Preventiva, pelas repostas sempre prontas.

Ao Luiz Cecílio e à Ângela Capazzolillo pelas contribuições na minha qualificação.

Aos meus amigos de Bauru, especialmente a Aida; de Santos, especialmente a Lídia, o Elci e o Cláudio; de Chapecó, especialmente a Rita, e de Amparo, especialmente a Elisa e a Nana, a todos pelo afeto e pela militância compartilhada nos difíceis e tortuosos caminhos do SUS.

À Dionísia e à Fátima, amigas da equipe central das Secretarias de Bauru, de Santos e de Amparo (também de Chapecó, no caso da Fátima), por tudo que vivemos juntas nestes quase 20 anos de trabalho na gestão municipal da Saúde.

Aos trabalhadores e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo que participaram das sessões dos Grupos Focais e permitiram, através de suas falas, que eu enxergasse coisas que estavam ocultas.

À Nayara e a Carla pela ajuda na realização dos Grupos Focais.

À Terêzia pela correção da Tese, e à Valéria pela revisão no “Abstract”.

Aos meus irmãos, e em particular à Neuza, pelo afeto e apoio sempre.

Ao Nagao, pelo amor, pelo carinho, pelo apoio incondicional, e pela paciência oriental com que sempre me ajudou nos momentos mais críticos que enfrentei durante esta investigação.

Às minhas filhas Carolina e Mariana, pelo carinho e paciência; e à Carolina pela ajuda efetiva em vários momentos durante a elaboração desta Tese.

*Quem não semear
Não vai colher
Ai de quem é um e nunca será dois
Por não saber*

*Quem irá me valer?
São pessoas, é a caminhada
Quem irá me valer?
São meus sonhos no pó da estrada*

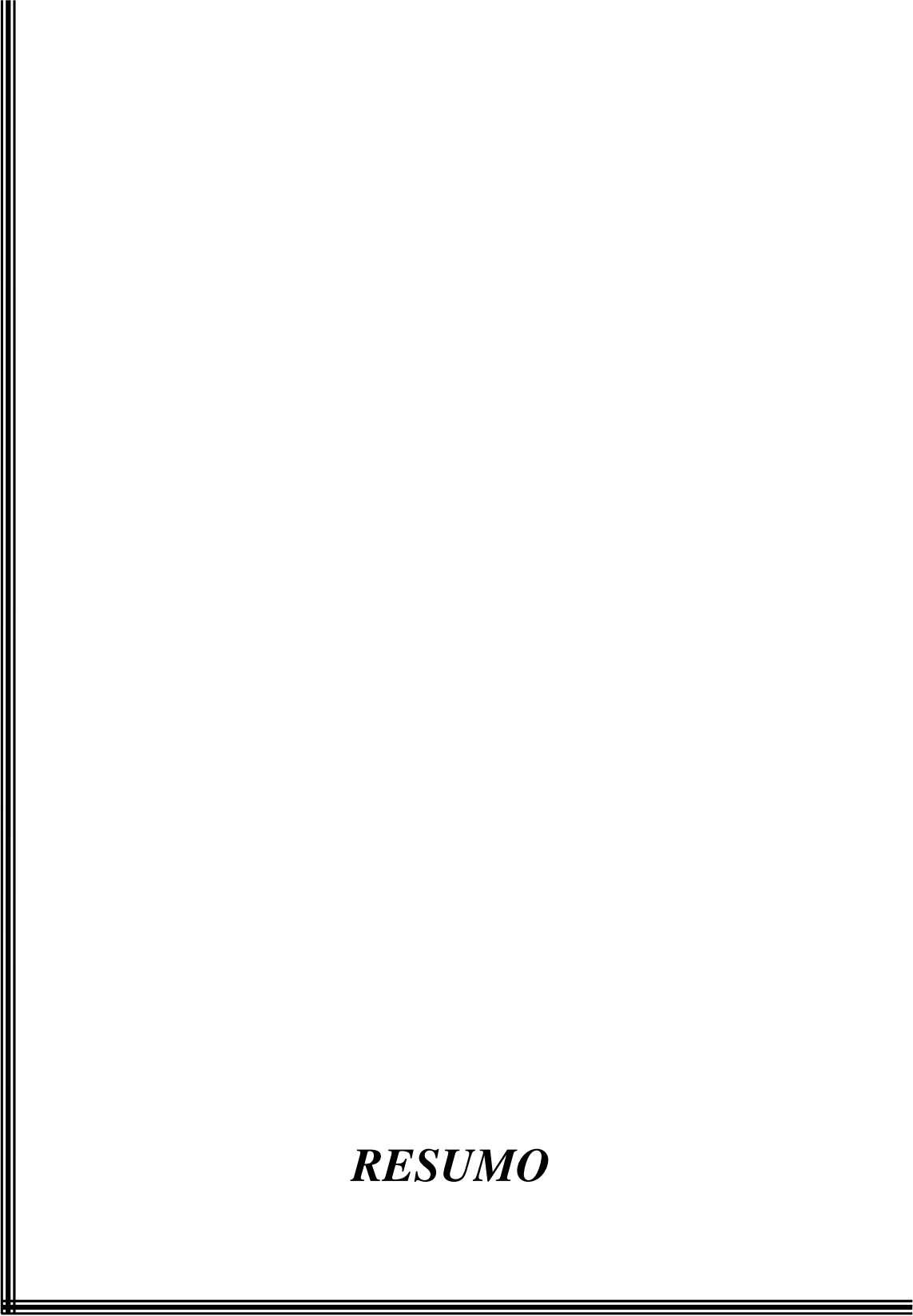
*Quem irá me valer?
É o sorriso que guardo comigo
Quem irá me valer?
É o segredo de fazer amigos*

Milton Nascimento e Fernando Brant

	<i>Pág.</i>
RESUMO.....	<i>xvii</i>
ABSTRACT.....	<i>xxi</i>
1- APRESENTAÇÃO.....	25
2- A CONSTRUÇÃO DO SUS ANALISADA A PARTIR DE UM GESTOR MUNICIPAL.....	33
3- METODOLOGIA.....	91
4- CARACTERÍSTICAS DO MODELO TECNOASSISTENCIAL DEFESA DA VIDA.....	101
5- GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO.....	111
6- A FORMAÇÃO DE UM GESTOR DA SAÚDE EM MUNICÍPIOS.....	129
6.1- Bauru de 1985 a 1990.....	131
6.2- Gestão de saúde em Santos de 1991 a 1996.....	150
6.3- Saúde em Chapecó.....	156
7- O CONTEXTO DA SAÚDE EM AMPARO NO PERÍODO DE 1986 A 2000.....	161
8- IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE AMPARO DE 1995 A 2000.....	167
9- A CONSTRUÇÃO DA EQUIPE CENTRAL: a visão de um ator político implicado.....	189
10- A GESTÃO EM AMPARO NA VISÃO DA EQUIPE CENTRAL.....	215
10.1- O saber fazer da equipe central da saúde de Amparo.....	218

10.2- “Em Amparo estamos construindo o SUS”: a visão dos gestores da equipe central.....	225
10.3- As dificuldades para instituir outros modos de produzir o cuidado: a força do modelo médico hegemônico.....	231
10.4- A tensão constitutiva do coletivo dirigente.....	234
11- O COLEGIADO DE COORDENADORES DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	255
12- A GESTÃO DA SAÚDE EM AMPARO NA VISÃO DOS COORDENADORES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	281
12.1- As equipes de saúde da família: espaço coletivo de gestão.....	284
12.2- Tensão constitutiva do lugar de coordenação da unidade de saúde da família.....	290
12.3- Atenção à saúde em Amparo na visão dos coordenadores.....	295
12.4- Mudanças no modelo de gestão e o colegiado de coordenadores..	310
13- GESTÃO DA SAÚDE EM AMPARO NA VISÃO DOS TRABALHADORES DE TRÊS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA.....	323
13.1- Grupo focal na unidade A.....	327
13.1.1- A difícil relação da rede básica com o hospital e pronto-socorros.....	327
13.1.2- Tensão constitutiva da equipe da unidade A.....	336
13.1.3- Cuidado integral e vínculo com o usuário.....	344
13.1.4- As rodas da unidade a e a legitimidade da coordenadora.....	348
13.1.5- A secretaria e a secretária de saúde.....	351

13.2- Grupo focal na unidade B.....	355
13.2.1- Atenção básica em Amparo na visão dos trabalhadores.....	355
13.2.2- A gestão da unidade B.....	360
13.2.3- A gestão da secretaria da saúde na visão dos trabalhadores da unidade B.....	369
13.3- Grupo focal na unidade C.....	375
14- CONCLUSÕES.....	385
15- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	391
16- ANEXOS.....	401



RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar os desafios da gestão da Saúde nos municípios, determinados pela tensão constitutiva da saúde, dada pela contradição entre usuários e funcionários, e pelas dificuldades de construir o SUS constitucional numa conjuntura tão adversa, como esta que o país atravessa desde o início da década de 90.

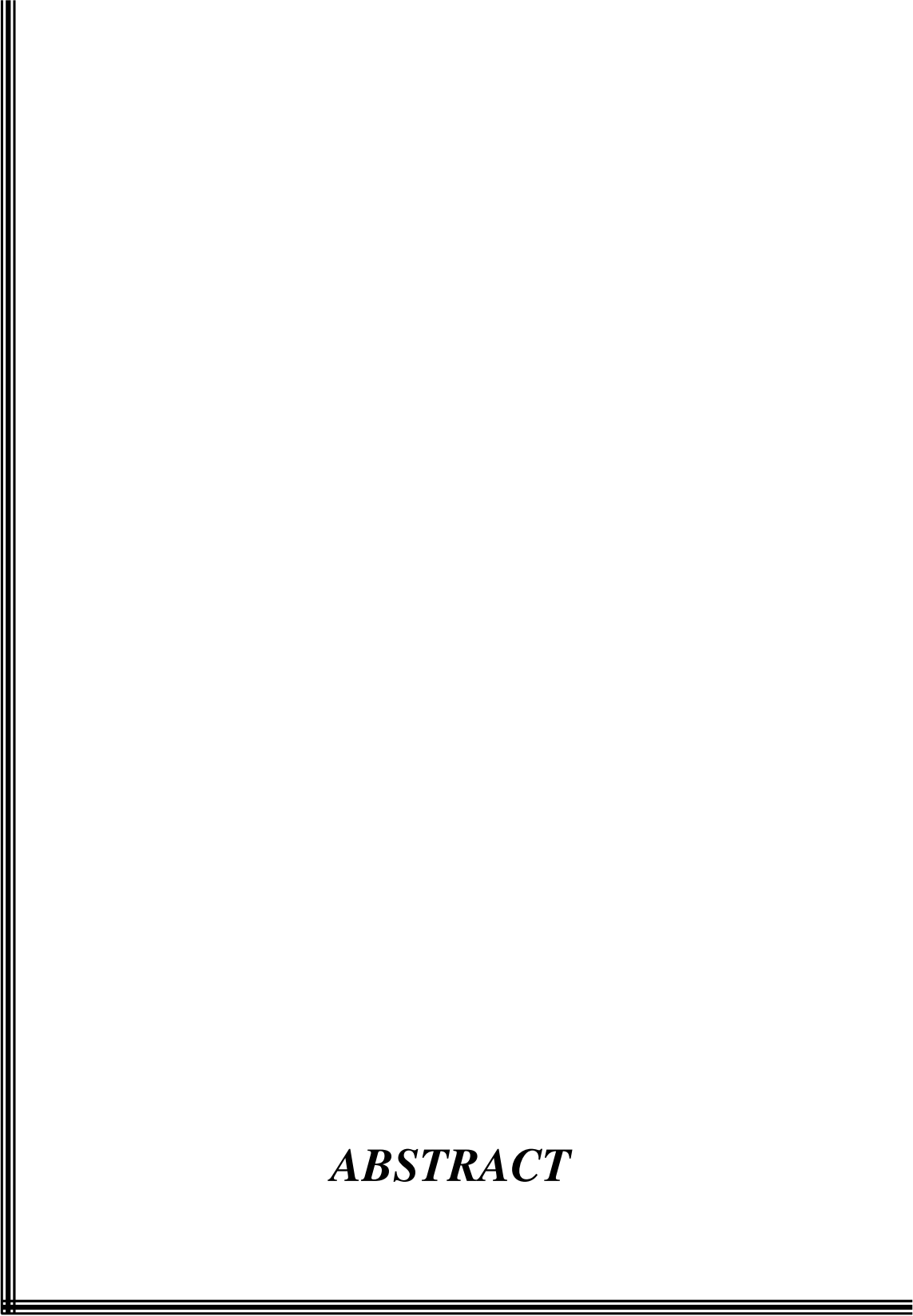
Trabalhei com três recortes complementares, que me permitiram construir uma visão da gestão municipal da saúde.

Num primeiro recorte trabalhei o impacto que as diferentes formas de gestão do SUS, dadas pelas Normas Operacionais Básicas, tiveram no processo de construção do SUS nos municípios, trabalhando sempre na condição de ator implicado que vivenciou estas mudanças na situação de gestora de saúde em municípios concretos.

Num segundo recorte analisei experiências de construção de modelos assistenciais voltados para a defesa da vida, que participei como gestora, ocorridas nos municípios de Bauru, Santos e Chapecó, com objetivo de verificar as ferramentas de gestão que incorporei, a partir destas experiências, na minha “caixa de ferramentas” de gestora.

O terceiro recorte foi a gestão do sistema municipal de saúde de Amparo, de 2001 a 2006, priorizando a análise do processo de construção de espaços coletivos de gestão, a partir da análise documental, e das falas de gestores e trabalhadores, feitas em grupos focais. Partindo de minha situação de gestora, e utilizando material empírico, relatei os principais desafios enfrentados para construir um modelo de atenção tendo como eixo estruturante a atenção básica, e um modelo de gestão, baseado em espaços coletivos de gestão.

Palavras chaves: município, gestão, grupo focal.



ABSTRACT

This work aims to analyze the challenges of public health management in the municipalities, determined by the health constitutive tension, given by the contradiction between users and public employees, and by the difficulties of building the constitutional SUS (Sistema Único de Saúde – Brazilian Health Unique System) in a so problematical context as the one Brazil goes through since the beginning of the 1990s.

I worked with three complementary cuts, which let me build a vision of the municipal health management.

In the first cut I investigated the impact that the different forms of SUS management, given by the NOB (Normas Operacionais Básicas – Basics Operational Rules), had to the SUS development process in the municipalities, always working under the condition of an implicated actor who took part of these changes as the health manager in the municipalities.

In the second cut I analyzed experiences of creating supporting models aiming at life defense, in which I participated as manager, which took place in the Brazilian cities of Bauru, Santos and Chapecó, in order to check the manager tools I incorporated, from these experiences, in my manager's "Tool Box".

The third cut was the Amparo Health municipal system management, from 2001 to 2006, in which I gave priority to the examination of the process of building of management collective spaces, by means of documental and managers' and workers' discourses analysis, made through the focal group technique.

Starting from my manager situation and using empirical material, I related the main challenges one faces up in order to develop an attention model, having as structural axis the basic attention, and a management model based on collective management spaces.

Keywords: municipalities, management collective space, focal group.

1- APRESENTAÇÃO

Para analisar a construção de espaços coletivos de gestão no município de Amparo, em que sou secretária municipal de saúde há cinco anos e meio, construí a presente tese, discutindo os temas da gestão sempre enquanto ator político implicado com o processo de construção do Sistema Único de Saúde/ SUS no nível local.

No **capítulo I**, faço uma retrospectiva do processo de construção do SUS a partir das “Ações Integradas de Saúde/ AIS”, passando pelo “Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde/ SUDS” e pelo Sistema Único de Saúde/ SUS, com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, até a assinatura do Pacto pela Vida na Comissão Intergestores Tripartite, em 2006.

Faço essa retrospectiva, tomando como tema principal o impacto, nos municípios, das Normas Operacionais Básicas/ NOB, instrumentos normativos que definem as formas de gestão do SUS e o financiamento dos serviços e ações de saúde. Considero que o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/ CONASEMS foi um importante ator político nesse processo de construção do SUS nos municípios, motivo pelo qual uso como referência as Cartas dos Encontros e Congressos do CONASEMS, que refletem as posições políticas da entidade e definem as propostas dos municípios em relação aos desafios e rumos do SUS em cada momento histórico considerado.

No **capítulo II**, explico a Metodologia utilizada para apreender meu objeto de investigação, que é a construção dos espaços coletivos de gestão na Secretaria Municipal de Saúde. A Metodologia da investigação é qualitativa, pois a questão do significado e da intencionalidade dos atores está incorporada como inerente ao processo de gestão no município estudado. Trabalhei com a análise documental da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo (SP), com minha memória da experiência vivida e com a opinião de atores selecionados intencionalmente para falar sobre a atenção à saúde em Amparo e sobre o modelo de gestão.

Os documentos da Secretaria utilizados para coleta de dados foram aqueles considerados como instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde/ SUS, quais sejam:

- ✓ Plano Municipal de Saúde de 2001 a 2004;
- ✓ Plano Municipal de Saúde de 2005 a 2008;
- ✓ Relatório de Gestão de 2001;
- ✓ Relatório de Gestão de 2002;
- ✓ Relatório de Gestão de 2003;
- ✓ Relatório de Gestão de 2004;
- ✓ Relatório de Gestão de 2005.

Além desses instrumentos de gestão do SUS, usei também as Atas das Reuniões do Colegiado de Coordenadores de Saúde da Família e Programa de Educação Permanente das Equipes de Saúde da Família - 2001 a 2005.

As opiniões dos atores foram coletadas através de sessões de grupo focal conduzidas por uma moderadora, e os grupos foram: Equipe Central, Colegiado de Coordenadores de Saúde da Família e as equipes de três unidades básicas de saúde, totalizando cinco sessões com cinco grupos focais.

No **capítulo III**, discuto as características principais do modelo tecnoassistencial Defesa da Vida, por entender que as teorias que embasam as propostas desse modelo são aquelas que me permitem compreender melhor a construção desses espaços coletivos de gestão e, por outro lado, é o modelo que vem orientando minha prática como gestora de saúde municipal. As concepções principais desse modelo são:

- a) a concepção do processo saúde e doença, que parte do entendimento que a saúde é determinada não só pelas condições materiais de vida, mas também pela cultura e pela singularidade e subjetividade na relação dos indivíduos com os outros e com o mundo;
- b) por considerar que há uma dimensão política, além de técnica, nos processos de construção de modelos tecnoassistenciais;
- c) pelo entendimento que todo modelo assistencial parte do encontro entre um conjunto de usuários com trabalhadores de saúde, encontro este mediado pelos gestores;
- d) pela compreensão de que todo trabalho tem uma

intencionalidade, que é produzir bens ou produtos para satisfazer necessidades humanas; e) que a finalidade do trabalho em saúde é a produção do cuidado individual ou coletivo, na busca da cura e da saúde; e f) para produzir o cuidado, os trabalhadores utilizam-se de tecnologias, entre elas, as tecnologias leves ou relacionais, e esse uso é determinante do modelo tecnoassistencial.

No **capítulo IV**, trato do tema da gestão no município, buscando explicitar os desafios dos gestores municipais, que atuam no espaço do município, enquanto ente da Federação com autonomia garantida pela Constituição Federal, e é obrigado a implantar políticas e programas definidos pela instância federal, no caso o Ministério da Saúde. Trato ainda da gestão enquanto espaço de governo, onde o gestor deve utilizar-se de ferramentas do agir governamental para viabilizar seu projeto, em permanente disputa no território do município. Por outro lado, considerando que a gestão do SUS nos municípios é, em última instância, a gestão dos processos de trabalho nos distintos tipos de serviços de saúde, discuto a necessidade de experimentar novos modelos de gestão em que os trabalhadores participem efetivamente do processo de gestão do cuidado e dos serviços de saúde.

No **capítulo V**, faço uma retrospectiva breve da minha experiência como gestora de saúde em três municípios: Bauru (SP), na segunda metade da década de 80; em Santos (SP), na primeira metade da década de 90, e em Chapecó (SC), na segunda metade da década de 90. A idéia de fazer essa retrospectiva é buscar nessas experiências, as ferramentas que fazem parte da minha caixa de ferramentas de gestora, caixa que trago para ser utilizada na minha experiência em Amparo. Para isso, faço um relato dessas experiências, buscando destacar a rede de serviços e o modelo de atenção criado nesses municípios e os temas de gestão mais relevantes em cada uma dessas experiências.

A partir do **capítulo VI**, começo a aproximar-me da experiência de construção do SUS no município de Amparo. Nesse capítulo, trato do período de 1986 a 2000, apenas para levantar alguns elementos que ajudam a compreender o processo de municipalização da saúde em Amparo e sua relação com a Secretaria Estadual de Saúde. Nesse período, ocorreu a criação e a extinção do Escritório Regional de Saúde/ERSA de Amparo e a habilitação do município na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

A análise desse período foi feita com base no relato de servidores públicos estaduais que faziam parte da equipe que dirigia o ERSa no período, que estavam na Secretaria Municipal de Saúde quando o município foi habilitado na Gestão Plena e que permanecem até hoje na Secretaria Municipal de Saúde e de documentos institucionais.

No **capítulo VII**, recupero, de forma muito resumida, a história de implantação do Programa de Saúde da Família/ PSF no período de 1995 a 2000, buscando as motivações do governo local para implantar o programa e descrevendo os primeiros 17 meses de sua existência, no período de agosto de 1995 a dezembro de 1996, quando houve eleições municipais e mudanças de prefeito e de secretária de saúde. Para obter informações sobre esse período, utilizei-me de uma entrevista dada pela referida secretária em um vídeo institucional, produzido em 2005 para as comemorações de dez anos do Programa de Saúde da Família de Amparo e também de conversas informais com essa secretária, que atualmente ocupa o cargo de secretária municipal de administração de Amparo. Utilizei também como fonte, informações nos documentos da Secretaria.

Para analisar o período de 1996 a 2000, busquei informações nos documentos da Secretaria; no livro de Atas das Reuniões dos médicos e enfermeiros de Saúde da Família; no relato dos trabalhadores, feito em reuniões realizadas em janeiro de 2001 com todas as equipes de PSF; e nas informações do SIAB.

Para fazer a análise da situação do PSF de Amparo em janeiro de 2001, usei como referência as diretrizes contidas no documento do Ministério da Saúde, de 1997, “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” e avaliei a implantação dessas diretrizes na prática das equipes.

Do capítulo VIII ao capítulo XIII, trato do meu objeto de investigação propriamente dito, tentando apreendê-lo a partir de diferentes olhares de atores políticos implicados com o objeto investigado.

No **capítulo VIII**, trato do processo de construção da equipe central da Secretaria da Saúde, no período de 2001 a 2006, usando dados da minha memória para reconstruir esse processo, e dados dos documentos institucionais. A descrição desse processo de construção da equipe central é feita, simultaneamente, com a reconstrução do

processo de gestão da secretaria, pois ora eu trato da elaboração dos Planos Municipais, ora da realização das conferências municipais, sempre construindo nexos entre a gestão e os gestores. Nesse capítulo, trabalho a questão do poder, as tomadas de decisão, e discuto a co-gestão do SUS municipal como responsabilidade desse coletivo.

No **capítulo IX**, analiso as opiniões dos gestores da equipe central, através das falas na sessão do grupo focal, destacando as intervenções que permitem uma maior aproximação do meu objeto de investigação, tentando apreender dessas falas aspectos que indicam ser esta equipe um coletivo que efetivamente se sente dirigente da política de saúde no município. Introduzi algumas informações sobre a atenção à saúde no município, que permitem compreender melhor as áreas das quais os gestores estão se referindo. Os gestores discutem as tomadas de decisão, os desafios de construir espaços coletivos de decisão com suas equipes, a questão dos conflitos, a visão sobre a atenção à saúde oferecida no município, a relação com a secretária da saúde e com a cidade, a sobrecarga de trabalho e outros temas que afetam a gestão municipal e os próprios gestores.

No **capítulo X**, discuto o processo de construção do colegiado de coordenadores de saúde da família, usando como referência os temas discutidos nas 87 reuniões desse colegiado, realizadas de 2001 a 2005 e registradas no Livro de Atas do PSF. Esse capítulo, na verdade, é um relato de um processo de construção de uma proposta de organização da atenção básica em um coletivo, formado pelos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde/ UBS, pela secretária de saúde e por membros da equipe central. Um relato que problematiza esse espaço de co-gestão, esses atores políticos, e que é feito por um ator implicado com todo o processo.

No **capítulo XI**, analiso as opiniões dos oito coordenadores de Saúde da Família, através das falas na sessão do grupo focal, que se manifestam sobre a atenção à saúde no município, sobre a construção das equipes nas unidades, sobre as relações de poder e o trabalho interdisciplinar, a forma como tratam os conflitos e a gestão da secretaria. Problematizo as opiniões dos coordenadores, usando o referencial teórico da proposta Defesa da Vida e do Modelo de Co-gestão.

No **capítulo XII**, analiso as falas expressas nas sessões de grupo focal, dos trabalhadores das equipes de três unidades de Saúde da Família de Amparo, com objetivo de avaliar em que medida as estratégias utilizadas pela Secretaria para induzir a construção de coletivos organizados para produção do cuidado e o trabalho interdisciplinar conseguiram modificar o processo de trabalho das equipes.

No **capítulo XIV**, trato das conclusões da investigação, embora ao expor minha visão de sujeito implicado neste trabalho, de certa forma fui construindo as minhas conclusões no próprio texto. Ainda assim busco responder a indagação que me motivou a fazer essa análise: os espaços coletivos de gestão foram efetivamente construídos em Amparo?

2- A CONSTRUÇÃO DO SUS ANALISADA A PARTIR DE UM GESTOR MUNICIPAL

Um dos maiores desafios colocados aos gestores municipais de saúde, interessados em construir modelos tecnoassistenciais centrados nas necessidades de saúde dos usuários, tem sido mudar os processos de produção da saúde nos microespaços dos serviços de saúde.

Gestores de municípios de diferentes portes, na maioria das vezes, acabam “conformando-se” em manter o instituído, tendo em vista as enormes dificuldades para operar as mudanças nos processos de produção do cuidado, pois o modelo médico hegemônico tem sido forte o suficiente para resistir às tentativas de reforma das práticas sanitárias, nos 16 anos de história de construção do SUS.

Os municípios que investiram em reformas na estrutura dos sistemas locais de saúde, mas que não enfrentaram o desafio de mudar não somente os processos de trabalho centrados no médico e na medicalização, mas também a forma como se faz a gestão dos serviços de saúde, não conseguiram alterar de maneira substantiva a produção de saúde.

A força do modelo médico hegemônico e a forma hegemônica de se fazer gestão dos serviços e sistemas de saúde determinam que os processos de trabalho nos diferentes serviços, sejam eles de atenção básica, de urgência e emergência, hospitalar, apoio diagnóstico, ou de especialidades, caracterizem-se pela hegemonia da produção de procedimentos, pela medicalização e pela forma centralizada e burocrática de tomada de decisão.

Apesar das mudanças significativas ocorridas com o processo de descentralização, que provocou um deslocamento do poder de decisão na Saúde e tornou realidade a municipalização em todo país, as mudanças efetivas em termos de produção da saúde não conseguiram concretizar-se pelo país como um todo.

Segundo relatório do Conselho Nacional de Saúde “a conformação de sistemas municipais, microrregionais e regionais de saúde que garantam a integralidade do cuidado ainda está por ser construída” (2002). Merhy (2002) afirma que há modelos de atenção em que a dimensão cuidadora do trabalho em saúde pode estar praticamente anulada, com predomínio do saber tecnológico e do uso de equipamentos, em detrimento das tecnologias leves e relacionais.

No entanto é importante reconhecer que a municipalização da saúde tem favorecido o processo de construção de modelos assistenciais mais próximos das realidades dos diversos municípios brasileiros, que apresentam diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas, epidemiológicas e na organização dos serviços de saúde.

Além disso, a municipalização favoreceu a transparência e a participação da população no processo de tomada de decisão. Mas esse processo não foi acompanhado de mudanças efetivas nas práticas de saúde, no sentido de organizar modelos assistenciais usuários centrados, com a participação efetiva dos trabalhadores da saúde.

Merhy (2002) propõe que, ao analisar o encontro entre o médico e o usuário, trabalhe-se com a noção de valise de ferramentas, que esse profissional utiliza para produzir saúde, como saberes e seus desdobramentos materiais e não materiais, que dependem dos lugares onde esse encontro se materializa e conforme as qualidades que pretende alcançar com esse encontro. As valises utilizadas pelo médico são de três tipos: uma vinculada à sua mão, onde estão os equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por tecnologias duras; outra que está na sua cabeça, onde estão os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia e expressam as tecnologias leves-duras; e a terceira presente no espaço relacional trabalhador-usuário, que expressam as tecnologias leves e se materializa no ato do encontro entre esses dois sujeitos.

Ao meu ver, ainda hoje os modelos assistenciais de atenção que vêm sendo construídos nos municípios não têm privilegiado os espaços relacionais, mas sim as valises da cabeça e da mão.

A leitura e análise de documentos que refletem as posições dos gestores municipais ao longo desses 16 anos de história do SUS evidenciam que o movimento sanitário dos municípios esteve muito mais voltado para as questões do financiamento e da descentralização, do que para as necessárias mudanças na maneira de se produzir saúde no cotidiano dos serviços de saúde.

A reforma sanitária brasileira fez parte do processo de redemocratização do país; os artigos da Constituição Federal de 1988, referentes ao Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde – a Lei 8.080 e a Lei 8.142, de 1990 – representam a expressão jurídica de um determinado momento político do processo de Reforma Sanitária.

Segundo Mendes (2001), as décadas de 70 e 80 caracterizam-se pela disputa de dois projetos de organização dos serviços de saúde no Brasil: o projeto hegemônico neoliberal e o projeto da reforma sanitária. Esses projetos disputam espaço nos planos político, ideológico e técnico.

O projeto hegemônico, centrado no modelo médico assistencial privatista, caracterizava-se pelo financiamento estatal através da Previdência Social; pela prestação de serviços de atenção médica através do setor privado; e pela participação do setor privado internacional, que fornecia os insumos para os serviços: equipamentos biomédicos e medicamentos. A produção da assistência médica ocorria no espaço hospitalar, o atendimento era individual, curativo e medicalizante, altamente consumidor de trabalho morto.

O movimento contra hegemônico nasceu, inicialmente, como pensamento crítico da saúde, nos departamentos de medicina preventiva, que desenvolveram experiências no início dos anos 70, com trabalhos pilotos que buscavam construir novos modelos de organização dos serviços de saúde e garantir a extensão de cobertura.

A crise do modelo médico hegemônico no final da década de 70 caracteriza-se pelos custos crescentes desse modelo, que desenvolvia suas ações de saúde nos hospitais privados, resistentes a todo tipo de controle racionalizador, e por um quadro de morbimortalidade que não melhorava com as ações de saúde.

A década de 80 caracteriza-se por uma profunda crise econômica e pelo processo de redemocratização do país, com o término da ditadura militar, pressionado pelo movimento político que mobilizou milhões de brasileiros na luta pelas eleições diretas e resultou na Nova República. Essa vai consolidar a transição democrática, e o processo de reordenamento institucional vai ser estabelecido através da Assembléia Nacional Constituinte, que terminou na promulgação da Constituição Federal de 1988.

Segundo Mendes (2001), a Nova República, no discurso, já colocava a proposta do acesso universal à saúde e do dever do Estado e discutia a convocação de uma Conferência Nacional de Saúde para subsidiar as discussões da Assembléia Nacional

Constituinte. Do ponto de vista operacional, propunha a descentralização, o que significava a incorporação de propostas do movimento sanitário pelos novos dirigentes da política de saúde no nível federal.

Importantes no cenário político nacional da década de 80 foram as eleições para governadores em 1982 e para prefeitos em 1983, com a vitória de governadores de oposição e de prefeitos com projetos de cunho municipalistas, que participavam do cenário político disputando projetos reformistas. Nesse contexto, surgiu a proposta das Ações Integradas de Saúde/ AIS em 1983, através de portarias do Ministério da Previdência e Assistência Social/ MPAS.

As AIS eram, do ponto de vista jurídico administrativo, o estabelecimento de convênio do MPAS com estados e municípios, para expansão de cobertura da assistência médica a ser realizada em unidades de saúde municipais e estaduais, que passaram a receber recursos financeiros, baseados em capacidade de produção e parâmetros de cobertura populacional, que definia um teto de recursos por município.

O convênio das AIS tratava o setor público da mesma forma que o setor privado, ou seja, como um prestador de serviços, que era remunerado pelo nível federal para atender a população. Um dos motivos que pressionou o governo federal para esse tipo de alternativa foi o esgotamento do modelo de pronto atendimento dos hospitais privados contratados pelo INAMPS.

Com o início do Governo Sarney, profissionais oriundos do movimento sanitário passaram a ocupar cargos dentro das instituições do governo federal, provocando uma certa institucionalização do projeto da reforma sanitária. Mas, como ainda era muito forte o poder da burocracia inampiana, sustentada em grande medida pelas suas relações com os atores políticos do modelo médico privatista, essa ocupação de espaço pelos atores da reforma sanitária foi permeada por disputas, com avanços e recuos em relação às propostas reformistas.

A assinatura do convênio das AIS e os valores dos recursos financeiros repassados aos municípios sofriam interferência política e, muitas vezes, o clientelismo é que definia os municípios prioritários, bem como a quantidade de recursos a serem repassados.

Em 1984, eram 112 municípios conveniados; em 1985, passaram para 950; e, em 1987, atingiu a cifra de 2.500 municípios conveniados para executar as ações previstas nas AIS. Nesse período, poucos municípios contavam com equipes gestoras estruturadas, pois eram ainda raras as experiências em que eles assumiam a responsabilidade pela gestão da saúde nos seus territórios.

As Comissões Interinstitucionais de Saúde estavam sendo estruturadas para atuar nas instâncias municipal/ CIMS; regional/ CRIS; estadual/ CIS; e federal/ CIPLAN, mas as discussões ainda eram muito incipientes. Havia muita desinformação por parte dos municípios, que tinham dificuldades em compreender o que de fato estava ocorrendo no nível federal.

Em 1985, os convênios passaram a ser baseados na Programação e Orçamentação Integrada/ POI, o que exigia a elaboração de planos de ação e de orçamento que, no estado de São Paulo, eram discutidos pelos municípios com a instância regional da Secretaria Estadual de Saúde, nas Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde/CRIS. A Programação de cada município era discutida na Comissão Municipal Interinstitucional de Saúde/ CIMS, que contava com representação da população. A partir da aprovação na CRIS, a Programação era encaminhada para a Superintendência do INAMPS no estado, onde os convênios eram assinados.

Toda essa movimentação era nova para os gestores municipais que percebiam as possibilidades de assumir novos papéis no processo de reforma sanitária, mas, ao mesmo tempo, sentiam-se receosos em relação ao alcance do movimento de descentralização.

O acontecimento político mais importante ocorrido na década de 80 foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que representou um marco político ideológico do projeto da reforma sanitária brasileira e contou com uma expressiva participação de mais de mil delegados e quatro mil pessoas, representantes de praticamente todas as forças sociais interessadas em realizar mudanças no sistema de saúde brasileiro.

No segundo semestre de 1985, a comissão organizadora trabalhou na definição do temário, aprovou o regimento e as diretrizes para participação dos delegados. A 8ª CNS foi precedida de todo um processo de conferências municipais e estaduais preparatórias,

que envolveram milhares de cidadãos em vários lugares do país, e inaugurou o início de um amplo movimento de participação popular na saúde.

O movimento da 8ª CNS fortaleceu o processo de descentralização iniciado com as AIS e transformado em Sistema Unificado e Descentralizado/ SUDS, através de um decreto publicado em 1987. Para os municípios, o SUDS não trouxe grandes mudanças em relação às AIS, e muitos não chegaram a perceber as diferenças de um convênio para o outro.

Essas mudanças na Saúde, ocorridas na década de 80, tiveram impacto muito diversificado nos diferentes municípios brasileiros, que vivenciaram o processo de implantação das Ações Integradas/ AIS e do SUDS muito em função das conjunturas políticas locais.

Para alguns gestores municipais, os convênios AIS e SUDS representaram a possibilidade de receber recursos financeiros para reformar unidades, adquirir material de consumo e equipamentos e melhorar a estrutura das redes de serviços de saúde do município que, em geral, era bastante precária, sem implicar em mudanças nos processos de trabalho e de gestão nos serviços de saúde, que continuavam centrados em consultas médicas e em modelos de gestão com pouca participação dos trabalhadores na tomada de decisões.

Para outros gestores, comprometidos com as propostas de mudanças dos modelos assistenciais e de gestão, os recursos financeiros desses convênios possibilitaram investir na estruturação da rede de serviços e liberar os recursos municipais para ampliar o quadro de pessoal, realizar concurso público e investir em processos de educação continuada.

A partir de 1990, as diferentes formas de gestão do SUS vêm sendo construídas em conjunturas econômicas e políticas extremamente adversas e, do ponto de vista formal, expressam-se através de Normas Operacionais, que definem em última instância o financiamento e o processo de descentralização da saúde.

No entanto os atores políticos responsáveis pela elaboração destas Normas não foram capazes de colocar propostas claras em relação às mudanças das práticas de saúde e de gestão, necessárias para mudar o modelo assistencial médico hegemônico.

O período de maior mobilização política ocorreu entre a segunda metade da década de 80 e os inícios dos anos 90: entre a 8ª Conferência Nacional de Saúde/8ª CNS, em 1986, até a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde em 1990¹.

A 8ª CNS aprovou Relatório Final que serviu de instrumento para a Comissão Nacional da Reforma Sanitária desenvolver um importante papel no Congresso Nacional, no sentido de influir e definir as bases jurídicas para o Sistema de Saúde na nova Constituição Brasileira, que estava sendo elaborada pelos deputados constituintes. Esses deputados representavam as forças políticas presentes na sociedade brasileira, com diferentes projetos para a Saúde.

As forças de esquerda conseguiram colocar na nova Constituição um conjunto de propostas que representavam o ideário da 8ª CNS, tais como conceito ampliado de saúde, saúde como direito do cidadão e dever do Estado, acesso universal, atenção integral, igualdade de atendimento, comando único em cada esfera de governo, descentralização e participação da comunidade.

Mas as forças conservadoras, que defendiam os interesses do modelo médico hegemônico, conseguiram colocar um artigo na Constituição que garantiu espaço para a medicina liberal privatista, definindo a participação da iniciativa privada no SUS.

Segundo Gilson Carvalho (2002), foi a capacidade da esquerda progressista em fazer alianças com a direita conservadora para que a saúde ficasse como uma questão supra partidária que garantiu a aprovação dos artigos da Saúde na Carta Magna.

Porém, quando a Lei 8.080 foi para a sanção do então Presidente da República Fernando Collor de Melo, houve vetos em duas questões fundamentais: financiamento e controle social. De setembro de 1990 a dezembro de 1990, houve toda uma mobilização no

¹Lei Federal nº 8080/1990 e nº 8142/1990

sentido de garantir a regulamentação dessas questões, o que foi resolvido parcialmente com a aprovação da Lei 8.142 em dezembro de 1990.

Esse debate já havia ocorrido na 8ª CNS e, segundo vários autores, essa dualidade do SUS representou o acordo possível naquela conjuntura política concreta.

A esse período de intenso debate sobre a saúde e surgimento de novos atores no cenário político, seguiu-se um período de dificuldades enormes, durante o mandato do presidente Collor, entre 1990 a 1992. A Norma Operacional Básica do SUS de número 1, editada em 1991, a NOB 01/91, é a norma que expressa esse momento do processo de construção do SUS.

A NOB 01/91 reforçou o modelo médico hegemônico centrado na produção de procedimentos, na medida em que remunerava os procedimentos curativos e individuais, prioritariamente executados pelo profissional médico, em detrimento de ações de caráter coletivo e de procedimentos executados por outros profissionais que não os médicos.

As ações remuneradas eram aquelas vinculadas exclusivamente com a assistência; as ações de vigilância epidemiológica e sanitária não eram previstas nos convênios, portanto não eram remuneradas.

Além disso, a NOB 01/91 tratava os gestores públicos da mesma maneira que tratava os prestadores privados contratados, fortalecendo a chamada política “inampiana”, o que se constituía numa flagrante ilegalidade, visto que a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde haviam estabelecido outras diretrizes, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/ INAMPS, anteriormente autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social/ MPAS, não era mais o órgão nacional responsável pelo financiamento e gestão da assistência médica para os beneficiários da Previdência.

Mas o INAMPS, que deveria ser extinto conforme artigo vetado da lei 8.080, transferiu-se, como autarquia, para o Ministério da Saúde e assumiu a tarefa de implantação do SUS, permanecendo como órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros para pagamento dos serviços públicos sob gestão estadual e municipal.

Como órgão responsável pelo controle do financiamento, o INAMPS trouxe para dentro do Ministério da Saúde a mesma lógica de funcionamento anterior ao SUS, com pagamento através de convênio e por produção. Além disso, editou grande quantidade de portarias e resoluções, que chegavam para os gestores municipais, sem discussão e com regras, muitas vezes, incompatíveis com a realidade local.

Os gestores se deparavam com uma forma de encaminhar o processo de construção do SUS que não correspondia à expectativa criada através das resoluções da 8ª CNS e da Constituição Federal. Persistia a já conhecida forma burocrática e centralizada de fazer a gestão da assistência médica privada, contratada pelo Instituto e remunerada por produção.

A decisão de exigir a realização de convênio entre o INAMPS e os estados e municípios trouxe sérias distorções para a gestão do SUS, pois várias regras eram exigidas para o uso dos recursos financeiros, inclusive a proibição do uso dos recursos para remuneração de pessoal, que somente podia ser feita com recursos federais se fosse para contratações de forma terceirizada.

A expectativa de muitos gestores que estavam construindo seus sistemas de saúde era a de que, com a aprovação das leis do SUS, seria possível superar o mecanismo convenial das AIS e do SUDS e utilizar os recursos para toda e qualquer despesa comprovadamente destinada a ações e serviços de saúde, inclusive para contratação de pessoal, que era uma necessidade enorme dos municípios que estavam fazendo expansão de cobertura a partir da criação de novos serviços.

Por outro lado, ao proibir remuneração de pessoal contratado diretamente pelas prefeituras, mas aceitar o uso dos recursos para pagamento de pessoal terceirizado, esses convênios pressionavam os municípios a buscar formas de contratação de pessoal que não o contrato direto, formas estas que dispensavam o concurso público e a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, que não eram garantidos na maioria das contratações terceirizadas.

Uma das resoluções do INAMPS, publicada em janeiro de 1991, teve como anexo, uma Norma Operacional Básica, que era a forma como este órgão operava quando ainda pertencia ao MPAS.

Importante ressaltar que, desde o final da década de 80, teve início o processo de construção das entidades representativas dos gestores municipais: o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS e os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde/COSEMSs, nos estados. Essas entidades transformaram-se em importantes atores políticos de mobilização e organização dos secretários, com participação ativa nas negociações com as instâncias do SUS.

O CONASEMS realiza encontros anuais desde 1984 e, em 1988, realizou seu quinto Encontro e elegeu sua primeira diretoria, em Olinda (PE). A partir de 1998, os encontros passaram a organizar-se na forma de congressos. Em 2006, realizou seu 22º Congresso em Recife (PE).

Em todos os encontros e congressos do CONASEMS, os gestores municipais elaboram documentos denominados “carta”, que refletem a posição política do movimento sanitário nos municípios, nos diferentes momentos do SUS. As cartas recebem o nome do município onde estes encontros e congressos aconteceram.

As cartas do CONASEMS são de Olinda (1988), de Porto Alegre (1989), Fortaleza (1990), Brasília (1992), Curitiba (1993), Goiânia (1994), Maceió (1995), Rio de Janeiro (1996), Brasília (1997), Goiânia (1998), Rio de Janeiro (1999), Salvador (2000), Vitória (2001), Blumenau (2002), Belo Horizonte (2003), Natal (2004), Cuiabá (2005) e Recife (2006).

Os Encontros de Olinda e de Porto Alegre (RS) e suas respectivas cartas expressam as posições dos secretários municipais de saúde mais mobilizados em relação ao SUDS e ao início do SUS.

A grande preocupação dos secretários municipais naquele momento era com o risco de retrocesso no plano político global e com o fortalecimento das forças conservadoras, que ameaçavam a aprovação das leis de regulamentação do SUS. Para evitar esse retrocesso, os secretários defendiam a necessidade de assegurar o apoio da sociedade civil organizada e o compromisso das instituições com a transparência e democratização em seu contato com a população (CONASEMS, 1988). Outras preocupações referiam-se ao financiamento e ao processo de descentralização.

A Carta de Porto Alegre incluiu a discussão sobre recursos humanos e da necessidade de criação de um plano de carreira para o SUS. Em relação ao modelo assistencial, colocou que ele deve “brotar de uma análise epidemiológica de cada município” e que o município deve assumir a gestão de todos os serviços de saúde, conforme estabelece a Constituição Federal (CONASEMS, 1990). Porém não se manifesta sobre os desafios de mudar a forma de produzir saúde nesses serviços.

Importante ressaltar que em 2005, passados 15 anos desde a aprovação das Leis Orgânicas do SUS, a gestão do Sistema de Saúde continua sendo feita através de normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde. A partir da criação da Comissão Intergestores Tripartite como espaço de pactuação entre os gestores das três instâncias de governo em 1993 e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, essas normas passaram a ser discutidas e aprovadas nestes fóruns do SUS.

Mas ainda assim impõe-se uma reflexão aos militantes da Reforma Sanitária das reais motivações para o Ministério da Saúde continuar fazendo a gestão do SUS através de normas operacionais, que atendiam aos interesses e à lógica do INAMPS, criado e mantido para financiar e garantir a existência do modelo médico privatista.

Os atores políticos do SUS precisam aprofundar a discussão sobre a contradição entre a implantação de um sistema de saúde democrático, universal, integral, descentralizado, e a continuidade destas normas operacionais, burocráticas, autoritárias, cuja origem associa-se a um modelo assistencial antagônico às propostas do SUS.

A NOB 01/91 normatizou o Sistema de Informação Hospitalar, o SIH/SUS, e o Sistema de Informação Ambulatorial, o SIA/SUS, com definição de uma Tabela de Pagamento única para todos os prestadores; estabeleceu uma quantidade de Autorizações de Internações Hospitalares/ AIH por estado, proporcional à população, utilizando o parâmetro de 10% da população/ano para calcular o número de AIH a que cada estado teria direito.

Em relação aos serviços ambulatoriais, a NOB 01/91 criou a Unidade de Cobertura Ambulatorial/ UCA, baseada em critério populacional, capacidade instalada e série histórica de custo dos serviços; os estados foram agrupados, e os tetos financeiros variavam em função desses critérios.

As limitações da NOB 01/91 eram claras tanto para os gestores estaduais como para os municipais, e tornava cada dia mais urgente a necessidade de superar a exigência de convênios para recebimento de recursos e o pagamento por produção. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos Estados/ CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/ CONASEMS mobilizaram-se para criar nova forma de relação entre o Governo Federal e os governos estaduais e municipais.

Em agosto de 1992, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Municipalização é o caminho”, que apontou a necessidade de se avançar de fato no processo de municipalização e contribuiu para a elaboração de uma nova Norma Operacional, a NOB 01/ 93.

Nesse período, o CONASEMS defendia a necessidade de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080, que estabelecia os critérios para distribuição de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu durante o processo de *impeachment* do presidente Collor, que renunciou para evitar a cassação e a perda de seus direitos políticos.

As posições do CONASEMS, expressas nas Cartas de 1992 e 1993, continuam centradas na defesa do SUS, ameaçado pela reforma fiscal do estado brasileiro, e na defesa da municipalização da saúde, com um financiamento compatível com a expansão e municipalização dos serviços e com controle social. Mas em nenhuma das cartas há um posicionamento claro sobre a necessidade de enfrentar o desafio de reorganizar os modelos assistenciais e de gestão nos municípios.

Assumiu a presidência da República o vice-presidente de Collor, Itamar Franco, em meio a uma grave crise fiscal e política do Estado Brasileiro.

A diretoria do CONASEMS apresentou à nova equipe do Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde, um conjunto de propostas relacionadas com a descentralização e o financiamento para superar a crise do SUS, provocada pela inampização do Ministério da Saúde.

A nova equipe que assumiu o Ministério da Saúde desencadeou um amplo debate sobre os rumos do SUS, convidando vários atores políticos da reforma sanitária para debater as propostas, além de convidar gestores municipais, comprometidos com o movimento em defesa da municipalização da saúde, para ocupar cargos na estrutura do Ministério da Saúde.

Essas propostas foram discutidas no Ministério da Saúde e concretizadas no documento intitulado “Municipalização das Ações e Serviços de saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, uma declaração de princípios que vão embasar a NOB 01/93. Esse documento e as ações desencadeadas por esta nova equipe do Ministério da Saúde representaram um marco no processo de descentralização.

O documento colocava a necessidade de construir um novo modelo assistencial e enfatizava as propostas colocadas na Lei 8.080 e 8.142, principalmente a questão do comando único em cada esfera de governo.

O documento expôs uma concepção bastante abrangente do processo de descentralização: transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis da três esferas de governo, organização institucional, reformulação de práticas e controle social.

A conjuntura política e econômica do país desse período eram extremamente adversas à implantação de uma política social com a abrangência do SUS. Com o governo de Collor de Melo, houve uma redução drástica dos recursos financeiros para a Saúde.

A NOB 01/93 representou um avanço importante em relação a NOB 91, ao propor uma nova forma de relação do governo federal com os governos estaduais e municipais, e também por iniciar uma nova sistemática de repasse de recursos, que começava a romper com o pagamento por produção. Pela primeira vez, em 1994, houve repasses diretos de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais dos municípios em gestão semiplena.

A NOB 01/93 apontava para a necessidade dos estados e municípios assumirem a gestão plena do sistema, com a implantação dos repasses de recursos conforme estabelecido pelo artigo 35 da lei 8.080.

A mudança da situação da gestão do SUS nos estados e municípios em 1993 para a situação ideal da gestão plena deveria ocorrer através de um processo de transição e, para essa transição, os estados e municípios eram habilitados em três formas de gestão: a incipiente, a parcial e a semiplena. Para habilitar-se nessas formas de gestão, os estados e municípios deveriam preencher certos requisitos e assumir determinadas responsabilidades.

Apesar desse avanço no processo de descentralização, a NOB 93 não conseguiu avançar em relação às diretrizes para induzir mudanças nas práticas sanitárias. Ao definir as propostas para mudança do modelo assistencial, a norma reafirma aquilo que estava colocado nas leis do SUS: acesso universal; hierarquização e regionalização; sistema de referência e contra referência; utilização da epidemiologia para definir prioridades; acesso a informações; realização de ações individuais e coletivas, de promoção, prevenção, cura e reabilitação; controle social, através dos conselhos de saúde; participação complementar dos serviços privados; vigilância em saúde e saúde do trabalhador; elaboração de planos de Carreira, Cargos e Salário. Como a proposta era cumprir e fazer cumprir a lei já existente, a NOB 96 vai justamente reafirmar as diretrizes já estabelecidas.

A única diretriz referente a modelo assistencial que não está nas leis do SUS é a proposta de ampliação das ações de caráter preventivo e melhoria qualitativa dos serviços ambulatoriais, com objetivo de reduzir as internações. Essa diretriz colocada logo depois da NOB 91, que reforçou o papel dos hospitais no sistema, representou um alento para os municípios que estavam, apesar das dificuldades, buscando organizar a atenção básica em seus territórios. Mas, de qualquer maneira, não se colocava o desafio de mudar o modelo assistencial centrado em procedimento.

A descentralização trazia uma série de possibilidades para resolver muitos problemas da atenção à saúde, mas a mudança essencial no processo de produção, esta não conseguia ocupar a agenda do movimento sanitário.

A agenda do CONASEMS, nos anos de 1993 e 1994, continuou voltada para denúncia da política neoliberal do governo federal e o impacto desastroso que essa política teve no processo de construção do SUS; na defesa da necessidade de continuar o processo de descentralização e garantia de financiamento do SUS. A questão do modelo assistencial não aparece nem na Carta de Brasília (1992) nem na Carta de Curitiba (1993).

A NOB 93 define como os maiores desafios para a consolidação do SUS a questão do financiamento e necessidade de implantação de uma política de recursos humanos para o SUS. No entanto, nem o financiamento nem a política de recursos humanos foram efetivamente enfrentados e resolvidos, visto que passada mais de uma década, esses continuam colocados como os grandes desafios do SUS.

Durante o governo do presidente Itamar Franco, o SUS viveu uma de suas maiores crises de financiamento, em função da decisão do então ministro da Previdência Social Antônio Brito de suspender os recursos da Previdência para a Saúde e descumprir as Disposições Transitórias da Constituição Federal de 1988.

Com essa decisão, o Ministério da Saúde ficou sem recursos financeiros para fazer as transferências para estados e municípios e também para pagamento dos serviços privados contratados, tanto os filantrópicos como os lucrativos.

Os municípios em gestão semiplena haviam acabado de assumir a responsabilidade pela contratação e controle do setor privado complementar e passaram a receber os recursos para custeio dos serviços ambulatoriais e hospitalares da produção do setor privado contratado, com repasse direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais.

Essa mudança que poderia aumentar, do ponto de vista concreto, o poder dos gestores municipais, pois possibilitava mudar as relações entre o setor público e o setor privado, acabou trazendo uma série de problemas para os municípios em gestão semiplena, que tinham acabado de assumir a gestão desses hospitais, e o atraso no pagamento da produção dificultava as relações entre gestores e prestadores.

Como a maior parte dos recursos financeiros do governo federal continuasse vinculada a pagamento por produção dos prestadores privados, o fato de os municípios assumirem a gestão desses recursos permitiria que a gestão municipal tivesse um outro papel como ator político na disputa de projetos.

Pela primeira vez, desde a promulgação das leis do SUS em 1990, os prestadores privados contratados sentiram que alguma mudança estava acontecendo na Saúde, pois até então eles simplesmente ignoravam a existência desse outro ator no cenário político.

Essa mudança na relação com o setor privado poderia ter provocado de fato aumento da governabilidade dos gestores municipais, não fosse a crise financeira causada pela decisão do ministro Antônio Brito.

A crise de financiamento ocorrida durante o governo Itamar Franco assumiu contornos alarmantes, principalmente com a decisão de centenas de Santas Casas de suspender o atendimento aos usuários do SUS, pois ficaram quase quatro meses sem receber pelos serviços prestados ao SUS.

A falta de recursos para o Ministério da Saúde era justificada pela área econômica do Governo pela necessidade de fazer o ajuste fiscal. Além disso, com os atrasos nos repasses de recursos para os municípios, a inflação galopante que chegou a 80% ao mês corroía de maneira drástica a capacidade de pagamento e de compra dos municípios.

Apesar de todas essas dificuldades, a NOB 93 representou um momento importante no processo de municipalização da saúde.

Um marco nesse processo de descentralização ocorreu em 1994, quando um grupo de 19 municípios brasileiros em gestão semiplena passou a receber recursos diretamente do Ministério da Saúde, assumindo inclusive a gestão do setor privado conveniado e contratado pelo SUS. Entre esses municípios do estado de São Paulo estavam Santos, São Vicente, Assis, Diadema, Mauá, Votorantin e Sertãozinho.

Em 1997, eram 144 municípios habilitados na gestão semiplena, ou seja, apenas 2,3% do total de municípios brasileiros assumiram a gestão do setor privado conveniado com o SUS.

No entanto as propostas de descentralização implementadas num quadro político e financeiro tão adverso e com o financiamento ainda centrado no pagamento por produção, tanto dos serviços públicos como dos privados não conseguiram provocar mudanças importantes na organização dos serviços. Além disso, a Tabela de Procedimentos do SUS, que definia os valores a serem pagos para os serviços produzidos, reforçava o modelo médico privatista, na medida em que privilegiava a remuneração de procedimentos dependentes de tecnologia dura, com predomínio de trabalho morto.

Num quadro como esse, os gestores municipais tinham que lutar permanentemente para resolver problemas do financiamento, que tinham impacto direto na assistência.

A dependência que os municípios tinham do setor privado contratado era enorme, tanto para internações hospitalares e para atendimento às urgências e emergências, como para serviços de apoio diagnóstico.

Durante toda a primeira metade da década de 90, os gestores municipais estiveram envolvidos na busca de soluções para problemas imediatos, de continuidade do atendimento e sobrevivência financeira do sistema recém-criado. Com isso, o debate das questões relacionadas com a reorganização dos processos de produção da saúde e mudança de modelo assistencial ficou num segundo plano.

O desrespeito do Ministério da Saúde aos preceitos constitucionais durante o governo Collor e a crise do financiamento no governo Itamar Franco consumiram toda a agenda política do movimento sanitário ligado à gestão municipal.

Segundo dados do Ministério da Saúde (citado por Carvalho, *op.cit.*), os 80 dólares por habitante ano gastos pelo governo federal em 1987 foram reduzidos para apenas 40 dólares em 1993, período que corresponde aos primeiros anos do processo de construção do SUS.

Em 1994, o país vivia a implantação do Plano Real ainda sob o governo Itamar, a crise financeira do SUS persistia e crescia o número de leitos hospitalares desativados por falta de financiamento, tanto em hospitais privados conveniados, como em hospitais públicos, que eram financiados da mesma forma.

O desfinanciamento do governo federal obrigou os municípios a investir cada vez mais em saúde. A partir desse período, gradativamente ocorre um incremento na participação dos municípios no financiamento da saúde. Os dados do Sistema de Informação do Orçamento Público da Saúde/SIOPS mostram que nos últimos anos, o município foi a única esfera de governo que aumentou seus gastos com saúde, enquanto que, relativamente, os estados e o governo federal retraíram.

A posição do CONASEMS, expressa na Carta de 1994, era de extrema preocupação frente às decisões do Ministério da Fazenda de redução dos recursos financeiros para a saúde e a decisão do setor privado contratado de suspender a assistência aos usuários do SUS. Mais uma vez a sobrevivência financeira do SUS se sobrepôs à discussão sobre modelo assistencial.

Em 1995, assumia a presidência da república Fernando Henrique Cardoso; e Adib Jatene, o Ministério da Saúde. O financiamento continuava sendo o maior problema da saúde; a situação nos estados e municípios era de dificuldades extremas, pois a maior parte do pagamento do SUS era menor do que o valor do seu custo. Os hospitais de pequeno e médio porte, principalmente as Santas Casas, não conseguiam se manter e muitas faliram.

A Carta de Maceió, aprovada no 9º Encontro do CONASEMS de 1995, tem início com um alerta à nação: “Querem destruir o Sistema Único de Saúde”, seguido de uma listagem de seis itens que refletem as dificuldades do setor: estado deplorável dos hospitais próprios, contratados e conveniados; falta absoluta de leitos hospitalares; aparelhos médico-hospitalares quebrados; falta de médicos e outros profissionais, salários e condições de trabalho aviltantes; falta de remédios essenciais; e falta de dinheiro para compra de vacinas. As propostas para a crise apontam para a destinação de recursos financeiros suficientes, seguros e constantes para o SUS e para a necessidade de fazer cumprir a legislação do Sistema de Saúde.

O novo ministro da saúde entendia que os recursos federais eram insuficientes e, para aumentar os recursos para saúde, deveria se instituir uma nova fonte de recursos. Essa nova fonte seria a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira/CPMF.

Nos anos de 1995 e 1996, ocorreu um grande debate político sobre a necessidade de fontes alternativas de recursos para a saúde, e o ator principal que era porta voz desse discurso era o ministro Adib Jatene.

Em agosto de 1996, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional 12 e, em outubro de 1996, aprovou a lei de criação da CPMF, que teve o apoio da equipe do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. Mas os delegados da

10ª Conferência Nacional de Saúde não apoiaram a CPMF, assim como vários militantes da Reforma Sanitária posicionaram-se contrários a ela, inclusive a ABRASCO.

A CPMF começou a ser cobrada em janeiro de 1997. Neste ano, foram arrecadados pela CPMF seis bilhões e 900 milhões de reais. O Orçamento do Ministério da Saúde em 1996 foi de 14 bilhões e 300 milhões de reais e o entendimento era que em 1997 o orçamento da Saúde seria de 21 bilhões e 200 milhões de reais (o orçamento de 97 acrescido dos recursos da CPMF).

Mas não foi isso que ocorreu! Os recursos da CPMF vieram integralmente para a Saúde, mas simultaneamente foram retirados três bilhões e 600 milhões de outras fontes. Essa manobra ocorreu novamente em 1998. Com isso, o SUS continuou convivendo com o problema do financiamento e a sonhada solução via CPMF não ocorreu.

Em 1996, aconteceu a 9ª Conferência Nacional de Saúde e foi publicada a Norma Operacional Básica 01/96, que estabelecia duas condições de gestão: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde.

As mudanças mais importantes no financiamento foram a criação do Piso de Atenção Básica/ PAB e o financiamento para os Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

A NOB 96 representou um passo importante no processo de municipalização, na medida em que definiu o repasse automático de um Piso de Atenção Básica, proporcional à população, para todos os municípios brasileiros, habilitados em alguma forma de gestão do SUS.

Por outro lado, é necessário considerar que o valor de dez reais por habitante por ano, definido como piso, era absolutamente insuficiente para reorganizar a Atenção Básica que, no discurso oficial, era colocada como prioridade, mas na prática recebia recursos financeiros proporcionalmente menores do que os recursos destinados para os serviços consumidores de alta tecnologia.

Mesmo com os acréscimos obtidos através dos componentes da parte variável do Piso de Atenção Básica, os valores ainda assim eram insuficientes para as ações de Atenção Básica.

Estes componentes do PAB eram incentivos financeiros para os municípios interessados na implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde/PACS, de Saúde da Família/PSF, do Programa de Combate às Carências Nutricionais, e recursos para Assistência Farmacêutica Básica e Ações Básicas de Vigilância Sanitária. Os três primeiros componentes – PACS, PSF e para Carências Nutricionais – eram repassados para os municípios que se comprometiam a implantar esses programas e cumprir as exigências estabelecidas em portarias.

A NOB 96 representou mais um passo no sentido da municipalização, mas ainda assim os gestores da maioria dos municípios brasileiros não conseguiram fazer que esse aumento relativo de poder do município reverterse em mudanças na produção de saúde.

Na Carta do Rio de Janeiro de 1996, o CONASEMS continua centrando suas críticas na política econômica do governo federal e na necessidade de dar continuidade ao processo da reforma sanitária. Nessa carta, a proposta sobre o financiamento do SUS aponta a necessidade de ampla mobilização para aprovação do Projeto de Emenda Constitucional 169/93, que iria garantir 30% do orçamento da Seguridade Social para a Saúde e no mínimo 10% do orçamento fiscal da União, estados e municípios.

Ao meio dessa sucessão de crises no financiamento, alguns municípios conseguiram desenvolver experiências de organização de modelos tecnoassistenciais usuários centrados, buscando romper com o modelo centrado no hospital e, com recursos financeiros próprios, construíram serviços inovadores em várias áreas.

A título de exemplo, podemos citar o município de Santos que, de 1989 a 1995, aumentou progressivamente o percentual de recursos próprios investidos em saúde: 1989 = 6%; 1990 = 11%; 1991 = 13,13%; 1992 = 14%; 1993 = 15,5%; 1994 = 12,91; 1995 = 12,5%. Em 1993, a Prefeitura de Santos arcou com 85,7% dos custos da saúde, e o repasse do Ministério da Saúde representou apenas 14,3% do total das despesas da saúde (PIMENTA e MACEDO, 1996).

No entanto, muitas destas experiências tiveram duração limitada, sem tempo para consolidar-se, em função da descontinuidade de gestões municipais comprometidas com as mudanças de modelo.

Em geral, com a volta de gestores descomprometidos com as mudanças, o modelo médico hegemônico e as formas mais tradicionais de gestão retornavam com força suficiente para praticamente apagar as marcas do modelo usuário centrado e as formas mais participativas de gestão, evidenciando a força política e ideológica do modelo médico hegemônico e de gestão mais burocrática e centralizadora.

Essas mudanças ocorreram em municípios, cujos gestores de saúde conseguiram investir em projetos que contaram com a adesão dos trabalhadores da saúde e com apoio social, desenvolvendo experiências que alteraram os processos de produção do cuidado, geralmente em áreas específicas, onde houve muito investimento para criação de novas práticas de saúde, como foi o caso da Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e algumas experiências de mudanças na atenção básica, que não se limitaram em mudar a estrutura dos serviços de saúde, mas avançaram nas mudanças dos processos de trabalho, onde ocorre de fato a produção da saúde.

Cecílio (2006) questiona essas mudanças que não resistem à troca de um gerente ou gestor, interrogando se de fato houve mudanças reais na micropolítica do trabalho, no sentido da construção de novas relações entre os trabalhadores e de novas formas de se fazer o cuidado. Segundo esse autor, a descontinuidade dessas experiências e nosso espanto frente a essa situação seriam uma confirmação do quanto os gestores têm superestimado o poder de induzir mudanças, ou subestimado o poder contra instituinte dos trabalhadores em relação aos projetos de mudanças.

Acredito que é muito importante analisar essas experiências, tomando como objeto de análise as mudanças nas práticas de produção do cuidado e nas formas de gestão e, não, o discurso de dirigente em espaços governamentais.

No entanto algumas questões precisam ser pontuadas. A primeira delas é que não se trata simplesmente de um inevitável troca-troca de dirigentes. Com o processo democrático, os espaços governamentais são disputados por forças políticas com diferentes propostas em relação à própria concepção de Estado, que vai desde o gasto do orçamento público em saúde, até a forma de fazer a gestão do trabalho na esfera pública. O processo de implantação do SUS é atravessado por essas questões, que não são menos importantes do que as mudanças nas práticas de produção do cuidado.

As mudanças de dirigentes ou gestores ocorrem, em geral, quando há mudanças de projetos políticos de governos municipais, na situação referida, em que diretrizes governamentais numa determinada direção são substituídas por outras.

A segunda questão refere-se à capacidade dos trabalhadores de manter uma determinada prática de produção do cuidado contra hegemônica, ainda que seja frontalmente contrária à direção governamental, mesmo que essa prática tenha se instituído também por vontade dos trabalhadores.

Tomo como exemplo as mudanças na prática dos serviços de Saúde Mental do município de Santos, no período em que a cidade foi governada pelo Partido dos Trabalhadores, entre janeiro de 1989 a dezembro de 1996. Em Santos houve de fato um protagonismo importante dos trabalhadores de Saúde Mental em todo processo de mudanças no cuidado do paciente com sofrimento mental, o que não impediu que, com a mudança de governo, os novos dirigentes inviabilizassem a continuidade do projeto que vinha sendo construído pelos gestores e pela maioria dos trabalhadores!

Estou convencida da necessidade de, como gestora, criar dispositivos que contribuam para mudanças nas práticas de produção do cuidado e sei, por experiência prática, que se os trabalhadores não forem sujeitos nesse processo, as mudanças não ocorrem de fato.

Mas considero que, no estágio atual de construção do SUS, dificilmente um conjunto de trabalhadores, de um determinado serviço, consegue instituir novas práticas de produção do cuidado centradas nas necessidades de saúde dos usuários, de maneira continuada, se não houver apoio governamental a essas mudanças.

Evidentemente que, em certas situações, sob certos recortes e sentido, trabalhadores podem ser sujeitos de seu processo de trabalho, independente da posição do gestor, pois sempre haverá brechas e rachaduras (Merhy - 2002).

Acredito que, se um conjunto de trabalhadores decidir instituir práticas de produção do cuidado baseadas no modelo hegemônico de produzir saúde no país, independente da posição do gestor, esses trabalhadores terão enormes possibilidades de êxito.

Por outro lado, acredito que para construir práticas de produção do cuidado centradas nas necessidades de saúde dos usuários deve haver mudanças na gestão e nos processos de trabalho. Para que haja mudança na micropolítica dos espaços de produção do cuidado, é necessária combinação de dispositivos de gestão, que induzam e apoiem essas práticas, e o protagonismo dos trabalhadores de saúde.

Essa combinação não elimina os conflitos entre direção das equipes de governo e equipes de serviços, pois as diretrizes centrais, ainda que num espaço democrático, chocam-se, muitas vezes, com a autonomia das equipes; e esses conflitos devem ser tratados como constitutivos da gestão de organizações complexas, como é o caso da saúde.

Segundo Campos (2000), há uma tensão constitutiva da vida institucional, tendo em vista que haverá necessidades e demandas conflitantes entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Por outro lado, os projetos individuais de cada sujeito concreto manifestam-se no cotidiano dos serviços de saúde. A democratização dessas organizações deve buscar construir projetos compartilhados de cuidado, reconhecendo que os projetos individuais vão estar atravessando a organização no seu dia-a-dia.

Os usuários querem ver seus problemas de saúde resolvidos, e os profissionais necessitam do salário e buscam a realização pessoal. A produção da saúde depende da relação desses atores políticos, com seus projetos e subjetividades.

Para implementar mudanças nos processos de trabalho voltadas para serviços usuários centrados, os gestores municipais deveriam empenhar-se na construção de modelos de gestão capazes de criar espaços de produção da saúde que simultaneamente contribuísse para a constituição de sujeitos.

Mas essas questões não faziam parte da agenda da maioria dos gestores do SUS, o que facilitava a manutenção do modelo hegemônico e as formas tradicionais de gestão.

Embora a NOB 96 tenha sido publicada no ano de 1996, apenas em fevereiro de 1998 os recursos do PAB passaram a chegar efetivamente nos municípios.

Merhy (1998) considera que a NOB 96, apesar de apresentar avanços significativos no financiamento com o PAB, não respeita as realidades locais, ao priorizar o pagamento de incentivos criados de maneira vertical, como é o repasse para o Programa de Saúde da Família.

Esse autor considera que, ao estabelecer as formas de gestão plena de atenção básica e plena do sistema, a NOB 96 atende à estratégia de reforma neoliberal do Estado no terreno das políticas sociais, proposta consubstanciada no Ministério de Administração e Reforma do Estado/MARE. Para Merhy, há o risco da criação de dois subsistemas de saúde, e a Norma abriria a possibilidade de transferir para as Organizações Sociais a gestão da rede hospitalar.

Também o CONASEMS manifestou suas preocupações com as proposta do MARE na Carta de Brasília, de 1997: “Externamos nossa preocupação com o cerne das propostas do Ministério de Administração e Reforma do Estado, que implicam um processo objetivo de desmanche dos serviços públicos com criação e incentivo das organizações sociais, matrizes para as práticas que já estão em curso em alguns estados e municípios. Para o setor Saúde a face mais visível dessa proposta é a tentativa de transformar hospitais públicos em pretensas organizações sociais que podem se transformar em excelente oportunidade para a articulação de interesses privados, promovendo na prática a privatização do Estado”.

Em 1995, Bresser Pereira, em sua palestra no Colóquio Técnico prévio a 25ª Reunião do Conselho Diretivo do CLAD, Buenos Aires (Argentina), propôs a criação da OS como parte da Reforma Administrativa do sistema de saúde, e que as Organizações Sociais seriam responsáveis pela gestão do complexo hospitalar, com recursos públicos.

Essa política de privatização através das organizações sociais concretizou-se em grande medida na rede hospitalar sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, conforme será discutido mais à frente.

O financiamento, as formas de descentralização/municipalização, a questão dos recursos humanos e o controle social continuaram ocupando a agenda do CONASEMS em 1997, 1998 e 1999. Os temas incluídos nas cartas da entidade nesse período não trataram da questão da mudança do modelo assistencial e das práticas de produção de saúde.

O CONASEMS na Carta de Goiânia, de 1998, propôs a adoção da promoção da saúde como elemento chave para melhorar a saúde e a qualidade de vida do povo brasileiro.

Na Carta de Vitória, de 2001, além do compromisso com mobilização dos setores sociais em defesa do SUS e com os princípios do SUS, foram colocadas outras questões: necessidade de mecanismos de regulação e pactuação, incluindo o Cartão SUS; da Programação Pactuada Integrada/PPI; do Sistema Nacional de Informação em Saúde; e da capacitação permanente dos trabalhadores de saúde. Pela primeira vez em 12 anos, o financiamento não aparece como prioridade na agenda dos gestores.

Em 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS, mas as propostas da Norma não se efetivaram ou aconteceram parcialmente em alguns estados. Os instrumentos normativos da NOAS: Programação Pactuada Integrada/PPI, Plano Diretor de Regionalização/PDR, e Plano Diretor de Investimento/PDI, na prática não se concretizaram.

Na verdade a PPI já estava prevista na NOB 96, como proposta de estabelecer a responsabilidade de cada município em relação às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiológica, e a pactuação das referências para cada município, inclusive a alocação de recursos para viabilizar a programação pactuada. Mas a PPI não foi implantada nem com a NOB 96 nem com a NOAS e acabou nunca saindo do papel.

Na Carta de Blumenau (2002), aparece a questão do aumento das contratações pelos municípios da força de trabalho na saúde e a necessidade de uma discussão tripartite a respeito dessa expansão. Pela primeira vez, aparece a discussão de recursos financeiros para as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, porém não há um posicionamento claro em relação a essa estratégia de organização da atenção básica.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa”, que criou o Programa e passou a incluir procedimentos vinculados ao PSF na Tabela do Sistema de Informação Ambulatorial–SIA/SUS.

Em 1997, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.886 com as normas do PSF e do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde/PACS.

Em 1998, com a NOB 96, teve início a transferência dos incentivos financeiros do PSF, com repasses do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais, vinculados ao número de equipes contratadas.

Em 1999, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.329, introduziu novo critério para o cálculo das transferências de recursos para o PSF, através da definição de faixas de incentivo por cobertura populacional.

Esse aumento de recursos teve impacto muito significativo nos municípios com menos de 50.000 habitantes: de 1.182 equipes habilitadas em janeiro de 2000 passou para 3.728 em setembro de 2002, com aumento de mais de 100% no número de equipes em menos de dois anos. Isso porque, nos municípios menores, consegue-se atingir coberturas maiores com um número relativamente menor de equipes.

A dificuldade de expansão do PSF nos grandes municípios se deve a um conjunto de fatores e não somente ao fato de necessitar de um maior número de profissionais para atingir as coberturas recomendadas pelo Ministério da Saúde.

No documento do Ministério da Saúde, publicado em 1977, intitulado “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, está colocado como objetivo geral do Programa a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em substituição “ao modelo médico tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital”. O mesmo documento coloca que no PSF a atenção está centrada na família inserida num contexto social e físico, o que deve possibilitar às equipes de PSF uma compreensão ampliada do processo saúde e doença e intervenções que vão além das práticas curativas.

Os princípios apontados no Documento para orientar a atuação das equipes de PSF eram: substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde; unidades do PSF no primeiro nível de uma rede hierarquizada, com serviços de referência e contra-referência, de modo a garantir a integralidade da atenção; território de abrangência e adscrição de clientela; equipe multiprofissional composta, no mínimo, por um médico generalista ou médico de

família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

A proposta do PSF aponta mais na perspectiva de um modelo tecnoassistencial baseado nas propostas da vigilância em saúde, do que na construção de um modelo centrado nas necessidades de saúde dos usuários.

A atenção básica voltada para o atendimento das necessidades de saúde da população pressupõe a incorporação de uma clínica efetivamente resolutive e com uma visão ampliada do processo saúde e doença.

Se a atenção básica não for capaz de resolver os problemas, considerando a maneira como eles são percebidos pelos indivíduos singulares, os usuários vão continuar procurando os outros serviços do Sistema, onde o modelo médico é absolutamente hegemônico.

Isso porque, do ponto de vista ideológico, o sistema médico hegemônico é hegemônico também porque os usuários do Sistema têm como expectativa de consumo o acesso aos procedimentos socialmente considerados como aqueles capazes de combater as doenças e recuperar a saúde.

Esses procedimentos estão representados nas consultas médicas, nos equipamentos de apoio diagnóstico de última geração, nas intervenções precoces para curar doenças que sequer se manifestaram, nos medicamentos potentes, mostrados diariamente pela mídia televisa para milhões de expectadores, como armas potentes e capazes de curar todos os males e prolongar a vida. O modelo médico e a medicalização da vida são aspectos da mesma hegemonia.

Ao privilegiar a epidemiologia em detrimento da clínica exercida pelos serviços de pronto atendimento, o PSF abandona a disputa pela construção de uma clínica que considere simultaneamente a singularidade de cada processo de adoecimento, a forma como esse processo é percebido subjetivamente pelo indivíduo e a determinação social do processo saúde e doença.

Os municípios que adotaram o PSF conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e priorizaram o atendimento de pacientes agendados, sem organizar o processo de trabalho para atender os usuários de sua área de abrangência nos seus processos de adoecimento, não conseguem mudar o modelo assistencial, na medida em que “empurram” os membros das famílias adscritas para os serviços de Pronto Atendimento e Pronto Socorro dos hospitais privados contratados pelo SUS no momento em que, na concepção dos usuários, eles mais precisam do serviço de saúde.

Considero que, se a atenção básica não for capaz de garantir o acesso da demanda espontânea ao atendimento desejado, toda a estratégia de fortalecer a atenção básica fica comprometida.

Mesmo porque as estratégias do PSF de cadastrar famílias, trabalhar com população adscrita, conhecer o território, realizar visitas domiciliares, trabalhar com prontuários clínicos das famílias, objetivam permitir que as equipes conheçam essas famílias, estabeleçam vínculos de confiança e assumam a responsabilidade pela saúde delas. Portanto essa equipe está mais apta a oferecer atenção qualificada a essas pessoas do que as equipes de plantonistas dos hospitais contratados pelo SUS.

A atenção básica, qualquer que seja sua equipe, deve organizar seus processos de trabalho para garantir atenção integral no nível de complexidade específico desse lugar do sistema. Isso significa organizar processos de trabalho para atender as pessoas de acordo com suas necessidades, estabelecendo contratualizações entre os trabalhadores de saúde e os usuários, que considerem as necessidades dos usuários como legítimas. Não é possível propor vinculação da clientela ao serviço, e usar exclusivamente os critérios das equipes para definir em que momento e em que situações essa clientela vai ser atendida.

A diretriz do PSF de fazer vigilância em saúde e omitir a necessidade de exercer uma clínica ampliada na atenção básica está de tal forma enraizada no discurso do Ministério da Saúde, que os gestores municipais que se recusam a trabalhar dessa maneira e buscam incorporar a clínica ao trabalho das equipes e garantir o atendimento à demanda espontânea são acusados de estarem deturpando a filosofia do PSF, de estarem transformando o PSF num grande Pronto Atendimento.

Outra diretriz do PSF que não contribui para mudar o modelo assistencial é a que determina que os agentes comunitários de saúde devem realizar visitas domiciliares mensais para todas as famílias cadastradas e considera obrigatórias as visitas por parte de todos os profissionais que compõem as equipes para todas as famílias.

A experiência prática mostra ser desprovido de sentido obrigar o agente a visitar, mensalmente, famílias que estejam em boas condições de saúde, enquanto outras, que se encontram em situação de maior vulnerabilidade e precisam de acompanhamento, recebam o mesmo número de visitas, porque assim está definido nas diretrizes do Programa.

O número de visitas dos agentes não é uma decisão para ser tomada de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, nem mesmo pelas equipes centrais das secretarias municipais de saúde. Essa decisão compete à equipe, que conhece as famílias e deve programar coletivamente as visitas.

Por outro lado, existem situações em que a família necessita da visita mensal de um auxiliar de enfermagem, ou do médico, e que o agente não poderá ajudar aquela família.

A equipe de PSF, que conhece as famílias cadastradas, sabe da situação dos pacientes acamados, conhece suas necessidades de visitas, não somente do ponto de vista de periodicidade, mas principalmente em relação ao profissional mais capacitado para cuidar daquele paciente.

Uma equipe de PSF responsável pelas famílias de sua área de abrangência deve ter autonomia para tomar decisões. Para que as equipes assumam a responsabilidade pelas famílias, a gestão municipal deve buscar dispositivos que contribuam para a construção de uma nova subjetividade em cada trabalhador de saúde e no usuário. E isso não se consegue com controle e regras burocráticas.

Outro problema concreto é o discurso utilizado pelo PSF em relação ao atendimento no domicílio, que muitas vezes é passado à população de uma forma demagógica, que não contribui para organizar o processo de trabalho da equipe para atender necessidades da população. As denominações de “saúde em casa” e “médico em casa”

passam a falsa idéia de que o atendimento vai ocorrer prioritariamente no domicílio, quando na verdade o atendimento no domicílio somente deve ocorrer quando a necessidade do usuário justificar essa atenção.

Num país como o Brasil, com a escassez de recursos financeiros alocados no setor saúde, trabalha-se, na maioria dos municípios, com número de profissionais insuficiente para executar todas as ações previstas no Programa. Nessas situações, não há como transformar em ações concretas o discurso de que vai ser oferecida atenção domiciliar integral para as famílias cadastradas.

As equipes podem programar visitas para que haja uma maior apropriação em relação às condições de vida dos usuários, um maior conhecimento das condições do território. Mas isto é muito diferente de, para cumprir uma diretriz do Ministério, determinar que todas as equipes tenham de fazer um determinado número de visitas, independente das necessidades dos usuários.

Desde 1998, o Ministério da Saúde adotou o Saúde da Família como estratégia para mudar o modelo assistencial em todo país. Os dados do Ministério da Saúde mostram que houve uma expansão muito significativa do número de equipes. Em novembro de 2005, o número de habitantes acompanhados pelas equipes de saúde da família era de 76.885.452 brasileiros, o que representava 43% de cobertura nacional (BRASIL, 2005).

Segundo dados do mesmo ministério, em janeiro de 2000 eram 1.438 equipes e, em novembro de 2005, havia 23.956 equipes de saúde da família cadastradas junto ao Ministério de Saúde. Em cinco anos, o aumento do número de equipes foi de mais de 16 vezes. Chama atenção o número de agentes comunitários de saúde: 204.772 agentes em todo país em novembro de 2005. São Paulo é o terceiro estado com o maior número de agentes. Em primeiro lugar, está a Bahia com 23.096 agentes; em seguida está Minas Gerais com 20.820 ACS; e São Paulo com 18.383 agentes.

A primeira questão que se coloca é sobre quais as estratégias realmente efetivas para mudar o modelo médico hegemônico e qual o papel do Ministério da Saúde na definição dessas estratégias. Compartilhamos com Merhy e Campos, que as mudanças necessárias para implantação de um modelo usuário centrado devem ocorrer nos processos de trabalho de produção de saúde.

Para modificar esses processos de trabalho, são necessárias mudanças profundas na micropolítica do trabalho vivo, especialmente dos médicos. Os valores éticos que devem permear as relações entre os profissionais de saúde e os usuários, e entre os próprios trabalhadores, devem basear-se na solidariedade e no respeito aos direitos de cidadania em relação à saúde.

Segundo Merhy (1997), a constituição de um novo modelo assistencial pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores na produção da saúde e deve ter como diretrizes o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a autonomia.

As equipes gestoras das secretarias municipais de saúde, responsáveis pela gestão da Atenção Básica, são atores fundamentais no processo de mudança da produção da saúde, na medida em que, a partir das diretrizes de acolhimento, vínculo e responsabilização, podem criar dispositivos que contribuam para a criação de novas formas de relacionamentos dos trabalhadores de saúde com os usuários.

Se, para mudar o modelo tecnoassistencial é necessário mudar os processos de trabalho em cada microespaço dos serviços de saúde, é necessário considerar as dimensões de um país como o Brasil, que se organiza politicamente num sistema federativo, com autonomia em cada esfera de governo e com mais de cinco mil municípios distribuídos em 27 estados, também autônomos; que vive numa democracia com eleições diretas a cada quatro anos para todos os cargos do Poder Executivo e Poder Legislativo, o que significa mudanças no comando dos municípios que, na maioria das vezes, são acompanhadas de mudanças nas equipes de gestão da saúde municipal.

Num país com essas dimensões e com um Sistema de Saúde que se propõe a ser único, definir estratégias para mudança de modelo para, de fato, alterar a produção de saúde, significa tomar decisões que vão ter que envolver um grande número de atores políticos, implicados com o processo de mudanças.

Considerando que atenção básica está praticamente toda ela municipalizada desde a década de 90, com algumas exceções, a atuação dos gestores municipais é imprescindível para imprimir mudanças na gestão do cuidado.

No estado de São Paulo, a municipalização dos centros de saúde teve início na segunda metade da década de 80 e, nos anos 90, os gestores municipais já eram responsáveis por praticamente toda a rede básica existente no estado, com raras exceções, como é o caso da capital de São Paulo, que assumiu a gestão da atenção básica apenas em 2001.

A construção de estratégias potentes para imprimir mudanças efetivas na atenção básica dos municípios depende de um amplo e vigoroso processo de discussão com os gestores municipais, com o objetivo de ganhá-los para a idéia da necessidade de mudança do modelo assistencial, e a construção de um consenso no sentido de que a Saúde da Família fosse de fato a melhor estratégia para mudança de modelo.

Além disso, os gestores precisam apropriar-se de ferramentas de gestão que contribuam para aumentar a capacidade de operar as mudanças nos processos de trabalho para produzir saúde.

Para enfrentar os interesses que sustentam o modelo médico hegemônico e romper com as formas tradicionais de administrar as máquinas públicas, é necessário um potente movimento contra hegemônico, articulado por atores políticos efetivamente comprometidos com as propostas de mudanças. E que tenham governabilidade para imprimir mudanças nos processos de produção do cuidado, através da implementação de modelos de gestão democráticos e com participação efetiva de trabalhadores e usuários.

Para operar mudanças nos processos de produção de saúde, é necessário que os profissionais comprometam-se com os resultados de seus trabalhos e assumam responsabilidade com a saúde dos usuários, buscando formas criativas de organizar-se enquanto equipe. No dizer de Campos (1994), o trabalhador tem que estar comprometido com sua obra.

Se os gestores do Ministério da Saúde estivessem de fato comprometidos com a construção de um modelo assistencial baseado no acolhimento, no vínculo e na responsabilização, teriam que investir no sentido de aumentar a capacidade de governo dos gestores municipais para construção do novo modelo.

Esse processo por si só não garantiria a mudança, mas sem ele é praticamente impossível mudar cada serviço e gradativamente ir capilarizando esse movimento no sentido de mudar toda a rede assistencial de um município.

As diretrizes apontadas pelo Ministério da Saúde para operar as mudanças, sem esse movimento político centrado na construção de uma nova contratualização entre trabalhadores e usuários, não têm potência para enfrentar o modelo hegemônico. Esse Ministério fez poucos investimentos nesse sentido; apostou mais na criação de incentivos financeiros para os municípios que aceitassem cumprir as exigências para implantação da Saúde da Família.

A estratégia deu certo em relação à expansão do número de equipes. Mas, se essa expansão representou avanços efetivos na construção de modelos assistenciais centrados nas necessidades de saúde dos usuários, ainda permanece uma questão em aberto.

A segunda indagação que se coloca é se a equipe que dirigiu o Ministério da Saúde no período de implantação e expansão acelerada do Programa, entre 1998 e 2002, tinha apoio político do núcleo de poder do governo federal para mudar o modelo médico hegemônico e retirar poder da indústria de equipamentos médicos e hospitalares, da indústria farmacêutica e da corporação médica.

Durante os governos de Fernando Collor de Melo e de Fernando Henrique Cardoso, o Brasil viveu o fortalecimento do neoliberalismo. Embora o neoliberalismo tenha surgido na Europa e América do Norte depois da II guerra mundial, ele vai chegar aos países latinoamericanos no final da década de 80 e início dos anos 90. O caso do Chile e Bolívia foram “experiência-piloto do neoliberalismo” na América Latina, a primeira ocorrida nos anos 70 e a segunda em 1985.

Segundo Perry Anderson (1995), o neoliberalismo surgiu na Europa para combater o estado do bem estar social e para desmontar todo tipo de regulação do mercado por parte do Estado. Segundo os neoliberais, a desigualdade era um valor positivo e imprescindível para o desenvolvimento das sociedades. Para eles, as raízes da crise do capitalismo europeu, na década de 70, estavam localizadas no poder excessivo dos

sindicatos e do movimento operário, que através de suas pressões e conquistas havia comprometido as bases da acumulação capitalista. Tratava-se, portanto, de manter um estado forte para romper com o poder dos sindicatos, capaz de diminuir os gastos sociais e liberar o mercado da regulação estatal. A estabilidade monetária deveria ser a meta dos governos, obtida com disciplina orçamentária e reformas fiscais, com contenção de gastos sociais e aumento do desemprego, como forma de quebrar a força do movimento sindical.

Esse programa do neoliberalismo realizou-se no final da década de 70 na Europa, com início na Inglaterra de Thatcher, em 1970. Em seguida, foi a vez dos Estados Unidos, com a eleição de Reagan em 1980; depois na Alemanha, com Kohl, em 1982; e durante a década de 80 praticamente todos os países europeus adotaram o neoliberalismo, que se impunha do ponto de vista econômico, político e ideológico.

As mudanças econômicas levaram à recuperação dos lucros dos capitalistas, mas isso não levou à recuperação dos investimentos, conforme era esperado pelos ideólogos do neoliberalismo. Ainda segundo Anderson, isso ocorreu, porque a desregulamentação financeira criou condições mais favoráveis para a inversão especulativa do que para investimentos produtivos. Na década de 80, aconteceu explosão dos mercados de câmbios internacionais, com transações puramente monetárias, o que acabou provocando uma diminuição no comércio de mercadorias reais.

Com esses resultados, o neoliberalismo provocou uma profunda recessão nos países avançados no início da década de 90. Mas a crise na economia não provocou uma reação contra o neoliberalismo, que continuou com hegemonia política e garantindo o êxito eleitoral de seus defensores.

O segundo alento do neoliberalismo foi quando de sua vitória no leste europeu, a partir da queda do comunismo na Rússia, no momento em que seus limites tornavam-se claros no Ocidente. O impacto do triunfo do neoliberalismo no leste europeu representou uma vitória ideológica em escala mundial.

A expansão do neoliberalismo na América Latina vai ocorrer no final da década de 80, e as três experiências, do México, Argentina e Peru, vão registrar êxitos, no curto prazo, em termos de deflação, desregulamentação, desemprego e privatizações.

Anderson afirma que, embora o neoliberalismo tenha fracassado em termos econômicos na medida em que não conseguiu o crescimento do capitalismo avançado, socialmente ele foi vitorioso ao criar sociedades mais desiguais. Mas a grande vitória do neoliberalismo se deu no campo da política e da ideologia; o neoliberalismo é hoje hegemônico em praticamente todo mundo.

Com neoliberalismo ocorre o processo de globalização da economia, principalmente em relação às transações financeiras, com abertura da economia e rompimento das barreiras alfandegárias dos estados nacionais, avanços extraordinários da comunicação e da informática, redução da presença do Estado na economia e na prestação de serviços e hegemonia do capital financeiro. Nesse período ocorre ainda a reestruturação produtiva, através da incorporação de novas tecnologias na produção industrial, destinadas a aumentar a produtividade dos processos de trabalho.

Segundo Francisco de Oliveira (1995), no Brasil, a ditadura brasileira começou o processo de dilapidação do Estado brasileiro, que continuou com o governo Sarney. Essa dilapidação propiciou o clima para que a ideologia neoliberal prosperasse aqui e a eleição do presidente Collor representou a vitória do neoliberalismo no país.

Ainda segundo Oliveira, nesse início da década de 90 a sociedade civil no Brasil mostrou uma vitalidade capaz de responder ao ataque neoliberal, através da mobilização do movimento sindical e de outros movimentos sociais, que culminou com o *impeachment* de Collor.

No entanto, com os oito anos de Fernando Henrique Cardoso, houve um aprofundamento do neoliberalismo no Brasil. E é nessa conjuntura que ocorreu a expansão do PSF no país.

Os interesses hegemônicos do Estado brasileiro nesse período voltavam-se muito mais para definição da Saúde como um conjunto de serviços a ser regulado pelo mercado, do que para a concretização do preceito constitucional que colocou saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

A disputa entre os atores políticos que entendiam a saúde como uma questão a ser resolvida no mercado e os que a entendiam como direito de cidadania e dever de Estado vai estar presente no processo de construção do SUS nesse período.

A política de saúde em diferentes conjunturas é sempre resultado de um jogo de forças que permanentemente buscam hegemonizar o processo. A disputa entre atores políticos que entendem a Saúde como uma questão que deve ser tratada de acordo com as regras de mercado, como serviço privado, e atores que a compreendem como questão da esfera pública, que deve ser gratuita, de acesso universal, permanece como jogo político de forças que buscam conquistar hegemonia política e ideológica. Essa disputa ocorre mesmo com o direito à saúde já estabelecido na Constituição Federal.

A reversão das políticas de proteção social, com agravamento das desigualdades e da exclusão, a desregulamentação das atividades econômicas e sociais pelo Estado, a privatização de várias empresas públicas e a soberania das leis de mercado vão interferir diretamente no processo de construção do SUS, que sofre os impactos do ajuste fiscal e corte de receitas públicas para a saúde.

Com a implantação das políticas de ajuste fiscal, a saúde passou a ser alvo das propostas de contenção, visto que, na maioria dos países, era financiada pelo Estado. Os defensores do ajuste fiscal criticavam a universalização do acesso, como responsável pelos altos custos da assistência, quando na verdade este alto custo era consequência do modelo médico hegemônico.

O CONASEMS manifestou-se, em todos os encontros e congressos, realizados no período de 1991 a 1997, contrário à política neoliberal do Estado brasileiro (2003).

As diretrizes do Banco Mundial para os países em desenvolvimento, do “Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993, Investindo em Saúde”, propõem que os governos financiem pacotes restritos de ações de saúde, as chamadas “cestas básicas” de saúde, uma das formas de oferecer acesso a serviços aos excluídos, com baixa tecnologia, de baixo custo, para não comprometer o ajuste fiscal a que esses países foram submetidos na década de 90.

Segundo a agenda do Banco Mundial, a saúde não deve ser considerada como direito de cidadania a ser garantido pelo Estado, ou seja, saúde não é um bem público. Para o Banco, a saúde pública deve restringir-se a programa de combate a desnutrição, com prioridade para crianças; programas de imunização e de controle e prevenção de

doenças infecto-contagiosa e AIDS. O acesso a esses serviços seria restrito à população carente e aos grupos de risco. As ações de maior complexidade ficariam sob a responsabilidade do setor privado, como um serviço oferecido pelo mercado e pago pelos consumidores.

As propostas do Banco Mundial são contrárias às propostas do SUS, que considera saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Além disso, a garantia do acesso universal e da atenção integral, previstos no SUS, é incompatível com a privatização do acesso às ações de maior complexidade.

Segundo Mendes (2001), a Organização Mundial de Saúde reconhece que não é possível garantir acesso universal para todas as pessoas e propõe um novo universalismo, adotado em função da tendência da demanda superar a oferta. O autor afirma que esse desequilíbrio deve ser corrigido por meio de sistemas de racionamento dos serviços de saúde transparentes, definidos pelo critério de necessidade em saúde.

Para Mendes, os sistemas estruturados com base no novo universalismo devem oferecer a todos um pacote de serviços, e os procedimentos que não estejam incluídos nesse pacote devem ser adquiridos por quem os deseje ou possa pagar por eles em sistemas privados suplementares. O autor defende e expõe com clareza a visão de setores da social democracia brasileira, setores estes que dirigiram por muitos anos não somente o Ministério da Saúde, mas também secretarias estaduais da maioria dos estados e secretarias municipais de importantes municípios brasileiros.

O primeiro questionamento que cabe a esse novo universalismo é sobre a resposta que o estado e a sociedade brasileira vão dar aos cidadãos que necessitarem ter acesso aos procedimentos, que não estejam incluídos no referido pacote e que não possam pagar por esses procedimentos nos sistemas privados suplementares.

O segundo questionamento refere-se à forma que essa questão está colocada: que esses procedimentos sejam adquiridos por quem os deseje, que os compre no mercado privado. Ocorre que, na maioria das situações, não se trata de um desejo, mas de uma necessidade. O paciente não deseja fazer quimioterapia ou fazer radioterapia! Ele necessita fazer quimioterapia ou radioterapia; e, se ele não puder pagar por este procedimento no sistema privado, o que irá ocorrer com esse paciente?

Ainda segundo Mendes, o SUS deverá garantir um pacote de serviços essenciais que deverá ser ofertado a todos. Os serviços não essenciais poderão ser adquiridos no sistema privado. Essa definição de essencial ou não essencial ficará a cargo de quem?

Durante toda história do SUS, os dirigentes políticos dos ministérios das áreas de planejamento e de finanças sempre se colocaram em oposição à proposta de universalidade e integralidade.

Para a cúpula que dirigiu a área econômica do governo federal brasileiro no período de criação e implantação do Programa Saúde da Família, o PSF veio cumprir esse papel de constituir-se em pacote restrito de ações de saúde financiado pelo Estado, voltado para estratos sociais com baixo poder de consumo.

Em 1995, o presidente Fernando Henrique Cardoso colocou o PACS e o PSF como projetos prioritários do governo federal, e o PSF era concebido como medida racionalizadora de expansão de cobertura da atenção básica.

Em relação ao PSF havia, a meu ver, atores políticos em postos de comando do Ministério da Saúde que acreditavam ser possível mudar as práticas sanitárias através daquele conjunto de diretrizes e com os incentivos financeiros como forma de atrair os municípios para a proposta. Mas, para a cúpula do governo, o PSF veio muito mais para responder a essa conjuntura macroeconômica do neoliberalismo e, não, como projeto substitutivo ao modelo médico hegemônico, embora o discurso do Ministério da Saúde fosse do PSF como estratégia de reorientação do modelo assistencial.

Toda política econômica e as políticas sociais dos governos Collor e FHC foram no sentido de reestruturar o gasto público, incluindo a saúde, para garantir o ajuste fiscal, privatizar instituições estatais e fortalecer o mercado em detrimento do público estatal.

Na Saúde, o modelo médico hegemônico sempre representou os interesses do setor privado da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e de apoio diagnóstico. Enfrentar tais interesses levaria a um confronto com esses grupos econômicos,

grupos estes que davam sustentação ao modelo de desenvolvimento econômico que o país estava vivendo.

Portanto um governo que assume e radicaliza as propostas neoliberais de organização da sociedade não poderia tomar medidas que enfraquecessem os interesses econômicos, políticos e ideológicos desse modelo.

As diretrizes do Banco Mundial e as propostas da área econômica para o controle de gastos da saúde enfrentaram a resistência dos atores políticos comprometidos com a construção do SUS. A universalidade do acesso e a integralidade fazem parte das diretrizes e princípios do SUS, que devem ser garantidos pelo Estado, com financiamento dos três níveis de governo, e essas diretrizes são incompatíveis com as diretrizes do Banco Mundial.

O debate sobre o PSF e a implantação efetiva das equipes ocorreu na arena política, em que diferentes atores disputam projetos e diferentes interesses expressam-se na construção das redes de atenção básica municipais.

Com a diversidade do país e as diferenças, inclusive partidárias, entre as orientações do governo federal de FHC e as orientações de muitos governos municipais, o projeto político do PSF acabou sendo o resultado da ação concreta dos diversos atores que disputavam a hegemonia na definição dos rumos do SUS em nosso país, no processo da Reforma Sanitária em curso desde a década de 80.

Evidentemente que nessa disputa de projeto o peso do Ministério da Saúde foi muito maior do que o peso dos municípios, que na maioria das situações, viram-se obrigados a implantar o Programa seguindo “à risca” as imposições do nível federal. Usando o discurso de “indutor de políticas através do financiamento”, o governo federal impunha regras que em muitos casos eram cumpridas pelos gestores municipais de forma cartorial e sem se preocupar em construir serviços efetivamente voltados para o atendimento das necessidades da população.

Nesse sentido, é importante referir-se ao excessivo grau normativo do Ministério da Saúde em relação ao PSF.

Os municípios são obrigados a implantar um sistema de informação definido centralmente, o Sistema de Informação de Atenção Básica/ SIAB, que coleta uma quantidade enorme de informações, muitas delas sem nenhuma utilidade para a gestão municipal ou para gestão do cuidado, e ao mesmo tempo, informações essenciais para o município não constam no sistema. Para preencher as planilhas do SIAB, as equipes gastam um tempo precioso que poderia ser usado na atenção ao usuário.

Coletar e produzir informações que contribuam para tomada de decisão é fundamental na gestão de serviços e do cuidado, mas coletar dados para alimentar um banco de dados nacional, com pouca ou nenhuma utilidade, é uma imposição que contraria o processo de descentralização.

Gestores municipais com maior capacidade de governo, tanto no que diz respeito à experiência acumulada na gestão, como em relação à disponibilidade financeira e tecnológica, e interessados em investir na mudança do modelo médico hegemônico e em modelos de gestão mais democráticos, foram capazes de adequar o PSF à realidade local e usar a estratégia para reorientar a mudança da atenção básica, investindo em mudanças nos processos de trabalho e de gestão do cuidado.

No modelo médico centrado, as redes básicas municipais sempre foram tratadas de maneira absolutamente secundárias e marginais, pois as prioridades de investimentos estavam nos hospitais e nos serviços consumidores de alta tecnologia.

O modelo hospitalocêntrico e a gestão tradicional das secretarias municipais de saúde fizeram que centenas de municípios, principalmente das regiões norte e nordeste, não contassem com serviços de atenção primária organizados para desenvolver ações capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde de uma determinada população adscrita nem no que diz respeito à abordagem clínica nem no que diz respeito às ações coletivas, voltadas para prevenção das doenças e promoção da saúde.

A proposta do PSF teve este mérito de colocar na agenda política nacional do SUS a necessidade de desenvolver tecnologias apropriadas para atenção primária.

Mas por ser excessivamente prescritivo, por ter como objetivo real a expansão de cobertura com baixo custo, por trazer embutido o projeto que valoriza a vigilância em saúde em detrimento da clínica, por não mobilizar os gestores municipais,

responsáveis diretos pela gestão do cuidado na atenção básica, por não propor medidas efetivas para alterar os processos de trabalho, por não propor estratégias eficazes para combater a medicalização, o PSF não conseguiu, em âmbito nacional, substituir o modelo de produção de procedimentos.

No entanto, nos municípios em que houve mudanças na gestão e investimentos concretos em mudanças nos processos de trabalho, com objetivo de construir serviços centrados nas necessidades de saúde da população, a organização da atenção básica através de equipes de Saúde da Família contribuiu para a mudança de modelo.

A meu ver não é o fato da rede básica estar organizada como Saúde da Família que garante a centralidade do usuário, mas por trabalhar com um modelo de gestão do cuidado que privilegia a tecnologia relacional em detrimento da tecnologia dura, dos equipamentos e dos insumos.

Existem experiências de municípios que investiram na construção de modelos tecnoassistenciais usuários centrados e conseguiram deslocar a hegemonia do modelo médico e incorporar o conjunto dos trabalhadores no novo modelo. A análise dessas experiências tem trazido elementos importantes para clarear o debate sobre as estratégias principais para mudança nas práticas de saúde.

Uma questão que se coloca na análise dos processos de construção do SUS nos municípios é a fragilidade dessas experiências, que duram o tempo de mandatos de prefeitos comprometidos com políticas públicas de inclusão social. São experiências inovadoras na saúde, mas que não conseguem consolidar-se e sobreviver às mudanças dos governos municipais.

O que tem se observado, na maioria das situações, é que com as mudanças das equipes de governo, as experiências de modelos voltados para o atendimento das necessidades de saúde não conseguem ter continuidade enquanto projeto de atores em espaços de governo.

Os outros atores políticos interessados nesses modelos usuários centrados, teoricamente a população e os trabalhadores comprometidos com os interesses dos usuários, não têm conseguido garantir a continuidade da política de saúde com a saída de gestores identificados com a mudança das práticas sanitárias.

A análise da sustentabilidade dessas experiências e o conhecimento do que permanece após a mudança de governo são importantes para o movimento sanitário.

Uma das questões colocadas hoje no debate nacional é que o processo de construção do SUS deve ser encarado como uma questão de estado e não de governos, justamente para evitar a descontinuidade de uma política pública que interessa à maioria da população.

Essa questão insere-se no debate mais geral da relação política entre sociedade civil organizada e Estado. Trata-se de compreender em que medida a saúde, como política pública, foi incorporada na agenda política do país, como um direito a ser garantido a todo cidadão. Essa não é uma questão menor, num país com o grau de exclusão social, como o Brasil.

Não é possível construir uma política pública, contra hegemônica, duradoura, exclusivamente a partir de atores políticos que ocupam espaços de comando nas instituições públicas estatais. Porém o país não tem um movimento social que defenda a saúde como direito de todos os cidadãos, de acordo com suas necessidades, que se organize e mobilize corações e mentes para pressionar o Estado, a fim de garantir esse direito na sua integralidade.

O movimento sanitário institucionalizou-se. Nós, militantes desse movimento, estamos quase todos ocupando cargos em governos, nas esferas municipais, estaduais ou federal do Estado.

O movimento sindical, enquanto ator político, nunca lutou efetivamente para defender o SUS e incorporar a saúde pública de qualidade como uma de suas bandeiras de luta. Essa situação agravou-se com o neoliberalismo, em função da crise do movimento sindical, provocado pelas mudanças no mundo do trabalho, pelo desemprego estrutural, entre outros.

O movimento popular, na última década, vem passando por um processo de desmobilização, e a saúde não está na agenda política desse movimento, diferente do que ocorreu em alguns grandes centros urbanos na primeira metade da década de 80.

A participação da comunidade, prevista na legislação do SUS, vem ocorrendo através dos conselhos de saúde e das conferências, nas três esferas de governo. As Conferências têm conseguido mobilizar um grande contingente de usuários, trabalhadores e gestores, para debater os temas mais importantes do SUS. No entanto as discussões e deliberações das Conferências, particularmente das estaduais e nacionais, não têm sido implementadas. O próprio formato das conferências mostra não ter potência para impactar os modelos assistenciais concretos.

Segundo dados do Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, que contou com 4.000 delegados, o processo que precedeu a conferência nacional contou com a participação de cerca de 100.000 pessoas. O tema da conferência foi: “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”.

Apesar de toda mobilização, os delegados presentes na 12ª Conferência Nacional de Saúde não conseguiram aprovar o relatório final na própria Conferência. O Relatório Final foi finalizado após o término dela, através de consulta por telefone e por correio aos delegados. O Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde tem 700 propostas.

Além das deliberações das conferências nacionais, existem as deliberações das conferências temáticas. É praticamente impossível para um gestor do SUS comprometer-se com o conjunto das deliberações que as várias conferências têm aprovado. Essas deliberações representam propostas idealizadas, sem condições de se viabilizarem nas condições atuais do país.

Os conselhos de saúde também têm apresentado dificuldades para constituir-se enquanto espaço de decisão política, com participação efetiva dos usuários do sistema, trabalhadores, gestores e prestadores. Poucos conselhos estaduais conseguem discutir e deliberar sobre as diretrizes políticas da saúde no Estado. As secretarias estaduais, na sua maioria, executam uma política de saúde restrita aos seus serviços próprios, sem colocar-se como gestor estadual do SUS e sem responsabilizar-se pela coordenação das redes de cuidados e da integralidade.

Os conselhos estaduais não conseguem pautar as SES, que não apresentam seus Planos de Saúde, não discutem seus orçamentos, não prestam contas de suas execuções orçamentárias. As reuniões ocorrem, mas o resultado delas para a implementação do SUS no estado é praticamente nulo.

Os conselhos municipais são muito diferentes de um município para outro, em parte em função das enormes diferenças entre os municípios, mas também em função da própria gestão municipal da saúde. Há conselhos municipais que são atores políticos atuantes, que cumprem seu papel de exercer controle social sobre a política de saúde no nível local. Mas há também os que funcionam de maneira burocrática, apenas para cumprir a exigência legal do SUS.

Nesses 16 anos de construção do SUS, o movimento sanitário tem demonstrado enorme capacidade de mobilização das pessoas. O Sistema Único de Saúde é a maior política de inclusão social existente no país e, como política pública, conseguiu expandir-se na contra mão do neoliberalismo.

Segundo Eugênio Vilaça (*op.cit*, tomo I) “a transformação de 60 milhões de pessoas, indigentes sanitários, em cidadãos portadores de direitos à saúde foi a maior e irreversível conquista da reforma brasileira” (p. 28). Mas, apesar das mobilizações, o controle social do SUS não tem conseguido alterar de fato as práticas sanitárias.

Nesse cenário de construção da mais significativa política pública nacional, os municípios brasileiros vêm construindo o SUS nos seus territórios, investindo na estruturação dos serviços, alguns fortalecendo o modelo médico hegemônico e reproduzindo práticas de gestão burocráticas, enquanto outros buscam construir modelos tecnoassistenciais em defesa da vida dos usuários.

Com a redemocratização do país, as eleições para os cargos executivos ocorrem a quatro anos. As eleições para presidente da república e governadores ocorrem simultaneamente, mas as eleições para prefeito não, e isso faz que, a cada dois anos, ocorram eleições ou para presidente e governadores ou para prefeitos. Como o SUS depende das três instâncias de governo, as mudanças eleitorais sempre interferem no seu processo de construção.

Entre 1985 e 2005, o país teve cinco presidentes da república: José Sarney, Fernando Collor de Melo, Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva; e dez ministros da saúde.

Nos últimos 12 anos, o estado de São Paulo foi governado por Mário Covas e Geraldo Alkmim, ambos da mesma coligação partidária, formada por vários partidos, com hegemonia do PSDB e PFL. São Paulo teve dois secretários de saúde nesse período: José da Silva Guedes, que assumiu o cargo em 1995 e permaneceu oito anos na direção da Secretaria Estadual de Saúde; e José Roberto Barradas Barata que assumiu em 2003, permanecendo quatro anos no cargo de secretário de estado.

As eleições municipais ocorreram em 1982, 1988, 1993, 1997, 2000 e 2004. A partir de 2001, com a possibilidade do prefeito em exercício se candidatar, os municípios passaram a conviver com mandatos de oito anos com o mesmo prefeito.

A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, nesses 12 anos, vem implantando com êxito a Reforma do Estado, proposta pelo professor Bresser Pereira, quando ocupou o cargo de ministro do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/MARE, em 1997, e elaborou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado/PDRAE. Segundo Bresser Pereira, a crise econômica brasileira é consequência do desequilíbrio financeiro estrutural do setor público e da dívida pública externa. Para superar a crise, ele propõe a redução do Estado e a transferência para a iniciativa privada da gestão de setores do Estado.

Segundo o PDRAE, o aparelho de Estado é formado por quatro setores distintos: Núcleo Estratégico, Atividades Exclusivas, Serviços não Exclusivos e Produção de bens e serviços para o mercado. A Saúde faz parte do setor de “Serviços não Exclusivos”, onde o Estado atua simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas.

Uma das propostas de reforma do Estado no governo FHC foi a criação da Organização Social/ OS, através da Medida Provisória nº 1.591, em 1997, caracterizada como entidade de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos, para as quais o Estado pode transferir a gestão de estabelecimentos públicos.

A proposta das OS faz parte de um projeto de Estado mínimo, que se propõe criar organismos mais ágeis que as estruturas da administração direta do Estado, mediante a gestão por organismos privados, que agem de acordo com a lógica de mercado e recebem recursos orçamentários do governo através de contratos de gestão.

No estado de São Paulo, a OS foi criada através da Lei Complementar 846, em 1998, qualificada como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com atividades nas áreas de saúde e cultura. O Contrato de Gestão é o instrumento utilizado para o gerenciamento entre o poder público e a OS.

As OS da área da saúde atendem os usuários do SUS, mediante recebimento de recursos do poder público, com autonomia para contratar pessoal sem concurso público, para adquirir materiais e medicamentos sem licitação, para realizar contratos assistenciais e terceirizações, buscando alcançar metas que as tornem competitivas no mercado.

Essa proposta vem sendo implementada na rede hospitalar do estado de São Paulo, e a Secretaria Estadual de Saúde assumiu no discurso e na prática as propostas das OS como a melhor forma de fazer a gestão dos serviços do SUS.

Os centros de saúde estaduais, que através das ações programáticas eram responsáveis pela Atenção Básica, foram municipalizados na segunda metade da década de 80 e, desde então, a SES-SP se desresponsabilizou totalmente pela Atenção Básica. Atualmente a Secretaria não contribui nem técnica nem financeiramente com os municípios na gestão da Atenção Básica. Apenas um conjunto de pequenos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano/ IDH baixo recebem recursos financeiros para implantar equipes de Saúde da Família, através do chamado Projeto Qualis.

Com a extinção dos ERSAs e com a criação das Direções Regionais em 1995, o estado repassou para municípios a gestão dos ambulatórios, dos laboratórios, da vigilância sanitária e epidemiológica e da área de controle e avaliação. Mais uma vez a municipalização desses serviços não foi acompanhada de ações de apoio técnico e financeiro aos municípios, que foram obrigados a assumir a responsabilidade pelas ações de média complexidade, sem contrapartida do estado.

Além disso, os hospitais filantrópicos, que representam a principal retaguarda hospitalar na maioria dos municípios paulistas, também não têm recebido recursos financeiros, de maneira sistemática, da Secretaria Estadual. A relação da SES com as Santas Casas se dá mediante o repasse de recursos financeiros uma vez por ano, através da assinatura de Termos Aditivos durante o Encontro Anual dos Hospitais Filantrópicos, que conta sempre com a presença do governador Alckmin. Além desse repasse anual, eventualmente o governo estadual repassa recursos para algumas Santas Casas através de critérios nunca discutidos nas instâncias do SUS.

Simultaneamente a esse processo de retirada da Secretaria Estadual da gestão e financiamento da rede básica e dos serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade, o estado foi estruturando uma forte rede de hospitais de alta complexidade, todos gerenciados por Organizações Sociais, financiados pelo governo estadual, e localizados, na sua maioria, na região metropolitana da grande São Paulo.

O funcionamento desses hospitais foge às regras da Administração Pública e do SUS, e a gestão da maioria dessas OS é realizada sem nenhuma integração com as redes municipais e sem nenhuma participação dos gestores municipais na regulação das vagas dos hospitais.

Na realidade, durante esses 12 anos de governo da frente PSDB e PFL, os gestores da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo têm trabalhado no sentido de viabilizar a reforma administrativa da Saúde de acordo com as diretrizes do MARE, com a proposta de estado mínimo e das OS. Essa posição dificulta enormemente a construção do SUS em São Paulo, na medida em que o estado abdica de seu papel de coordenar o processo de pactuação com os municípios e prioriza as parcerias com as Organizações Sociais.

Ao meu ver, são fundamentais as investigações e a produção de conhecimento das políticas governamentais na área da Saúde do Governo de São Paulo nos últimos 20 anos.

O conhecimento que foi produzido por Merhy precisa ser retomado. A investigação sobre a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo no período da República Velha até as Reformas de 1917 e 1925 e o estudo sobre as políticas

governamentais do período de 1920 a 1948, que trata inclusive da formação da Secretaria Estadual de Saúde, produzido por esse autor, foram decisivos para a compreensão do processo histórico e social da Saúde Pública em São Paulo. Assim como o conhecimento produzido pelo grupo de docentes do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, coordenado por Schraiber e Ricardo Bruno, que iluminaram o pensamento, a produção científica e a prática do movimento sanitário paulista, ao discutir os modelos de organização das práticas de saúde e a Programação em Saúde.

Para nós, militantes do movimento sanitário, envolvidos no processo do “agir em saúde”, é decisiva a produção de conhecimento sobre os processos de formulação das políticas governamentais e de sua expressão nos modelos tecnoassistenciais adotados pelos governos e, nesse caso particular, pela Secretaria da Saúde de São Paulo, estado que tem o maior parque tecnológico de alta complexidade e a maior rede básica de todo o país.

As dificuldades do SUS não são apenas as enfrentadas na relação dos municípios com os gestores da Secretaria Estadual de São Paulo. A política econômica do governo federal também tem se constituído num permanente obstáculo para o avanço do SUS.

Do ponto de vista de política econômica, o país continuou, durante o governo Lula, fazendo o ajuste fiscal com controle rigoroso do gasto público estatal, com inflação baixa, crescimento modesto, desemprego estrutural, superávit primário e predomínio do capital financeiro.

Segundo Santos (2006), a área econômica do governo Lula, por pressão dos atores do SUS, aceitou aplicar, “sem blefar”, a Emenda Constitucional 29/EC29, porém permaneceu refratária a qualquer elevação do financiamento, inclusive posicionando-se contra a aprovação do Projeto de Lei, que regulamenta a Emenda Constitucional 29.

Em relação ao financiamento é importante colocar que o governo Lula também não cumpriu a Emenda Constitucional 29 nos Orçamentos de 2003, 2004 e 2005, na medida em que, pressionado pela área econômica, colocou os gastos com o Bolsa Família, que não se caracterizam como ações e serviços de saúde, no Orçamento da Saúde. Mais grave ainda do que a decisão de incluir os gastos com o Bolsa Família no orçamento da Saúde foi a decisão de não apoiar a aprovação da regulamentação da EC29.

A política econômica comandada pelo ministro Palocci e pelo presidente do Banco Central, com apoio do presidente Lula, caracterizada pelo cumprimento de todos os compromissos com as dívidas internas e externas e manter os juros nos patamares em que foram mantidos, é incompatível com o aumento de investimentos para as áreas sociais, incluindo a Saúde.

Do ponto de vista da organização interna do Ministério da Saúde houve, no governo Lula, uma mudança na estrutura organizacional, feita com objetivo de enfrentar o problema da fragmentação das áreas, e criação de secretarias para implementar políticas consideradas importantes para o SUS.

Além de unificar as secretarias de Assistência Saúde e a de Políticas de Saúde numa única Secretaria de Atenção à Saúde, foram criadas as Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente, da Ciência e Tecnologia e a da Gestão Participativa. Criou-se ainda o Departamento de Apoio a Descentralização/DAD, vinculado à Secretaria Executiva, com o objetivo de implementar linhas de apoio a uma gestão mais compartilhada do SUS.

Outro marco importante do Governo Lula foi a elaboração do Plano Nacional de Saúde/ PNS em 2003, colocado como instrumento básico do Pacto pela Saúde no Brasil. O PNS foi construído a partir das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde; discutido na Comissão Intergestores Tripartite; e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Essa foi uma iniciativa inédita, pois, desde o início da implantação do SUS, os municípios foram os únicos entes da federação obrigados a fazer Planos de Saúde. Embora a exigência de elaborar Planos de Saúde e aprová-los nos Conselhos de Saúde seja uma obrigação legal para estados, municípios e governo federal, apenas os municípios são cobrados pela elaboração de seus Planos de Saúde (Ministério da Saúde, 2005).

Nesse período, houve incentivos financeiros para expansão de cobertura e implantação de novos serviços nas áreas de Saúde Bucal com o “Brasil Sorridente”; na área de Saúde do Trabalhador, com a criação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador/RENAST, que possibilitou a criação e implementação dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador em mais de 100 municípios; na área das urgências e emergências, com a criação dos SAMU nas grandes cidades e regiões metropolitanas;

com ampliação do número de equipes de saúde da família, de agentes comunitários de saúde, de equipes de saúde bucal no PSF; a ampliação dos espaços de participação popular, com a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde e das Conferências Temáticas; o fortalecimento dos espaços tripartites de pactuação do SUS e do Conselho Nacional de Saúde, que passaram a contar com a presença do Ministro da Saúde e de dirigentes do Ministério da Saúde em suas reuniões ordinárias.

Desde 2001 e 2002, com as dificuldades para implantar a Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS, os municípios vêm colocando a necessidade de rever a forma como o Ministério da Saúde e os estados fazem a gestão do SUS, com excesso de normatização, fragmentação nas formas de financiamento e dezenas de sistemas de informação.

A partir de 2003, o CONASEMS colocou uma série de questionamentos à nova equipe do Ministério da Saúde, que iniciou um movimento interno para rever vários aspectos da gestão do SUS (Silva e Dobashi, 2006). A Carta de Natal, aprovada no 20º Congresso do CONASEMS, realizado em 2004, apontava para a construção de um novo pacto de gestão, capaz de substituir a normatização excessiva e superar a lógica da habilitação, buscando uma nova lógica de compromisso com a realização de um conjunto de ações e com seus resultados, conforme a realidade do município (2004).

Em 2004 e 2005, as discussões tripartites avançaram e foram definidos sete eixos de discussão do Pacto: Responsabilização Sanitária; Regionalização; Financiamento; Planejamento e Programação; Regulação e Normatização; Gestão Participativa; Gestão do Trabalho.

A diretoria do CONASEMS elaborou, em 2005, um conjunto de teses, a fim de orientar a diretoria eleita para dirigir a entidade no período de 2005 a 2007. As teses tratam do Financiamento, da Alocação de Recursos, da Gestão do Trabalho, da Municipalização e da Integralidade da Atenção. Essas teses contribuíram de maneira decisiva para orientar a discussão da entidade nos espaços tripartite (Silva e Dobashi, 2006).

A Carta de Cuiabá, aprovada no 21º Congresso do CONASEMS, realizado em 2005, posiciona-se pela desfragmentação dos recursos e pela regulamentação da EC29; pela responsabilidade solidária entre as três esferas de governo; e pela necessidade de um novo Pacto de Gestão.

Segundo Santos (2006), outro fato importante nesse processo foi a realização do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Frente Parlamentar de Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, realizado na Câmara dos Deputados em junho de 2005, que fortaleceu as proposta do Pacto pela Vida, em defesa do SUS e da Gestão.

Após dois anos de discussão, foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite do dia 22/02/06, a proposta do Pacto pela Saúde, com três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Esse pacto foi construído pelo Ministério da Saúde, pelo CONASS e pelo CONASEMS e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

A proposta do Pacto de Gestão é extinguir as atuais formas de Gestão Plena do Sistema Municipal ou Estadual de Saúde e a Gestão Plena da Atenção Básica, possibilitando que cada estado ou município assine um Termo de Compromisso explicitando suas responsabilidades sanitárias, expressas em ações de saúde que irá desenvolver. As referências ambulatoriais e hospitalares regionais serão estabelecidas através da Programação Pactuada e Integrada, que vem sendo proposta desde a NOB 96, que estava na NOAS, e agora está no Pacto de Gestão, porém de uma forma menos normativa.

Em relação ao financiamento, o Pacto de Gestão propõe a redução das 130 formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios para cinco grandes blocos: Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão.

No entanto, a participação dos estados no financiamento dos sistemas loco regionais, embora colocado no Pacto de Gestão, não será garantido por decreto e muita luta ainda terá que ser feita para conseguir uma maior participação das secretarias estaduais no custeio das ações e serviços de referência loco regional.

Até setembro de 2006, nenhum município assinou o termo de compromisso e apenas o estado de Tocantins se habilitou para entrar no Pacto de Gestão.

Segundo Silva e Dobashi (2006), o Pacto de Gestão é o início de uma nova era na Saúde Pública no Brasil, é a retomada dos caminhos da Reforma Sanitária e a efetivação do SUS Constitucional que todos sonhamos.

Segundo Santos (2006), as mudanças propostas no Pacto pela Saúde devem ser analisadas do ponto de vista de macropolítica e microgestão. As mudanças de modelos estarão atreladas aos rumos da macropolítica e da macroeconomia dominantes no país. E a microgestão estará atrelada aos microprocessos de trabalho e da micropolítica, relacionados à dinâmica da subjetividade e da humanização da relação entre as pessoas envolvidas.

Nesse processo de construção do SUS houve avanços importantes em termos de ampliação do acesso, mas avançamos pouco em relação à integralidade e à equidade. E um dos objetivos do Pacto de Gestão é avançar na construção das regiões de saúde, de forma mais solidária e menos normativa.

Um dos obstáculos para garantir atenção integral aos usuários do SUS de acordo com suas necessidades, no que diz respeito à necessidade de ter acesso a toda tecnologia para prolongar a vida, é a inexistência de redes de cuidado construídas a partir da atenção básica no território do município e integrada aos serviços de maior densidade tecnológica localizados, em geral, nos municípios de grande porte.

Importante registrar que mesmo nas grandes cidades, a população da periferia e dos bolsões de pobreza também não consegue, via de regra, ter acesso a toda tecnologia para recuperar sua saúde.

Como a maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte, se o SUS não conseguir construir as regiões de saúde que garantam uma rede de cuidados aos usuários do Sistema, independente do fato dele residir num município de pequeno ou de médio porte, continuaremos distantes do SUS constitucional.

O Brasil conta com apenas 168 municípios com mais de 100.000 habitantes, o que representa apenas 3% do total de municípios do país. Destes 168 municípios, 71 encontram-se em São Paulo, com 42,2% de todo Brasil. Mas o estado de São Paulo

conta também com 44% dos municípios que possuem menos de 10.000 habitantes e que necessitam de retaguarda para os atendimentos de média e alta complexidade fora do seu território.

Segundo Santos (2006), os rumos do Pacto de Gestão dependerão em grande medida dos rumos da macropolítica e macroeconomia.

Ao meu ver, a política econômica a ser adotada pelo próximo presidente da república, enquanto bloco político, e as prioridades que esse bloco definir em termos de políticas sociais, serão decisivos para a implantação do Pacto de Gestão. Se o governo federal não investir recursos financeiros novos e não participar da busca de soluções para os atuais estrangulamentos da gestão local regional do SUS, o Pacto de Gestão dificilmente será implementado completamente.

Além disso, a vitória eleitoral nos estados de forças políticas comprometidas com as posições que hoje são hegemônicas nos estados e expressas nas posições do CONASS irá comprometer as diretrizes do Pacto de Gestão, tanto em relação ao financiamento, como em relação à construção da regionalização solidária e ao comando único do SUS em cada esfera de governo.

Para os municípios, se as questões de financiamento, da gestão do trabalho e da regionalização propostas no Pacto de Gestão forem assumidas solidariamente pelos governos estaduais e pelo governo federal, haverá grande possibilidade de superar as atuais dificuldades para a gestão da saúde nos municípios e estaremos, como prevê o CONASEMS, retomando os caminhos da Reforma Sanitária e a efetivação do SUS constitucional que todos sonhamos.

Mas com o Pacto de Gestão, ou sem ele, o desafio de construir redes de cuidado humanizadas e resolutivas está colocado para os gestores municipais de todo país. Evidentemente que, com financiamento adequado, com as questões da gestão do trabalho assumidas pelas três esferas de governo e com as regiões de saúde definidas para garantir as referências de média e alta complexidade, os municípios terão condições qualitativamente superiores para criar as redes de cuidado nos seus territórios, articuladas com as regiões.

Ou seja, com uma Programação Pactuada e Integrada, voltada para as realidades locais regionais, e com os estados cumprindo suas atribuições previstas no Pacto, os municípios terão muito mais possibilidades de avançar na produção do cuidado e no atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

Além disso, o SUS terá que enfrentar a questão da precarização do trabalho, incentivada durante muitos anos pelo governo federal e pela maioria dos governos estaduais, e com os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal assumida pelos gestores municipais, que agora estão sendo acionados pelo Ministério Público do Trabalho a resolverem as contratações terceirizadas.

No início desse capítulo, coloquei que um dos maiores desafios dos gestores municipais de saúde, interessados em construir modelos tecnoassistenciais centrados nas necessidades de saúde dos usuários, tem sido operar as mudanças nos microespaços de produção do cuidado, dificuldade esta determinada tanto pela hegemonia do modelo médico como pela racionalidade gerencial hegemônica.

Nesse capítulo, defendo a tese que os gestores municipais estiveram, nesses 16 anos de história do SUS, mais voltados para resolver problemas relacionados com a garantia de financiamento para sustentar a expansão de serviços nos municípios e problemas referentes aos mecanismos de gestão municipal da saúde.

Para sustentar essa tese, revisei as cartas do CONASEMS, para demonstrar que as principais bandeiras da entidade, que representa os interesses dos gestores municipais, referem-se ao financiamento e a municipalização. E as questões do modelo tecnoassistencial e do modelo de gestão ocuparam muito pouco da agenda nacional dos gestores municipais.

Por outro lado, apesar dessas dificuldades, nesses 16 anos, alguns gestores municipais investiram na construção de modelos tecnoassistenciais centrados na atenção às necessidades de saúde dos usuários e em modelos de gestão com ampliação dos espaços de participação dos trabalhadores de saúde e dos usuários, utilizando dispositivos que contribuíram para a co gestão e a produção do cuidado.

Considero que a análise de experiências, em situações concretas, poderá contribuir para a discussão de aspectos importantes da construção do SUS nos municípios.

Minha proposta é investigar uma experiência municipal que buscou reformar seus serviços de saúde, investindo na construção de espaços coletivos de gestão, tendo como objetivo a construção de um modelo assistencial voltado para a defesa da vida dos usuários e para a construção de sujeitos.

3- METODOLOGIA

A eficácia da gestão dos sistemas municipais de saúde depende, em grande medida, da capacidade das equipes dirigentes de coordenar democraticamente processos de produção do cuidado, voltados para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Conhecer o processo de construção das equipes dirigentes da saúde nos municípios, bem como a construção de espaços coletivos de gestão é, a meu ver, fundamental para entender as fragilidades e as fortalezas da gestão do SUS no momento atual.

Segundo Campos (2000), os coletivos organizados para produção são grupos de pessoas que se organizam em função do compromisso de produzir valor de uso que tenha algum valor social; eles se constituem também em função de sua própria reprodução e do atendimento de desejos e interesses de seus membros. Portanto a finalidade desses coletivos não é somente produzir valores de uso, mas também de constituir sujeitos e reproduzir os próprios coletivos.

Ainda segundo esse autor, espaço coletivo é um lugar e um tempo específico em que ocorrem encontros entre Sujeitos, construindo-se oportunidades para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes.

Segundo Campos, para enfrentar a racionalidade gerencial hegemônica, que busca diminuir a autonomia e a liberdade das pessoas através da disciplina e do controle, há que se investir na democracia institucional e na construção de arranjos estruturais, capazes de reconstruir linhas de subjetividade e novos métodos de gestão.

O investimento na democracia institucional se concretiza por meio da construção de sistemas de co-gestão, o que pressupõe uma nova lógica de distribuição do poder, e o desenvolvimento da capacidade de direção por um conjunto ampliado de pessoas, e não somente pela cúpula de direção de uma organização.

O conhecimento sobre a construção da capacidade de direção das equipes dirigentes das secretarias municipais de saúde e das equipes que produzem o cuidado nos serviços pode contribuir para a compreensão de aspectos do SUS, que continuam pouco estudados.

No entanto, como os municípios brasileiros são muito distintos entre si, torna-se difícil tratar do tema da gestão municipal de uma maneira geral, pois existem muitas formas de se trabalhar os arranjos estruturais, a construção das subjetividades e as relações de poder, presentes na vida real dos municípios. Há inúmeras possibilidades de gestão municipal da saúde, desde as formas mais autoritárias e centralizadoras, até formas mais democráticas e participativas.

Meu objeto de investigação é o processo de construção de espaços coletivos de gestão, experimentados no município de Amparo (SP), no período de 2001 a 2005.

Como ator político inserido na gestão municipal desde o início do processo de implantação do SUS, vivenciei esse processo e construí uma visão dos diferentes momentos da municipalização da saúde, que está descrita no capítulo anterior deste trabalho.

Além do meu olhar de militante do SUS em situação de governo, que assume as implicações determinadas por esse lugar da gestão, há também uma visão da luta social e dos principais desafios da esquerda brasileira para construir um projeto de sociedade com mais equidade e justiça social. Os olhares do sujeito político e do militante do SUS estarão atravessando todo processo de investigação, que estará ainda permeado pela minha relação com o objeto investigado.

Antes de assumir a coordenação da gestão em Amparo, participei das equipes de gestão da saúde nos municípios de Bauru (SP), Santos (SP) e Chapecó (SC). A vivência e a experimentação de estratégias de gestão capazes de responder a singularidade da situação de saúde em cada um desses municípios contribuíram, de maneira decisiva, para meu processo de aprendizagem, motivo pelo qual vou relatar os aspectos mais relevantes dessas três experiências que marcaram meu saber fazer como gestora.

A produção e a gestão do cuidado dependem dos atores que estão operando nos espaços concretos dos sistemas municipais de saúde. Para investigar as estratégias de gestão utilizadas na experiência de Amparo considereei imprescindível garantir que esses atores pudessem expressar seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre o tema da gestão.

Os atores escolhidos para serem ouvidos foram os membros da equipe central da Secretaria Municipal de Saúde, os gerentes das unidades de saúde da família e os trabalhadores de três unidades básicas de saúde. A técnica utilizada para discutir o tema da gestão foi o grupo focal.

Segundo Westphal (1992, 1996), grupo focal é uma técnica para obtenção de dados, a partir de sessões grupais cuidadosamente planejadas, referentes a temas específicos, em que os participantes expressam percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais, num ambiente permissivo e não constrangedor.

O grupo focal é conduzido por um moderador, que propõe questões para o grupo discutir, relacionadas com o tema que se pretende abordar, baseado em roteiro preparado a partir dos objetivos da pesquisa. O moderador deve estimular os participantes a expressar seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre o tema proposto, mantendo a discussão focalizada no tema. O grupo focal permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento; como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos.

Ainda segundo essa autora, o grupo focal oferece a possibilidade de pensar coletivamente sobre uma temática que fez ou faz parte da vida das pessoas e, através de um processo interativo, os comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros.

Com a utilização dessa técnica de pesquisa busquei uma maior aproximação do meu objeto de investigação, que são processos de construção coletiva, que envolveram grande número de atores, com seus sentimentos, significados e desejos.

Foram realizadas cinco sessões de grupo focal com cinco grupos distintos. As sessões foram coordenadas por um moderador externo e um observador, ambos não pertencentes ao quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde. O moderador foi um sociólogo, com formação em análise institucional; e o observador, um psicodramaticista.

Cada participante foi convidado previamente e, no dia do grupo, assinou o Termo de Consentimento. As sessões foram gravadas, transcritas e devolvidas para serem validadas pelos participantes.

A primeira sessão foi com oito coordenadores das unidades de Saúde da Família, que participaram do colegiado de coordenadores de Saúde da Família em 2005, e a sessão durou cerca de três horas.

A segunda sessão foi com os dez membros do colegiado central da Secretaria e teve duração de três horas.

As outras três sessões foram com as equipes das três maiores unidades básicas de saúde do município.

As sessões de grupo focal de duas unidades transcorreram dentro do que foi planejado. Cerca de um mês após a sessão do Grupo, cada participante recebeu a transcrição, fez a leitura e manifestou-se, através da assinatura na própria transcrição, que a mesma estava de acordo com a fala no grupo.

Um dos grupos fez a sessão conforme planejado, assinou o Termo de Consentimento, mas recusou-se a referendar a transcrição das falas. Em função dessa decisão, optamos por não utilizar as falas dessa equipe na análise.

O roteiro dos grupos foi o seguinte:

- ✓ Apresentação do moderador e do observador: quem são, papéis;
- ✓ Apresentação da técnica do grupo focal;
- ✓ Apresentação dos presentes e dizer o que cada um faz na equipe;
- ✓ Como é para vocês a Atenção à Saúde prestada pela Secretaria Municipal de Saúde de Amparo;
- ✓ Como é para vocês a gestão da SMS de Amparo;
- ✓ Como é participar dessa gestão;
- ✓ Como são as tomadas de decisão;
- ✓ Como são tratados os conflitos;
- ✓ Vocês mudariam algo na gestão atualmente realizada na SMS de Amparo;
- ✓ Validação dos pontos principais da fala do grupo pela moderadora;
- ✓ Posterior leitura individual da transcrição das falas, pelos participantes de cada Grupo.

O objetivo da discussão dos grupos foi ouvir a fala de sujeitos que efetivamente fazem a gestão da saúde no município e que produzem a saúde através do trabalho vivo em ato. A partir dessas falas, busquei apreender em que medida os dispositivos de democratização da gestão tiveram impacto no cotidiano das equipes.

O registro das cinco sessões dos grupos, bem como das impressões do observador, foram utilizados como material empírico para elaboração da presente tese.

A relação hierárquica entre a pesquisadora com os participantes deve ser considerada na análise das falas dos trabalhadores, dos gerentes e dos membros da equipe central, na medida em que todos os participantes sabiam que suas falas estavam sendo gravadas, que seriam ouvidas e analisadas pela pesquisadora, que é a secretária de saúde.

Pelas características da investigação, é necessário discutir a relação entre investigador e objeto investigado.

O reconhecimento da relação entre sujeito que investiga e o objeto investigado e a incorporação do subjetivo como elemento constitutivo dessa relação estão presentes nos processos investigativos em que o pesquisador interroga o próprio agir.

Merhy (2004) denomina a pretensão de produzir conhecimento, a partir desse tipo de investigação, de “saber militante”. Segundo o autor, esse tipo de investigação produz verdades militantes, que fazem sentido para certos coletivos e não para outros.

Nesse caso, a investigação sobre a gestão da saúde em um município concreto poderia fazer sentido para outros sujeitos, militantes da Reforma Sanitária, implicados com a construção de novos modos de organizar atenção à saúde no nível local. E a validade desse tipo de saber seria dada pela possibilidade de diálogo com outros atores implicados nesse tipo de experiência.

Merhy coloca ainda que o sujeito que investiga pode estar de tal maneira implicado com a situação investigada que ao interrogar seu objeto, interroga a si mesmo e a sua própria significação. O sujeito que interroga é o mesmo que produz o fenômeno sob análise, é o que dá sentido ao fenômeno e, nesse processo, cria a própria significação de si e do fenômeno.

Merhy, que tem orientado várias investigações de sujeitos implicados interessados em comunicar suas experiências, coloca a necessidade de produzir dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído abrindo-o para novos territórios de significação. Necessidade de dispositivos auto-analíticos, capazes de produzir inovações e desvendar aspectos que ajudem o investigador a aproximar-se do objeto investigado, que é o seu próprio modo de agir no mundo.

Ao investigar meu próprio agir, analiso minha trajetória enquanto sujeito que participou e participa do processo de construção dessa experiência.

A escolha não é neutra, o que exige trabalhar a implicação do sujeito que investiga e sua participação no processo de construção do objeto investigado.

Trata-se de uma investigação qualitativa que busca apreender um determinado campo de práticas, com objetivo de compreender as estratégias de gestão utilizadas para construir um determinado modelo assistencial na situação concreta do município de Amparo.

Com a pesquisa busquei aproximar-me, através do conhecimento, do objeto de investigação, que é a gestão da saúde no município, sabendo que esse conhecimento é sempre limitado, pois a realidade social é sempre mais rica do que o conhecimento que se tem dela.

Pelo fato de o objeto ser um campo de práticas, a investigação situa-se no campo da pesquisa social e o objeto de pesquisa é histórico. Ao analisar o modelo assistencial de Amparo, é obrigatório situá-lo no processo histórico de construção do SUS no país e no processo histórico de construção social e política da saúde no município.

Para tratar do processo histórico de construção do SUS, elaborei o capítulo II da presente tese; e, para tratar do processo de construção da saúde no município, elaborei os capítulos 6 e 7 dessa tese, usando análise documental e minha opinião sobre esses processos.

Por outro lado, há uma relação dialética entre o objeto a ser investigado e o pesquisador e os atores políticos desse processo de construção do campo de prática sanitária. Nesse sentido, a pesquisa não é neutra: minha visão de mundo e minha trajetória

me tornam um ator social implicado na escolha de meu objeto e também na sua construção objetiva.

A metodologia da investigação é qualitativa, pois a questão do significado e da intencionalidade dos atores está incorporada como inerente ao processo de gestão nos municípios estudados.

Segundo Minayo (1993), a subjetividade é inerente ao entendimento do mundo objetivo, e os significados são parte integrante da totalidade social. Ainda segundo a autora, a saúde refere-se a uma realidade complexa, que demanda conhecimentos distintos integrados e coloca o problema da intervenção.

Além dos dados coletados a partir dos grupos focais, trabalhei com a análise documental da Secretaria Municipal de Saúde, particularmente com as atas das reuniões do colegiado de Saúde da família, com o programa de educação permanente e com os registros das oficinas de planejamento estratégico, realizadas de 2001 a 2005. As atas das reuniões do Colegiado de Coordenadores de Saúde da Família estão registradas em livro específico, aberto com a finalidade de registrar as atas e as presenças dos gerentes das unidades. São 87 atas no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2005.

Estou trabalhando com a hipótese de que houve três dispositivos principais responsáveis pelas mudanças, considerando aqui dispositivo como “montagem ou artifício capaz de produzir inovações, de gerar o novo” (Merhy, 2003).

Esses dispositivos, relacionados com a democracia institucional, são: a formação dos colegiados de gestão: central e de coordenadores da atenção básica; a construção das equipes de saúde da família; e o programa de educação permanente para as equipes de Atenção Básica.

Os documentos da Secretaria de Saúde utilizados para coleta de dados foram aqueles considerados como instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde/SUS:

- ✓ Plano Municipal de Saúde de 2001 a 2004;
- ✓ Plano Municipal de Saúde de 2005 a 2008;
- ✓ Relatório de Gestão de 2001;

- ✓ Relatório de Gestão de 2002;
- ✓ Relatório de Gestão de 2003;
- ✓ Relatório de Gestão de 2004;
- ✓ Relatório de Gestão de 2005.

O processo de construção do colegiado central e a forma de funcionamento desse fórum deliberativo também foram analisados, a partir dos documentos da SMS, da minha memória pessoal da experiência vivida como membro desse coletivo, e da fala, no grupo focal, dos membros da equipe central.

Como o Programa de Saúde da família de Amparo foi implantado em 1995, considerei necessário analisar o processo de implantação do programa e sua implementação no período de 1995 a 2000.

A análise do período de 1995 a 2000 foi feita buscando apreender em que medida o Programa de Saúde da Família do município aplicava, na prática, as diretrizes do Ministério da Saúde para o PSF. Essa análise baseou-se nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo e no relato das equipes, discutidos em reuniões realizadas em janeiro de 2001, para elaboração do diagnóstico da situação do PSF, quando do início da nova administração municipal.

A partir da análise da fala dos sujeitos da gestão e da produção do cuidado, da análise documental e de minha percepção como gestora, busquei apreender o processo de construção de espaços coletivos de gestão da Secretaria e das unidades básicas de saúde.

4- CARACTERÍSTICAS DO MODELO TECNOASSISTENCIAL DEFESA DA VIDA

A concepção do processo saúde-doença é determinante na estruturação de um modelo tecnoassistencial. O modelo deve ser capaz de descrever esse processo, bem como as práticas sanitárias organizadas para lidar com a saúde e a doença, e explicitar quem são os trabalhadores que operam os serviços e os usuários. E quanto maior a capacidade explicativa dos fenômenos que interferem no processo saúde e doença, maior a capacidade do modelo oferecer soluções (Silva Junior, *op. cit.*).

Em seu trabalho de investigação, Silva Junior identificou vários grupos que se formaram para propor novas teorias e novos modelos assistenciais. O autor seleciona três experiências para análise; entre elas a proposta “Em defesa da Vida”, elaborada por professores do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, reunidos por cerca de cinco anos no Laboratório de Administração e Planejamento/ LAPA da Unicamp, e pelo grupo de Santos.

As propostas desse grupo foram divulgadas em livros e artigos e serviram de referência para várias administrações petistas, sendo consideradas pelo autor como o núcleo do pensamento sanitário do Partido dos Trabalhadores.

Segundo Silva Junior, no campo teórico, os principais representantes desse grupo são os professores Emerson Merhy e Gastão Wagner Campos e, no campo prático, o sanitarista David Capistrano foi o principal representante do projeto de “Defesa da Vida”.

A concepção do processo saúde e doença do projeto Defesa da Vida parte do entendimento que a saúde é determinada não só pelas condições materiais de vida, mas também pela cultura e pela singularidade e subjetividade na relação dos indivíduos com os outros e com o mundo.

Segundo Merhy (1994), um modelo assistencial é definido tanto pela organização da produção de serviços a partir de saberes da área, como pela construção de projetos de ações específicas, e estratégias políticas de determinados atores sociais. Para esse autor, a denominação “modelos tecnoassistenciais” é mais adequada que modelo assistencial por explicitar já no nome a dimensão tecnológica presente no projeto político (1992, p. 26).

Ainda segundo Merhy, os saberes tecnológicos servem de base para a formulação de modelos tecnoassistenciais, que são antes de tudo projetos políticos formulados por atores sociais, que devem ser capazes de construir uma visão dos outros projetos, em disputa no jogo social. Para ele, todo modelo assistencial parte do encontro entre um conjunto de usuários com trabalhadores de saúde, encontro este mediado pelos gestores.

Esse encontro ocorre num cenário político em que os diferentes atores disputam seus projetos, portanto ora são encontros para estabelecimento de acordos ora de conflitos, num cenário em que todos têm projetos e governam.

Os usuários são portadores de necessidades; os trabalhadores de saúde dominam certos modos de saber fazer atos de saúde; e os gestores ocupam espaços institucionais de governo, com responsabilidade de gerir o espaço público estatal.

Os usuários são também portadores de conhecimentos sobre seu corpo e sobre seu processo de adoecimento, assim como mobilizam recursos para enfrentar seus problemas e, nesse sentido, governam seu projeto de vida. Os trabalhadores da saúde, além de portadores de saberes tecnológicos, têm governabilidade sobre o processo de trabalho de produção da saúde. Mas são os gestores que têm legitimidade para governar e ocupam espaço no interior do Estado, com as limitações e possibilidades que esse lugar lhes confere, sendo sempre representantes de um certo bloco político.

A construção do modelo assistencial é simultaneamente um processo político e técnico. Político, na medida em que se constitui enquanto gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho, voltados para produção da saúde; técnico, na medida em que depende de certo modo técnico de produzir o cuidado.

O processo político é dado pela contratualização entre esses três atores, em situações de disputa, cada um com suas intenções, territórios e desejos.

A legitimidade desses atores para contratualizar é dada pelo que os caracteriza socialmente: os usuários entram com a representação do mundo das necessidades; os trabalhadores de saúde são portadores de um saber fazer que os legitima para produzir ações de saúde; os gestores são portadores de uma certa governabilidade e capacidade de governo para legitimar seu papel de portador de um projeto político de modelo assistencial.

O poder dos médicos é socialmente muito maior do que de outros profissionais de saúde. Poder enquanto capacidade de controlar recursos essenciais para a produção em saúde e também pela hegemonia que esse profissional adquiriu com o avanço do capitalismo no mundo ocidental. Isso gera disputas internas entre os trabalhadores de saúde; e os diferentes núcleos de saber, em cada situação concreta de contratualização, vão estar mais ou menos implicados com as necessidades dos usuários.

Segundo Merhy, a finalidade do trabalho em saúde é a produção do cuidado individual ou coletivo, na busca da cura e da saúde. Para produzir o cuidado, os trabalhadores da saúde operam com saberes tecnológicos, de expressão material e não material.

Merhy (2000) denomina as tecnologias utilizadas para produção do cuidado de leve, leve-dura e dura e afirma que todos trabalhadores de saúde, independente de seu núcleo profissional, utilizam essas tecnologias para produzir o cuidado. As máquinas e equipamentos representam a tecnologia dura; os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos representam a tecnologia leve-dura; e tecnologia leve é representada pelos modos relacionais de agir para produzir o cuidado.

Merhy (2002, p 47.) expõe 17 teses sobre a teoria do trabalho em saúde, que ao meu ver contribuem de maneira significativa para pensar a gestão municipal da saúde e por esse motivo vamos resumi-las a seguir.

Todo trabalho tem uma intencionalidade, que é produzir bens ou produtos para satisfazer necessidades humanas. Esses produtos têm um determinado valor de uso, que pode ser material ou simbólico. A intencionalidade é anterior ao ato produtivo, pois o trabalhador tem na sua mente as etapas do processo produtivo, a matéria prima sobre a qual ele vai atuar, os instrumentos que vai utilizar, o tipo de produto que ele quer obter e o valor de uso que está produzindo.

Segundo Marx, em “O Capital”, essa é uma das características do trabalho humano, que o torna distinto de todos os outros trabalhos que existe na natureza. Os produtos do trabalho assumem a forma de bens ou serviços e têm duplo valor: valor de troca e valor de uso. Os valores de uso atendem necessidades sociais.

O trabalhador, portador de um saber fazer e de instrumentos de trabalho, realiza a ação em um processo no qual o trabalho vivo em ato captura um objeto para produzir bens ou produtos. A organização do processo de trabalho e os instrumentos apresentam-se como trabalho morto nesse processo, mas o trabalho morto foi trabalho vivo num momento anterior.

O trabalho vivo em ato opera com interesses, desejos e valores, construindo um mundo para o próprio trabalhador. O trabalhador usa seu saber fazer como tecnologia que o instrumentaliza para capturar instrumentos e pedaços da natureza.

Partindo do referencial teórico do materialismo dialético marxista, Ricardo Bruno Gonçalves (1994) analisa o trabalho médico e suas tecnologias, estabelecendo as relações entre objeto, instrumento, produto e necessidades, buscando compreender como esse processo está inserido no conjunto da sociedade que realiza as necessidades de reprodução social.

Para esse autor, o objeto do trabalho médico é o corpo humano; corpo este constituído pelo conjunto de constantes morfológicas e funcionais definidas a partir das ciências da anatomia e da fisiologia. Mas a prática médica não se dirige ao corpo humano para conhecê-lo e, sim, para a obtenção de efeitos específicos orientados pela concepção do que é normal e o que é patológico. O autor baseia-se em Canguilhem (1978), que diz que o normal e o patológico são definidos no encontro de biológico e o não biológico; e nas contribuições de Maria Cecília Donnangelo (1975) que aborda o nível político e ideológico da determinação da normatividade em saúde.

Para precisar o sentido dessa normatividade extrabiológica, Ricardo Bruno vai discutir a historicidade que pressupõe as mudanças nas concepções, ao longo da história, do que se considerou normal e patológico. Ele coloca que esse objeto de trabalho do médico, ao ser apreendido, permite a visualização de produtos, antevendo determinadas finalidades do trabalho. Os produtos são expressões de necessidades historicamente construídas.

A partir daí, o autor passa a discutir o saber médico que orienta a prática médica que foi se constituindo ao longo da história, lembrando que, para proceder a apreensão do objeto de trabalho, o médico necessita de um saber que se desdobra em técnicas materiais e não materiais.

Uma das características da concepção do objeto elaborada pela profissão médica foi a clínica, que busca apreender a normatividade no corpo do homem indivíduo–biológico sem conexões com o mundo social e sem conexões consigo mesmo; colocando que foi gerado outro tipo de apreensão, não do indivíduo, mas dos corpos anátomo-fisiológicos coletivamente, através do conhecimento da saúde e da doença em sua dimensão coletiva codificados na Epidemiologia.

Esse autor coloca que o pensamento contemporâneo trata a questão da tecnologia de forma reducionista enquanto conjunto de instrumentos materiais do trabalho, referindo esse pensamento ao desenvolvimento tecnológico como novos meios de trabalho, mais produtivos, mais eficazes que são criados pela aplicação de novos conhecimentos científicos às questões técnicas da produção.

Ricardo Bruno critica esse reducionismo, afirmando que o significado do termo tecnologia não pode referir-se exclusivamente à dimensão técnica ou dos instrumentos de trabalho, visto que é possível estender o termo a interação de objetos, instrumentos e atividades do trabalho, articuladamente às finalidades econômicas da produção.

Além disso, o autor discute o significado ideológico do termo tecnologia, na medida em que o pensamento contemporâneo considera a aparência fenomênica mais imediata dos processos produtivos como sendo sua essência, desconsiderando a necessidade de apreender, através do conhecimento e da abstração, a essência desses processos.

Ricardo Bruno considera que o saber que os trabalhadores utilizam para captar seu objeto de trabalho constitui-se em tecnologia.

Merhy (1997a, 1997b) traz elementos novos sobre processos de trabalho em saúde, quando identifica os elementos simples e abstratos do processo de trabalho em saúde, usando as categorias de processo de produção, meios de produção, trabalho vivo e trabalho morto; partindo também ele do materialismo dialético.

A primeira questão levantada por ele refere-se ao duplo papel do trabalho: produtor de bens para atender necessidades humanas e produtor do próprio homem, ou seja, a relação homem/mundo se dá através de uma práxis de mútua produção. Merhy busca

identificar os elementos colocados por Marx no que diz respeito à relação entre trabalho vivo e trabalho morto; a noção de tecnologia; e as relações entre produção, consumo e necessidades em saúde.

Ao analisar a produção, consumo e necessidade em saúde é necessário buscar as características próprias desse processo na saúde, pois tanto a especificidade da necessidade em saúde, como do consumo, confere especificidades à produção e, conseqüentemente, ao processo de trabalho em saúde.

Para fazer essa discussão, Merhy trabalha com a categoria interseção/intervenção utilizada por Gilles Deleuze e define que o termo intercessores será usado para “designar o que se produz nas relações entre sujeito, no espaço de suas interseções, que é um produto que existe para os dois em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os colocam como instituintes na busca de novos processos” (apud Merhy, 1997a, p. 86).

No processo de trabalho de saúde, o consumo dá-se imediatamente na produção da ação, ou seja, em saúde não há a produção de um bem que é colocado em circulação para ser consumido num segundo momento: há uma produção/consumo que ocorre no momento de encontro entre o usuário, portador de necessidades, e o trabalhador produtor do ato.

O autor acrescenta que, em saúde, é necessário considerar que, além da necessidade de consumir algo que representa uma “falta de” ou uma carência, o usuário pode estar em busca de ver atendidas necessidades que são a expressão de um desejo de ser melhor, um desejo de ter mais autonomia para fazer caminhar sua vida.

Os meios ou instrumentos de trabalho representam trabalho que foi realizado antes e está presente nesses sob a forma de trabalho morto. Nesse sentido, as tecnologias, presentes nos meios ou instrumentos, representam também trabalho morto.

No caso de trabalho em saúde, a autonomia do trabalho vivo é bem mais ampla do que em outros processos produtivos nos quais os produtos são consumidos em momentos separados da produção. Na saúde, o momento da produção/consumo é único,

ocorre em ato e representa um encontro de necessidades. Tanto os produtores como os consumidores são portadores de distintas necessidades, expondo ambos suas intencionalidades e desejos no momento da produção/consumo. Isso é válido tanto para a produção da saúde individual como da saúde das coletividades.

Nesse sentido, no processo de trabalho em saúde, a relação entre produção, consumo e necessidades está sempre em estruturação e há sempre um certo grau de incerteza em relação ao seu produto final. Isso faz que, nas instituições de saúde, a disputa pela direcionalidade do trabalho vivo seja permanente. Isso significa ainda que os atores políticos interessados em subordinar o processo de trabalho ao atendimento das reais necessidades da população devem permanentemente buscar dispositivos para garantir essa direcionalidade.

Merhy propõe interrogar o formato de realização da tecnologia das relações como mecanismo analisador estratégico dos modelos de atenção em saúde.

Minha proposta é, ao analisar a experiência de construção de modelo assistencial em Amparo, interrogar a articulação da tecnologia leve com as outras tecnologias, particularmente no que diz respeito ao modo de governar a Secretaria Municipal de Saúde. Para isso é fundamental explicitar com qual teoria de gestão pretendo trabalhar.

A construção de modelos assistenciais é antes de tudo de natureza política, o que pressupõe a existência de atores políticos, com governabilidade para disputar a hegemonia de seus projetos.

Matus considera, ao propor o Triângulo de Governo, que os vários atores políticos disputam seus projetos, cada um buscando garantir hegemonia no processo.

No caso da saúde, o gestor local, portador de um projeto de modelo tecnoassistencial usuário centrado, em situação de governo, deve buscar usar sua capacidade de governo para aumentar sua governabilidade e levar em frente seu projeto. Maior hegemonia desse projeto significa perda de hegemonia do projeto médico centrado.

Segundo Merhy, todo gestor de saúde é um ator em situação de governo, o que significa que é um ator coletivo, portador de um projeto, mesmo que num primeiro momento seja representado por uma só pessoa. Esse projeto tem direcionalidade e vai ser disputado num cenário em que outros atores, que também governam, buscam com os recursos que possuem dar a direcionalidade aos seus projetos.

O gestor deve usar sua capacidade de governar para aumentar sua governabilidade. A capacidade de governo representa os recursos que possui enquanto governo e é tudo que contribui para garantir o êxito do projeto do ator: recursos financeiros, conhecimento, tecnologia, ou seja, um conjunto de saber-fazer do agir governamental que aumenta a capacidade de disputa da direcionalidade pretendida pelo gestor.

5- GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

No caso do SUS, a gestão municipal tem autonomia para o exercício do poder dado pela legislação que estabelece os limites legais do município. Por outro lado, por ser parte integrante do SUS, a gestão municipal tem que considerar as diretrizes políticas emanadas das esferas federal e estadual.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que as ações e serviços de saúde integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada de um sistema único de saúde, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo.

A partir da década de 90, o país vive o processo de transferência de poder decisório do nível federal para o nível municipal e a crescente autonomia política e administrativa dos municípios dada pela Constituição de 1988. Mas esta mesma Constituição estabeleceu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo. A combinação de autonomia local com diretrizes políticas nacionais determina um grau considerável de tensão na gestão local.

O pacto federativo, definido na Constituição de 1988, estabeleceu três níveis político-administrativos: municípios, estados e União. Os municípios gozam de autonomia política, financeira e administrativa, a partir da legislação que define as competências dos municípios.

A descentralização da saúde caracterizou-se por uma prática política, processual, com graus e formas variadas, com momentos de maior centralização e momentos de maior descentralização nos 16 anos de história do SUS. O ritmo da descentralização dependeu de determinações políticas da conjuntura nacional, sendo que houve momentos nos quais a resistência à descentralização por parte do governo federal foi expressiva; e momentos em que os municípios conseguiram imprimir um caráter mais efetivo à descentralização.

A disputa em prol da descentralização vem sendo feita pelos municípios enquanto ator coletivo organizado através de suas entidades, estaduais e nacional, no caso os conselhos de secretários municipais de saúde/COSEMS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, respectivamente.

A municipalização possibilitou um maior acesso da população às ações e serviços de saúde, através da expansão de cobertura, mas não conseguiu garantir a integralidade do cuidado. O atendimento às necessidades de saúde, no sentido de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, que pode ser entendido como um dos aspectos da integralidade, não foi alcançado pelo SUS.

Está colocada na agenda do movimento sanitário brasileiro, nesse início de século, a discussão sobre as potencialidades e os limites da municipalização e a discussão sobre o papel da instância estadual na construção do SUS.

Segundo Mendes e Pestana (2004), o processo de construção do SUS baseia-se na municipalização autárquica, em contraposição à regionalização cooperativa, adotada por vários países, como Reino Unido, Canadá, Itália e Espanha.

Segundo o autor, no paradigma da municipalização autárquica, a gestão do sistema de serviços de saúde, no âmbito local, é responsabilidade maior dos municípios; e algumas competências são concorrentes com os estados e a União. Esse tipo de municipalização transformaria cada município num sistema fechado, o que levaria à perda de qualidade, fragmentação dos serviços e à perda de economia de escala.

Mendes analisa as várias vantagens e desvantagens do que ele denomina de municipalização autárquica e afirma: “O momento de superar o paradigma da municipalização autárquica parece ter chegado”; essa superação “significará consolidar em seu lugar o paradigma da regionalização cooperativa”.

Compartilhamos da opinião da atual diretoria do CONASEMS, exposta nas teses do CONASEMS-2005/2007, que contesta o paradigma da municipalização autárquica, defendida por Mendes, e defende a tese que a característica da municipalização no Brasil é ter sido incompleta.

Nos municípios de menor porte, não há como garantir “acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida” no próprio município, pois eles não dispõem de serviços dotados de equipamentos e profissionais capacitados a realizar ações denominadas, nas normas do SUS, de média e alta complexidade. Portanto o atendimento a essas necessidades depende da articulação desses municípios com os municípios de maior porte, que dispõem destes serviços.

Como 90% dos municípios brasileiros apresentam população menor que 50 mil habitantes, o que ocorre na realidade é que a absoluta maioria deles depende de serviços localizados em outros municípios para atender as necessidades de saúde de seus munícipes.

Como não houve recursos financeiros nem decisão política com vistas a organizar redes de serviços de saúde regionais, para garantir atenção integral às necessidades de saúde dos cidadãos, independente do seu local de moradia, o SUS vive hoje uma situação de não implantação de um dos seus princípios básicos, que é o da integralidade.

Segundo a atual equipe de gestão do Ministério da Saúde, as normas do SUS não conseguiram estabelecer mecanismos eficazes de planejamento integrado e voltados para a cooperação entre as esferas de governo; afirma ainda que a ausência de uma definição mais clara do papel dos governos estaduais prejudica o avanço do SUS.

O novo Pacto de Gestão do SUS, que prevê uma nova Programação Pactuada Integrada, está discutido no capítulo II dessa tese.

Não é tema da nossa investigação o financiamento do SUS, mas é importante afirmar que não é possível garantir acesso universal, atenção integral e fazer equidade, gastando o que se gasta hoje no Brasil: cerca de 100 dólares por habitante por ano.

Segundo dados do Ministério da Saúde, as despesas com ações e serviços de saúde, em 2002, atingiram 47 bilhões de reais, sendo 25,2 alocados pelo governo federal; 10 bilhões pelos governos estaduais; e 11,8 bilhões dos governos municipais, perfazendo um gasto de R\$ 270,00 por habitante ano.

Cerca de 70% da arrecadação tributária no país fica com a União; 25%, com os estados; e apenas cerca de 5% é realizada pelos municípios.

Como há uma enorme desigualdade na capacidade de arrecadação de tributos entre governos, tanto entre os estaduais como entre os municipais, essa desigualdade tem sido amenizada pelo sistema de transferências fiscais obrigatórias de caráter constitucional. No caso da saúde, a transferência é vinculada, pois tem que ser utilizada exclusivamente em ações e serviços de saúde.

Mas, independente da capacidade de arrecadação de tributos, a maioria dos municípios paulistas já investe mais do que o percentual de 15% de recursos do orçamento próprio em saúde, ou seja, a Emenda Constitucional 29 está sendo cumprida pelos municípios e ainda assim os recursos financeiros são insuficientes para garantir atenção integral à população.

A maioria dos municípios paulistas, segundo o SIOPS, investe entre 18 e 20% do orçamento próprio em saúde, e gastam, com pagamento de pessoal, valores que estão próximos, do percentual estabelecido na Lei de Responsabilidade Fiscal. Portanto os municípios não têm mais condições de ampliar os gastos em saúde com recursos do orçamento próprio.

Desde a aprovação das Leis do SUS, o movimento sanitário lutou para conseguir aprovar uma Emenda à Constituição, definindo os percentuais de aplicações governamentais em saúde. Essa conquista ocorreu em 2000, depois de uma década de mobilização e luta, com a aprovação da EC 29. Apesar da EC 29 ter sido aprovada, o contexto econômico e político não tem favorecido sua aplicação.

O próprio governo federal tentou burlar o cumprimento da Emenda: por determinação do Ministério da Fazenda, apoiado em parecer da Advocacia Geral da União, o Ministério da Saúde utilizou o orçamento federal de 1999 como base fixa para calcular o aumento dos recursos financeiros para saúde em 2001. Apenas em janeiro de 2002, com muita pressão e mobilização, conseguiu-se acordar que a base para cálculo dos recursos da União para a saúde é o orçamento do ano anterior, acrescido do aumento do PIB.

O governo Lula, de 2003 a 2005 também não cumpriu a EC 29 na medida em que colocou recursos do Orçamento do Ministério da Saúde para custear o Bolsa Família, que não se caracteriza como serviços e ações de serviços.

A maioria dos estados não cumpre a EC 29 e, mesmo nos que cumprem, como é o caso do estado de São Paulo, a alocação de recursos da SES não contribui para a construção de redes regionalizadas de cuidados progressivos, pois os investimentos estão concentrados em serviços hospitalares terceirizados, implantados a partir de decisão exclusiva do Estado, sem nenhuma discussão com os gestores municipais e o gestor federal.

A escassez de recursos frente às necessidades da população é muito grande. Se não houver um aporte de recursos financeiros novos para o SUS, corre-se o risco de inviabilizar a construção da saúde para todos em nosso país. No entanto, sabemos que o aumento de recursos financeiros para a saúde não irá garantir a construção do novo modelo de Defesa da Vida.

A mudança do modelo assistencial, com financiamento adequado, no sentido de construção de serviços produtores de cuidado integral é que será possível provocar impactos positivos na qualidade de vida dos cidadãos.

A Lei 8.080 do SUS estabelece que compete aos estados garantir apoio técnico e financeiro aos municípios, além das ações de coordenação, avaliação e acompanhamento das ações de saúde. Ao meu ver, a maioria dos estados não vem cumprindo esse papel, e os atores principais no processo de construção do SUS foram os gestores municipais e gestores do nível federal.

O governo federal, detentor da maior parcela dos recursos financeiros, conduziu a municipalização utilizando as normas e o financiamento para induzir políticas e exercer o controle das políticas municipais. Isso foi feito muitas vezes, ferindo a autonomia dos municípios e desrespeitando o pacto federativo. A proposta do Pacto de Gestão é superar o excesso de normatização e construir um processo mais compartilhado (Ministério da Saúde, 2006).

Lenir Santos² analisa várias situações de descumprimentos das leis do SUS. Segundo ela, foram muitas as tentativas de descumprir o estabelecido na Constituição de 1998, sendo que algumas destas tentativas foram abortadas pela luta de inúmeros profissionais comprometidos com a defesa do SUS, mas outras se consumaram e permanecem até hoje, desrespeitando as leis e a Constituição.

A leitura desse texto é extremamente significativa para os gestores que, ao longo da história de construção do SUS nos municípios, enfrentaram a difícil situação de serem obrigados a cumprir normas definidas pelo governo federal que se mostravam, na prática, totalmente incompatíveis com a construção de modelos assistenciais centrados no atendimento às necessidades de saúde da população.

²Texto pelo Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA, 2005.

Ela cita a transferência de recursos da União para estados e municípios pelo sistema de adesão a projetos e programas federais, que obriga os municípios que aderem a esses programas a cumprir pré-requisitos que ferem a autonomia municipal. Em 2004, o Ministério da Saúde tinha 101 formas de repasse de recursos financeiros para estados e municípios. Para receber recursos financeiros, os municípios são obrigados a aderir a mais de 100 tipos diferentes de programas definidos pelo governo federal.

O uso do financiamento por parte do Ministério da Saúde para induzir políticas de saúde nos municípios, nesses 16 anos de história do SUS, ferem a autonomia municipal, garantida pela Constituição Federal.

Compreendo e concordo com dirigentes federais que defendem que o Ministério da Saúde não pode ser um mero financiador de qualquer política de saúde, mas não tenho nenhuma dúvida de que, ao longo desses anos, o governo federal extrapolou seu papel de indutor de políticas e interferiu de maneira autoritária e controlista sobre os municípios.

Muitos militantes do movimento sanitário, defensores da democracia institucional como elemento essencial no processo de mudança de modelo, ao ocupar cargos de direção no Ministério da Saúde, adotaram esse discurso e essa prática.

Segundo dados do próprio Ministério da Saúde, nos últimos anos foram editadas 2.300 portarias ministeriais por ano; a maioria delas estabelecendo ações a serem realizadas no município. Muitas portarias são contraditórias umas com as outras e várias são contrárias às leis do SUS.

Essa situação é ilustrativa da maneira como o Ministério da Saúde entendia o papel do gestor federal. Isso não é cumprir papel de indutor de política e sim papel de impor políticas através de normas e financiamento.

Como gestora do SUS nos municípios, poderia citar inúmeras situações em que o repasse de recursos financeiros, condicionado à adesão a programas, prejudicou gestores de municípios que estavam trabalhando, de fato, para a construção de modelos assistenciais voltados para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

Uma dessas situações foi a decisão do Ministério da Saúde, ao definir o pagamento de incentivo financeiro para os municípios que incorporassem as ações de Saúde Bucal na atenção à Saúde da Família, de exigir que os cirurgiões dentistas e auxiliares de consultório dentário trabalhassem em jornada de trabalho de 40 horas semanais, com a justificativa de que apenas esse tipo de jornada permitiria o vínculo dos profissionais com os usuários.

Muitos municípios contavam com equipes de dentistas e auxiliares de consultório dentário trabalhando com jornada de 20 horas semanais e atendendo população adscrita ao PSF. Esses profissionais não poderiam ser substituídos por outros com a carga horária exigida pelo Ministério da Saúde, pois eram concursados e em muitas situações eram profissionais que estavam buscando trabalhar de maneira integrada com as equipes de PSF.

Nesses casos, os municípios ficaram privados de receber os incentivos de Saúde Bucal por uma imposição do governo federal em franco desrespeito ao direito do município de definir sua política de gestão do trabalho. Segundo Lenir Santos, a União não tem competência constitucional para estabelecer normas minuciosas sobre a saúde, cabendo-lhe legislar sobre normas gerais, diretrizes nacionais e princípios.

Não é de sua competência legislar sobre jornada de trabalho de profissionais que exercem suas funções nas esferas estadual e municipal.

Usar o financiamento para exigir que os municípios cumprissem a Constituição Federal no que diz respeito à admissão de servidores públicos através de concurso público, isto não foi preocupação do Ministério da Saúde por mais de dez anos. Nesse período, foram utilizadas as mais variadas formas para burlar a exigência constitucional do concurso público, seja para cargo, função ou emprego público. E o Ministério da Saúde sequer problematizou a questão até o início da atual gestão, quando a questão da gestão do trabalho passou a fazer parte das preocupações da instância federal.

A decisão de repassar recursos financeiros para o custeio das ações de Saúde do Trabalhador, para implantação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador/ RENAST, e proibir a utilização desses recursos para pagamento de pessoal, dos profissionais que compõem as equipes dos centros de referência de saúde do trabalhador, é outro exemplo

mais recente, dessa aparente irracionalidade e autoritarismo. O argumento é que esse recurso está definido como recurso para a Média e Alta Complexidade/MAC e existe uma norma que proíbe a utilização de recursos de MAC para pagamento de pessoal.

A decisão está fazendo que os municípios disponham de recursos no Fundo Municipal de Saúde, na conta bancária específica de Saúde do Trabalhador, e não possam utilizá-los, mesmo se o quadro de pessoal de Saúde do Trabalhador for insuficiente por falta de recursos para novas contratações. Essa é uma imposição que não tem nenhuma lógica, a não ser do controle pelo controle.

Lenir Santos cita outro descumprimento da lei, que é o não reajuste da tabela de procedimentos para remunerar o setor privado complementar. A Lei 8.080 estabelece a necessidade de manter o equilíbrio econômico financeiro dos contratos e convênios do SUS com o setor privado e isso vem sendo sistematicamente descumprido, pois a remuneração dos hospitais não paga, em muitas situações, o custo do procedimento.

A regionalização deve ser disciplinada, do ponto de vista legal, pelo Estado, e a União deve editar diretrizes gerais.

Defendo a necessidade de investir em modelos assistenciais em que a atenção básica ocupe papel central na rede de cuidados, com reestruturação completa do modelo hospitalocêntrico. Mas isso não se confunde com a falta de uma política clara e séria do SUS para com os hospitais do setor privado complementar, particularmente com os hospitais que oferecem assistência de média complexidade.

À medida que o processo de municipalização foi avançando, os gestores municipais ganharam novos papéis na cena política e sanitária do país e buscaram responder às demandas do Ministério da Saúde, de acordo com sua governabilidade. Mas há sempre uma certa tensão entre a implementação das diretrizes políticas definidas na esfera federal e a realidade do município.

Esse tensionamento é distinto de um município para outro e depende das realidades locais, tendo em vista a diversidade dos municípios brasileiros, seja do ponto de vista demográfico, de perfil epidemiológico, de história política, de produção de riqueza, de cultura, de disponibilidades de recursos financeiros e tecnológicos para garantir atenção integral à saúde de seus munícipes.

A implementação dos projetos dos governos municipais ocorre numa arena política, permeada por distintos interesses e sofre interferência significativa não somente da disponibilidade financeira do município, mas também dos mecanismos legais e organizacionais da máquina estatal local (Silva, 2001).

Os gestores de um determinado município representam blocos políticos que disputam um determinado projeto de organização social e técnica das práticas produtoras do cuidado.

As disputas para garantir a construção de um determinado projeto de organização dessas práticas produtoras do cuidado ocorrem internamente aos governos municipais, dentro da máquina estatal municipal; e também na arena política dos municípios, quando outros atores lutam para garantir espaço para seus projetos.

Os gestores municipais podem ser portadores de projetos de modelo assistencial produtores de procedimentos e não de cuidados; podem desenvolver práticas políticas clientelistas e populistas e, com isso, fortalecer o modelo médico hospitalar, medicalizante e privatista.

Os gestores municipais, comprometidos com a construção de modelos assistenciais usuários centrados, muitas vezes enfrentam resistências políticas nos próprios governos municipais, habituados a práticas políticas clientelistas e que não se dispõem a enfrentar os interesses privados da Saúde, muitas vezes enraizados dentro da própria máquina estatal. Há ainda disputas internas aos governos municipais por recursos financeiros para viabilizar os projetos.

As áreas da Saúde e Educação são consumidoras de recursos, particularmente para despesas com pagamento da força de trabalho. Como os recursos financeiros são escassos, há uma disputa permanente entre as várias secretarias em relação ao percentual de recursos do orçamento municipal.

O prefeito, como ator político com maior legitimidade, joga um papel decisivo na definição das áreas prioritárias do Governo, na medida em que a destinação de recursos para cada área depende muito da vontade política do mesmo. Além dos recursos financeiros, são fundamentais os recursos políticos. O compromisso de um prefeito é decisivo para viabilizar a mudança das práticas produtoras do cuidado.

Saber fazer o jogo político na arena dos governos locais é essencial para que o gestor municipal consiga viabilizar seu projeto de modelo assistencial. Para isso é fundamental considerar a complexidade das relações de poder presentes nos municípios, que são espaços em que múltiplos e distintos atores organizam-se para defender seus interesses.

Para análise da realidade social local, é importante considerar que, nessa realidade, estão presentes as contradições do capitalismo brasileiro, cuja característica principal é a alta concentração de renda, que tem como consequência a exclusão social de uma massa expressiva de brasileiros que vivem abaixo da linha da miséria.

Faz parte da realidade da grande maioria dos municípios brasileiros a existência de uma elite com alto poder aquisitivo, convivendo com grupos sociais excluídos, formados por desempregados, por trabalhadores do mercado formal ou informal e com poder aquisitivo aquém do mínimo necessário para garantir o próprio sustento e de suas famílias, o que os obriga a viver em condições de vida subumanas.

Em geral, as elites e os “de baixo” estão separados no espaço urbano das cidades e da zona rural e ocupam territórios muito distintos entre si. Entre esses estratos sociais extremos, há toda uma gama de diferentes grupos que atuam e buscam defender seus interesses na vida política dos municípios.

Fundamental ainda para entender a complexidade do poder local é compreender as relações entre sociedade e Estado, e o papel das políticas públicas como estratégias de construção de consensos com vistas a dar legitimidade para o Estado e garantir direitos de cidadania para a população organizada.

Mas há que se considerar os limites de várias ordens que definem o alcance das intervenções do nível local; não somente limites sociais e econômicos, mas limites legais e políticos estabelecidos pelo pacto federativo e pela história política de construção do Estado brasileiro.

Não faz parte de nossa investigação analisar as potencialidades e os limites do poder municipal, mas não é possível analisar experiências municipais, que buscaram realizar mudanças na condução da política de saúde no nível local, sem considerar a complexidade das disputas que ocorrem nesse espaço de poder.

Um dos atores fundamentais no processo de construção de projetos políticos de saúde centrados na defesa da vida e na construção da autonomia dos sujeitos é o usuário do sistema de saúde municipal.

Os usuários, ao buscar serviços capazes de atender suas necessidades de saúde, o fazem enquanto sujeitos singulares que almejam a recuperação de sua saúde e da cura, mas também como sujeitos coletivos e atores políticos, com maior ou menor capacidade de contratualizar com os serviços (Merhy, 2003). Nas situações em que os processos de trabalho organizam-se para garantir o cuidado integral, esta contratualização deve produzir saúde, produzir autonomia.

Para organizar processos de trabalho em que os trabalhadores sejam efetivamente sujeitos desses processos, os gestores dos serviços e do cuidado podem jogar papel decisivo, através da utilização de dispositivos que valorizem o acolhimento, o vínculo e a responsabilização.

Quando o gestor assume a responsabilidade de governar a saúde num município concreto, ele vai encontrar um conjunto de trabalhadores, atuando em diferentes serviços de saúde e utilizando não somente suas tecnologias para atender os usuários, mas também sua subjetividade, seus desejos.

Esses trabalhadores, no mundo real, não atuam como um ator político único. As diversas profissões de saúde ocupam diferentes espaços na arena política do jogo social, pois algumas são mais valorizadas do que outras, e isso determina inclusive a valorização no mercado de trabalho, com implicações diretas na determinação do valor da remuneração também no serviço público.

São muitos os determinantes das diferentes posições ocupadas pelas profissões de saúde, e essa diversidade tem que ser considerada pelos gestores na busca de dispositivos para construir modelos assistenciais em que o coletivo de trabalhadores seja sujeito de projetos solidários, baseados em processos de trabalho interdisciplinares e usuário centrado.

Há que considerar que o próprio domínio das tecnologias é distinto de um trabalhador para outro, ainda que de um mesmo núcleo de saber, pois há os com melhor formação técnica, os que escolheram a profissão por razões humanitárias, outros por desejo de ascensão social. A própria visão que o trabalhador tem da coisa pública interfere na

forma como ele vai se inserir no processo de trabalho no SUS. A subjetividade do trabalhador e seu vínculo com o usuário são determinantes no processo de cuidar e de produzir saúde.

O gestor tem que ser capaz de fazer essa leitura dos recursos que possui para interferir nessa contratualização, buscando estratégias técnicas e políticas capazes de criar condições para que, aqueles trabalhadores com potencial para abraçar as propostas de mudanças nas práticas sanitárias, tenham espaço para criar processos de trabalho mais solidários e novas práticas produtoras do cuidado.

Há ainda que se considerar que a ação racional é inseparável dos momentos singulares e subjetivos dos sujeitos e grupos (Onocko, 2003).

A produção da Saúde, como valor de uso, é uma atividade que depende mais de relações interpessoais do que de máquinas.

Segundo Motta (1975), dirigentes e líderes não devem limitar-se a dominar certas técnicas administrativas voltadas para melhorar as estruturas e procedimentos organizacionais. Para esse autor, capacidade gerencial exige habilidades complexas, tais como capacidade analítica, capacidade de decidir e de enfrentar riscos e incertezas. Para conseguir essa capacidade gerencial, o dirigente deve buscar o aprendizado gerencial sistematizado que envolve habilidades cognitiva, analítica, comportamental e habilidade de ação. Para Motta, a experiência adquirida em serviço é importante para o dirigente, pois ajuda a formar atitudes e valores sobre o trabalho gerencial.

O gestor de saúde vai gerir, em última instância, processos de trabalho para produção de um valor de uso que é a saúde; mas esse é também um processo de construção de sujeitos (Campos, 2000). Por isso é fundamental que o gestor e os próprios trabalhadores tenham clareza da finalidade do trabalho em saúde. A gestão do SUS nos municípios é a gestão dos processos de trabalho nos distintos tipos de serviços de saúde.

Para Campos (1994), a racionalidade gerencial hegemônica trabalha com o aprisionamento da vontade, do desejo e dos interesses dos trabalhadores, sendo que, para organizar processos de trabalho comprometidos com a defesa da vida dos usuários, é imprescindível experimentar novos modelos de gestão em que os trabalhadores se reconheçam na sua obra; a gestão deve privilegiar as pessoas e não as estruturas.

Campos (2000) propôs a criação de Coletivos Organizados para a Produção com capacidade de análise e de co-gestão para lidarem com a produção de bens e serviços e com sua própria constituição enquanto grupo. A co-gestão depende da construção ampliada de capacidade de direção entre o conjunto das pessoas de uma instituição e não somente entre sua cúpula.

Para Campos, tão importante quanto produzir saúde seria produzir instituições mais democráticas e sujeitos mais comprometidos com o interesse público. Democracia como produto de grupo Sujeito e produtora de sujeitos, que depende da correlação de forças e do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Portanto, para construir a democracia institucional, haveria que se constituir espaços de poder compartilhado para tomada de decisões.

Para mudar o método gerencial hegemônico e construir a co-gestão, é necessário ter vontade política e condições objetivas para operar mudanças nas instituições.

Para Campos, é necessária a construção de um novo conceito de trabalho, considerado como um dos planos essenciais para a constituição de sujeitos, de coletivos e da sociedade como um todo. Não existe sociedade democrática sem trabalho, trabalho criativo de valores de uso. A constituição do Sujeito depende da possibilidade de o trabalhador assumir a autoria de sua obra e do seu empenho com a produção dessa obra.

Enquanto gestora de saúde de um município concreto, tenho experimentado a construção de dispositivos que contribuam para a implantação de serviços voltados para as necessidades dos usuários e onde os trabalhadores de saúde sejam sujeitos dessa construção e deles mesmos. Outro elemento fundamental do processo de gestão experimentado em Amparo é o Planejamento Estratégico.

As principais referências que têm orientado minha prática como gestora, em relação ao Planejamento Estratégico, são Mário Testa, Carlos Matus, Emerson Merhy, Gastão Wagner e Luiz Cecílio. Na minha experiência, o Planejamento tem servido à gestão (Campos, 1989) e tem sido uma importante ferramenta do meu agir governamental (Merhy, 1995).

Tenho utilizado o planejamento estratégico como processo permanente de discussão e análise dos problemas de saúde do município (Testa, 1992), trabalhando com conflitos de interesse não só no interior da instituição, mas no município como um todo, onde diferentes atores disputam seus projetos.

Segundo Testa (1992), a incorporação da política é a característica definidora do planejamento estratégico.

A estratégia é a forma de implantação de uma política; e política é uma proposta sobre a distribuição do poder. Os tipos principais de poder no caso da saúde são o técnico, o administrativo e o político. Poder técnico é a capacidade de gerar, aceder e lidar com a informação; poder administrativo é a capacidade de se apropriar e de atribuir recursos; e poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda de suas necessidades ou interesses (Testa, 1992).

Esse autor considera ainda que o poder político tem uma qualidade diferente dos outros dois tipos de poder, que o hierarquiza acima daqueles. Testa considera que o planejamento deve integrar não somente o diagnóstico e a proposta administrativa, mas também a análise estratégica da estrutura de poder setorial.

A compreensão que o Planejamento Estratégico da Saúde no município deve considerar as relações de poder e as disputas de projetos, bem como a necessidade de saber lidar com o poder técnico e com o poder administrativo para acumular poder político, com objetivo de realizar mudanças no modelo assistencial; e ao mesmo tempo buscar definir e construir consensos provisórios dentro da organização, incorporando trabalhadores e usuários neste processo são ensinamentos de Mário Testa que busco aplicar no meu trabalho cotidiano de gestora.

Em relação a Matus, considero que sua contribuição para meu trabalho na gestão tem sido fundamental, particularmente em relação à noção de situação e do planejador em situação; à proposta do Triângulo de Governo; à descrição de problemas; e ao conceito de ator político.

A utilização da noção de situação facilita o processo de planejamento nas organizações de saúde, na medida em que considera que o lugar social onde está situado o ator determina, em grande medida, a ação desse ator.

Planejar mudanças do modelo assistencial e de gestão, considerando a situação concreta dos atores, com seus projetos e sua capacidade de autogoverno, aumenta a potência das ações das equipes de gestão, inclusive ao reconhecer que suas próprias ações também são condicionadas pela situação. Nesse sentido, colocar em prática a idéia de Matus de que “planeja quem faz” contribui de maneira significativa para superar o planejamento normativo. Contribui também para investir na capacitação da equipe dirigente e dos trabalhadores para que o Planejamento Estratégico seja um instrumento de gestão em todos os espaços da organização de saúde, superando a idéia de que as organizações de saúde devem ter equipes de planejadores, atuando separadamente da equipe que faz a gestão e que produz saúde.

Pensar e aplicar a ferramenta conceitual de Matus de Triângulo de Governo permite aos gestores fazer a disputa de projeto, considerando que a equipe dirigente deve construir um determinado projeto de saúde, com uma direcionalidade, que vai ser construída como aposta de alguns atores, mas não de todos, pois todo ator em situação de governo vai governar num cenário que todos governam e, por isso, a sua governabilidade vai depender sempre da relação com os outros atores. E a capacidade de governo seria os recursos que os gestores dispõem para construir seu projeto e com isso aumentar sua governabilidade (Matus, 1996).

Trabalhar com essa ferramenta conceitual, disseminando seu conhecimento para os vários espaços da gestão contribui de maneira significativa para aumentar a eficácia política na implementação do projeto.

Segundo Testa (1992), Matus substituiu a normatividade do Planejamento Normativo por uma normatividade política, pois embora ele reconheça a existência de atores diversos com propósitos opostos, ele se coloca em posição de dirigir as forças consideradas progressistas. Ao meu ver, esta crítica é correta, o que não invalida a grande contribuição de Matus para o Planejamento Estratégico da Saúde.

Merhy (2002), ao discutir capacidade de governo nas organizações de saúde, propõe a composição de uma caixa de ferramentas para governar, que deve conter saberes e procedimentos do agir governamental, enfatizando a importância de compreender as tecnologias desse saber fazer governamental.

Pensar e aplicar as tecnologias leves e leve-duras na minha ação prática como gestora tem contribuído de maneira significativa para aumentar a eficácia do agir governamental dos atores envolvidos com a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo.

Merhy coloca que o gestor de saúde deve compreender o que é marcador do território da saúde e quais são as relações sociais que esse gestor tem capacidade de governar. Segundo ele, tais relações são de natureza políticas, organizacionais e relações produtivas. Com essa formulação, Merhy, de certa forma, resgata o que Testa denomina de poder político, poder administrativo e poder técnico.

Merhy (2002) complementa a idéia de caixa de ferramentas dos gestores em saúde, afirmando que essa caixa deve conter tecnologias que permitam sua ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho.

Ao propor a reflexão sobre o ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como o desafio permanente de algumas estratégias gerenciais, Merhy avança na discussão sobre configuração tecnológica do trabalho em saúde e coloca que a eficácia dos sistemas de saúde vai depender da conformação adequada entre as tecnologias leves, leve-duras e duras.

As contribuições de Campos (1992) e de Merhy (1997) para a compreensão da tensão constitutiva das organizações de saúde são fundamentais para orientar a gestão e Planejamento Estratégico nas organizações de saúde, no sentido de organizar uma gestão mais democrática e participativa. Outra contribuição desses autores relaciona-se com a incorporação da subjetividade como elemento fundamental da gestão e do planejamento.

A contribuição teórica de Campos em relação à clínica ampliada e à discussão sobre demanda espontânea é fundamental para planejar e fazer a gestão dos serviços de saúde.

No dia-a-dia da gestão, os ensinamentos destes autores fazem parte da caixa de ferramenta dos gestores de Amparo e contribuem para enfrentar os gigantescos desafios de gestão do SUS.

6- A FORMAÇÃO DE UM GESTOR DA SAÚDE EM MUNICÍPIOS

O sentido que pretendo dar a essa “volta ao passado” é dado pelas indagações do presente.

Retomando a idéia de caixa de ferramentas do gestor, proposta por Merhy (2002), meu objetivo é tentar, através da narrativa destas experiências, identificar quais as tecnologias incorporei na minha caixa de ferramentas de gestora, a partir da minha vivência nas equipes de gestão nos municípios de Bauru, Santos e Chapecó.

Ao narrar estas experiências, estarei simultaneamente interpretando os processos de construção dos modelos assistenciais e de gestão desses municípios a partir dos elementos, inclusive teóricos, que fazem parte hoje da minha caixa de ferramentas de gestora.

Portanto, é a volta de outro gestor, outro sujeito, pois há que se considerar que há um percurso histórico percorrido nesses 16 anos que me separam da experiência de Bauru; ou os 10 anos que me separam da experiência de Santos; ou os 6 anos que saí de Chapecó.

Esse percurso histórico está situado no contexto da história do SUS e mesmo no contexto social e político do país. E há ainda a minha própria vivência, singular, subjetiva, que me torna diferente do que eu era no momento em que participei da gestão da saúde desses municípios.

Estas três experiências municipais estão descritas em livros e estarei analisando os textos dessas publicações; mas evidentemente, estarei sempre interpretando os textos a partir das interrogações sobre a gestão de um ator implicado, colocadas na presente investigação sobre a construção de espaços coletivos de gestão.

6.1- Bauru de 1985 a 1990

Bauru foi um dos municípios que elegeu, em 1982, prefeito e vice-prefeito do PMDB, partido que elegeu também dez dos 17 vereadores e os deputados federal e estadual mais votados do município.

Oito meses após sua posse, o prefeito eleito, que era ligado ao Partido Comunista Brasileiro, faleceu em decorrência de um câncer no cérebro. Assumiu a prefeitura o vice-prefeito Tuga Angerami, jovem psicólogo, egresso do recém criado Partido dos Trabalhadores, docente e ex-presidente da associação dos docentes da então Fundação Educacional de Bauru.

A experiência de gestão da Saúde de Bauru foi registrada nos livros “Saúde para Todos, Desafio ao Município”, e “Saúde do Trabalhador”, ambos publicados em 1988, e editados pela Hucitec.

Logo no início do livro, no prefácio escrito pelo prefeito, está expressa a intenção de construir um novo modelo para a saúde no município: “Uma administração avançada não será certamente reprodutora de modelos tradicionais. Tem a obrigação de criar e gerar novas formas de atuação, de produzir novos modelos e conhecimentos e de sistematizá-los e divulgá-los”.

Havia essa percepção na equipe de gestão da saúde, compartilhada pelo prefeito, que não era somente a criação de novos serviços que estava sendo feita, mas estava se construindo novas maneiras de produzir saúde.

De 1984 a 1988, foi estruturada toda uma rede de serviços de saúde sob a gestão do município, com recursos financeiros, num primeiro momento, exclusivamente do orçamento próprio do município e, num segundo momento, com parte dos recursos financeiros provenientes do convênio AIS e SUDS. O município foi responsável por todo o custeio dos serviços de saúde durante o ano 1984.

Apesar do interesse do município em assinar o convênio AIS, ele somente foi assinado no segundo semestre de 1985, após discussão e aprovação na CIMS e na CRIS de Bauru, visto que o município era sede de uma regional de saúde da SES.

Em 1985, a Superintendência do INAMPS no estado de São Paulo passou a ser dirigida por militantes do movimento sanitário, alguns vindos da Faculdade de Saúde Pública da USP, outros do movimento de Renovação Médica, que trabalhavam de fato para que os municípios pudessem assinar os convênios e receber os recursos para investir na melhoria dos serviços de saúde.

Depois de alguns meses de elaboração da Programação e Orçamentação Integrada/ POI e da aprovação nas Comissões Interinstitucionais, dirigi-me à Superintendência do INAMPS, na avenida 9 de julho, em São Paulo, para assinar o convênio, com o superintendente dr. Eurivaldo de Almeida Sampaio.

O aporte de recursos do convênio para o município representou uma ajuda fundamental, pois a construção do sistema municipal de saúde já vinha sendo feita num ritmo bastante acelerado.

Em 1985, os recursos do convênio AIS representaram 20% do gasto total com saúde no município e, em 1987, representaram 47%, o que permitiu dar continuidade no processo de expansão da rede de serviços iniciado em 1984 (1988a, p. 45).

Em dezembro de 1987, o município assinou o convênio SUDS, que incluiu a municipalização dos seis centros de saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, com a interveniência do INAMPS (1988a, 45).

A primeira marca relevante da Saúde em Bauru nesse período é a estruturação de uma rede de serviços numerosa e resolutive. Treze unidades básicas de saúde foram implantadas e seis centros de saúde da Secretaria Estadual foram municipalizados, no período de 1983 a 1987.

Em quatro anos, foi implantada uma rede básica com 19 unidades, a maioria delas em prédios novos, bem equipados, com referência laboratorial, todas sob a gestão municipal.

A ampliação do quadro de pessoal para operar essa rede foi feita através de concursos públicos, para médicos, enfermeiros, dentistas e auxiliares de enfermagem. Isso porque a Prefeitura praticamente não contava com trabalhadores na área de saúde, visto que o município possuía pouquíssimos serviços próprios.

O ritmo de trabalho da equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde era bastante acelerado, pois, além das atividades no município, a equipe participava ativamente do movimento dos secretários municipais, tanto no estado de São Paulo, como nos primeiros Encontros Nacionais.

Membros da equipe participaram, com apresentação de trabalho, do 4º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em 1987, em Londrina (PR); do 5º Encontro em 1988 em Olinda (PE); e do 6º Encontro Nacional em 1989, em Porto Alegre (RS).

Esses Encontros constituíam espaços de debate sobre a municipalização da saúde, sobre os desafios de construção dos sistemas de saúde nos municípios e sobre financiamento. Discutia-se o processo de democratização no país, a Conferência Nacional de Saúde, as propostas para o Sistema de Saúde, a ser definido na nova Constituição. E discutia-se a necessidade de construção da entidade de representação dos secretários municipais de saúde, que se constituía como ator político fundamental no cenário da reforma sanitária.

Em Bauru, foi criada, em 1987, a Associação de Secretarias e Departamentos Municipais de Saúde que, em 1990, passou a denominar-se Conselho de Secretários Municipais de Saúde/ COSEMS, para acompanhar a denominação nacional. Para criação da entidade, foi feito todo um trabalho de articulação, envolvendo os gestores dos municípios que vinham se destacando na organização dos sistemas locais de saúde.

O município foi palco de eventos importantes no processo de construção da reforma sanitária brasileira. Foi em Bauru o Primeiro Encontro dos Trabalhadores da Luta Antimanicomial, evento promovido pela SMS e pela Plenária Estadual dos Trabalhadores de Saúde Mental.

Em 1986, Bauru foi sede de um Encontro de Secretarias Municipais de Saúde, que reuniu não somente gestores de dezenas de municípios, mas também os principais dirigentes da SES, como José Yunes, José da Silva Guedes, Otávio Mercadante, além de vários diretores das regionais de saúde, docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva, como Emerson Merhy, e intelectuais da reforma sanitária. Simultaneamente a esse encontro, foi realizado um Encontro de Saúde do Trabalhador, talvez um dos primeiros do estado de São Paulo.

Nesses encontros, as discussões eram muito ricas e contribuíram para a reflexão sobre o processo de mudança que estava ocorrendo na saúde.

Desde o início, foi feito muito investimento para construir uma equipe de gestão municipal com capacidade de governo para enfrentar os desafios de construção de um modelo assistencial contra hegemônico.

Como a condução desse processo era feita por militantes da reforma sanitária, a experiência de Bauru dialogava com outras experiências e participava do debate nacional sobre a necessidade de um novo sistema de saúde para o país, inclusive do debate da 8ª Conferência Nacional da Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ambas ocorridas em 1986.

Nesse sentido, a produção teórica de autores que discutiam temas como a determinação social do processo saúde e doença, a medicina e a política, o processo histórico de constituição do modelo médico hegemônico foram verdadeiros guias na construção da saúde em Bauru.

Mesmo correndo o risco de omitir contribuições importantes, acredito que os autores mais presentes nas nossas discussões e elaborações foram Carlos Gentile de Melo, Maria Cecília Donnangelo, Asa Cristina Laurel, Giovani Berlinguer e Jose Carlos Braga.

A produção do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/CEBES, divulgada através da Revista “Saúde em Debate” também serviu para nos orientar em várias decisões estratégicas.

A obra de Jose Carlos Braga “Saúde e Previdência”, editada em 1981 pelo CEBES e pela editora Hucitec, foi toda ela lida e discutida com a jovem equipe de gestão da SMS de Bauru em 1985, através de seminários semanais. Desde o início, sabíamos que era fundamental envolver o conjunto dos trabalhadores no processo de construção do novo modelo assistencial. Havia toda uma estratégia para democratizar a gestão e contribuir para que os trabalhadores se constituíssem como sujeitos no processo de mudanças.

O que foi mais marcante na minha experiência em Bauru foi o esforço para criar, junto com os trabalhadores da saúde, uma outra forma de organizar e gerir o processo de produção da saúde nos novos serviços que estavam sendo criados.

Mensalmente, ocorriam reuniões com os pediatras, clínicos, ginecologistas, enfermeiras, pessoal de nível médio, com discussões sobre a organização do processo de trabalho nas unidades e sobre temas técnicos, preparados pelos próprios profissionais. Nessas reuniões, discutia-se o processo de trabalho e era construída uma nova contratualização em relação à qualidade da atenção oferecida aos usuários. Trabalhava-se com a idéia de que os trabalhadores poderiam instituir práticas de produção de saúde, que fizessem sentido para eles enquanto sujeitos e para os usuários dos serviços.

Além dessas reuniões organizadas por categoria profissional, ocorriam reuniões mensais dos representantes escolhidos nas unidades para integrarem a Comissão de Funcionários, com a participação da secretária de saúde.

Retomando as elaborações de Campos (2000) sobre a democratização da gestão, avalio que em Bauru houve mudanças institucionais que privilegiaram as pessoas e contribuíram de fato para aumentar a capacidade de análise e de co-gestão da jovem equipe que se formou para dirigir a Secretaria Municipal de Saúde. Considero que a leitura do registro da experiência nos livros já referidos oferece elementos para essa avaliação.

Bauru foi, de fato, palco de um processo de construção de um novo arranjo de serviços, que buscava superar os limites da Programação em Saúde dos centros de saúde estaduais, mas ao mesmo tempo se recusava a fazer expansão de cobertura através de pronto atendimento, semelhante ao atendimento praticado nos serviços privados, contratados pelo INAMPS. A organização da rede básica foi uma das prioridades da gestão. Trabalhávamos o tempo todo para estruturar a rede básica e buscar estratégias para envolver os trabalhadores de saúde na construção de um novo jeito de operar os serviços, pois estávamos convencidos de que as mudanças somente ocorreriam, se os trabalhadores assumissem a autoria delas.

As equipes das unidades básicas de saúde eram formadas por médicos das áreas básicas – pediatra, ginecologista e clínico geral; pela equipe de enfermagem – enfermeiro e auxiliares de enfermagem; e equipe de Saúde Bucal – dentista e auxiliar de consultório dentário.

Em relação ao processo de trabalho nas unidades básicas, a prioridade era para o atendimento às pessoas com queixas, a chamada demanda espontânea, combinada com a demanda dos Programas: de Defesa da Vida do Lactente, gestantes, diabéticos e hipertensos (1988a, p. 24). Esses Programas eram elaborados e pactuados nas reuniões com os trabalhadores de saúde.

A análise dos dados epidemiológicos orientava a equipe de gestão na definição de ações prioritárias, mas, ao mesmo tempo, fazia parte das discussões com as equipes das unidades a importância em resolver os problemas de saúde que usuários traziam para o atendimento.

Essa preocupação com a resolução de problemas pelas equipes permeia vários capítulos do livro e, em todo o relato, está explícita a busca da resolutividade, representada pela incorporação de ações que não eram tradicionais da atenção básica, como a abordagem aos pacientes epiléticos; realização de ações de saúde mental nas UBS; atividades de integração com a rede de escolas de educação infantil; ou mesmo resolutividade associada com a disponibilidade de equipamentos para resolver problemas na área da Saúde da Mulher, como eletrocauterio nas UBS.

Ainda em relação ao processo de trabalho, há uma ênfase bastante grande em ações de educação em saúde para os grupos prioritários e uma preocupação em apoiar-se em informações epidemiológicas para planejar e avaliar o trabalho das unidades.

Para preparar as equipes para desenvolver ações de Educação em Saúde, foi feita uma parceria com a faculdade de Psicologia da Fundação Educacional de Bauru. Várias oficinas foram realizadas para discutir essa questão, sendo que a produção teórica de Paulo Freire era a principal referência para nossas discussões. Esse referencial teórico contribuía para a valorização dos diferentes saberes dos trabalhadores das equipes de saúde.

Outro tema recorrente nas discussões da equipe central, e também nas reuniões com os funcionários, era sobre a complexidade inerente ao processo de trabalho da rede básica e o tipo de conhecimento necessário para a equipe poder oferecer uma atenção de boa qualidade à população.

A estratégia de priorizar o atendimento da demanda espontânea, de investir também em ações de educação em saúde e desenvolver ações programáticas, ao meu ver, contribuiu para deslocar o processo de trabalho mais no sentido dos interesses dos usuários.

Nesse período, alguns centros de saúde da SES-SP funcionavam de maneira burocrática, cumprindo normas e rotinas, muitas vezes distantes das necessidades trazidas pela demanda, que constituíam a base dos programas de saúde e tinham uma forte tradição na cultura sanitária da Secretaria Estadual de Saúde.

Com a municipalização dos centros de saúde, houve todo um esforço no sentido de dinamizar as equipes e desburocratizar o atendimento dos serviços. A prioridade era o atendimento das pessoas nos seus processos de adoecimento, com ênfase na construção de vínculos entre os profissionais e os usuários. Mas havia também incorporação de ações de vigilância da saúde e utilização da epidemiologia para definir prioridades da gestão.

Outra estratégia utilizada para qualificar a atenção oferecida à população foi o processo de Educação Continuada para o conjunto dos servidores. Nas reuniões de Educação Continuada, o cotidiano dos serviços era problematizado e as reuniões constituíam-se em espaço para reflexão sobre o trabalho das equipes. Havia sempre um intenso processo de interrogar o processo de produção do cuidado.

Essa estratégia contribuiu de maneira decisiva não somente para qualificar a clínica praticada pelos profissionais, mas também para contratualizar questões essenciais do processo de trabalho, tais como compromisso com o cumprimento da jornada de trabalho, registro qualificado do atendimento no prontuário do paciente, realização de ações de educação em saúde, prescrição de medicamentos padronizados coletivamente nas reuniões de Educação Continuada.

Essas questões, aparentemente simples, tinham um impacto enorme numa equipe que, na sua maioria, estava ingressando no serviço público ou era de servidores públicos dos centros de saúde, pouco habituados com esse processo de discussão e participação. Os gestores procuravam expor as novas diretrizes da Secretaria da Saúde e ouviam os trabalhadores de saúde, que traziam problemas do cotidiano para as discussões coletivas.

Outro resultado desse processo de Educação Continuada era uma melhoria significativa na clínica praticada pelos médicos e enfermeiros. Os médicos, particularmente os pediatras e clínicos, tinham formação clínica de boa qualidade, e a Educação Continuada voltava-se mais para atualização e troca de experiências entre os profissionais sobre o trabalho em equipe e no serviço público. Os enfermeiros assumiam várias responsabilidades assistenciais, e havia um esforço para construir relações mais solidárias entre os profissionais e desterritorializar o poder médico.

A decisão de organizar todo o processo de Educação Continuada por categoria profissional prendia-se ao fato de ter de compatibilizar as reuniões com o atendimento à população. No entanto, esse formato de reuniões não ajudava a construção de equipes interdisciplinares.

Todas as unidades contavam com um diretor, que recebia remuneração adicional com “função gratificada” para exercer as funções de gerência. A maioria dos diretores era enfermeiro, mas havia também médicos desempenhando as funções de direção.

Os diretores eram profissionais concursados, a maioria com poucos anos de formados, e sem formação em saúde pública, que usavam parte da jornada de trabalho para assistência e parte para a gerência da unidade. Uma das prioridades da equipe de gestão foi investir na formação desses diretores, para capacitá-los a dirigir as equipes.

Essa capacitação não foi feita seguindo uma programação estruturada. Foi muito mais a criação de um espaço de reflexão e discussão sobre os problemas da gestão de uma unidade básica de saúde.

A equipe central incentivava e apoiava as diretoras a reverem o processo de trabalho das unidades, estimulando o trabalho em equipe, a educação em saúde, o trabalho com a comunidade. Algumas diretoras conseguiram organizar processos de trabalho centrados nas necessidades de saúde dos usuários.

Um dispositivo utilizado para reorganizar os processos de trabalho foi a criação de uma equipe interdisciplinar no nível central da Secretaria, composta por médico, enfermeiro e dentista, que apoiava as equipes das UBS, através de um rico processo de discussão.

Essa equipe, que na época era chamada de equipe de supervisão, reunia-se periodicamente com a equipe na unidade básica, e era feito um levantamento dos principais problemas da organização e do processo de trabalho. A partir desse levantamento, discutiam-se as estratégias para enfrentar os problemas e contratualizava-se com as equipes as mudanças no processo de trabalho e o tempo necessário para operar as modificações nas rotinas de atendimento. Passado esse tempo, a equipe central retornava e avaliava com a equipe local as mudanças implementadas e as dificuldades encontradas para fazer as mudanças.

Uma das atividades dessa equipe era a análise e a discussão do registro em prontuário do atendimento realizado. A discussão do prontuário permitia analisar vários aspectos do trabalho da equipe, particularmente o trabalho médico. O trabalho da equipe de supervisão foi um dispositivo que contribuiu de forma decisiva para as equipes planejarem e avaliarem seu próprio trabalho.

Ao mesmo tempo, permitia que a equipe central, da qual a equipe de supervisão fazia parte, priorizasse a resolução dos problemas concretos dos processos de trabalho das UBS.

Nessa ocasião, as discussões e a produção teórica sobre Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus, e o Planejamento Estratégico de Mário Testa, faziam parte do debate de uma parte dos militantes do movimento sanitário.

O trabalho dessa equipe de supervisão era orientado pela secretária de saúde, que utilizava elementos do planejamento estratégico para organizar o trabalho de supervisão: levantamento de problemas, a idéia de que planeja quem faz, a proposta de definir as ações para resolver problemas, a idéia de atores políticos com capacidade de mudar a realidade.

Em nenhum outro município em que participei da gestão, consegui implantar um dispositivo de apoio às equipes de UBS tão potente quanto esse.

Considerando as outras experiências e passados dez anos, avalio que esse dispositivo teve sua potência aumentada em função do perfil dos profissionais que assumiram esse papel. O compromisso ético político desses profissionais com a construção

do sistema de saúde de Bauru, a compreensão da necessidade de publicizar os espaços das unidades, a disponibilidade para se constituírem como sujeitos desse processo foram fundamentais na experiência de Bauru. E havia também a compreensão da necessidade de tratar os conflitos que essa prática de gestão colocava para a equipe de supervisão.

Além da rede básica, outros serviços foram implantados para responder às necessidades da população.

Em 1986, um novo pronto-socorro foi construído e equipado, com expansão do quadro de plantonistas, que passou a contar com médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem, além de pessoal de apoio. Também em relação ao processo de trabalho das equipes de plantonistas do pronto-socorro buscou-se qualificar a atenção às urgências e emergências e implantar dispositivos que contribuíssem para a construção de equipe.

No entanto, os resultados não foram os mesmos conseguidos na rede básica. O município contava com um serviço de Pronto Atendimento, com baixíssima resolutividade, com um médico por plantão de 24 horas, que tinha autonomia total para exercer seu trabalho e o exercia conforme seus interesses, sem considerar as necessidades dos usuários nem a autoridade da gestão municipal.

Foram feitos investimentos importantes para mudar estrutura do pronto-socorro e reorganizar o processo de trabalho, no sentido de coibir os abusos cometidos pelos médicos na relação com os usuários. Houve algumas mudanças, mas muito mais pelas estratégias de controle desses abusos por parte da gestão municipal, do que por mudanças efetivas na contratualização entre médicos e pacientes, mediadas pelo gestor.

Neste caso, tratava-se de usar da autoridade e do controle para impedir que os pacientes fossem tratados de forma desumana pelos trabalhadores de saúde.

Em 1987, foi criado o Centro de Prevenção e Orientação do Câncer/CPOC, com “objetivo de colaborar ativamente com os esforços de instituições e pessoas para desenvolver a prevenção, o diagnóstico, o tratamento do câncer e a reabilitação”. Esse serviço constituiu-se num exemplo de nova contratualização entre trabalhadores de saúde e pacientes, pois a equipe do CPOC, embora numericamente reduzida, assumia de fato a responsabilização pelos pacientes.

O Núcleo de Atenção Psicossocial/ NAPS foi criado em 1988, com hospital-dia, para “tratamento e contenção de crises agudas, de modo a evitar a internação psiquiátrica, através de ações diárias de psicoterapia, terapia ocupacional e medicamentosa e atividades de socialização”.

Esse NAPS foi um dos primeiros serviços substitutivos ao manicômio criado no interior paulista; foi dirigido pelo psiquiatra Roberto Tykanori, que tem sido um ator importante no processo de construção da Reforma Psiquiátrica no país. Nosso maior problema foi a falta de profissionais com formação para atuar no NAPS, que era um serviço totalmente novo e exigia profissionais com capacidade para lidar com a loucura de uma outra maneira. A decisão foi contratar pessoal através de concurso público e remanejar profissionais de outras áreas interessados em trabalhar no NAPS. Antes de implantar o serviço, foi formada equipe e iniciou-se um processo de educação intensiva, para prepará-la a atender os pacientes.

Em 1985, foi implantado o Ambulatório de Saúde do Trabalhador, onde se desenvolviam as ações principais do Programa Municipal de Saúde do Trabalhador.

Esse Programa foi todo estruturado a partir de uma intensa articulação com o movimento sindical local e trabalhava com uma concepção sobre o protagonismo do trabalhador no processo de conquistas de ambientes de trabalho mais saudáveis, com forte inspiração na experiência do modelo italiano, que vinha sendo discutido no Brasil, através de intercâmbio entre os dois países, estimulado pelas relações do intelectual da esquerda italiana Giovani Berlinguer com atores da Reforma Sanitária, entre eles David Capistrano.

As experiências municipais de Bauru, de Campinas e de outros municípios, aliadas à produção de alguns Departamentos de Medicina Preventiva e de intelectuais da esquerda latino-americana, colocaram na agenda do movimento sanitário da época a importância de incorporar as questões de Saúde do Trabalhador no debate sobre o novo sistema de saúde para o país.

Analisando a experiência de Bauru no seu conjunto, avalio que estavam presentes na gestão da saúde elementos essenciais para o desafio de imprimir mudanças no processo de trabalho para produção de saúde.

A busca de integração dos saberes da Clínica e da Epidemiologia, como aportes complementares, pode ser percebida na decisão de organizar o processo de trabalho na rede básica voltado para o atendimento da demanda espontânea, mas, ao mesmo tempo, a implementação de ações orientadas pela análise de informações epidemiológicas, como ações para reduzir a mortalidade infantil, ações de diagnóstico precoce de câncer, e controle da hipertensão e diabetes.

Os serviços de saúde atendiam às necessidades dos usuários, e os gestores atuavam no sentido de construir contratualizações com os trabalhadores que favorecessem os usuários. A presença dos usuários nos serviços de saúde ocorria enquanto portadores de necessidades.

A atuação dos usuários, como atores políticos, acontecia de maneira muito tímida. Em algumas unidades, o trabalho das diretoras conseguia mobilizar a população, mas era mais por esforço da unidade do que por movimento dos usuários. Importante lembrar que estamos no período pré -SUS.

Ao procurar o serviço de saúde para atender sua necessidade, o usuário manifesta um desejo de ficar bem, de aumentar sua autonomia e, neste sentido, o encontro da equipe com esse sujeito expressa não somente a falta de alguma coisa, mas também uma positividade, uma vontade de existir, de fazer parte do mundo (Merhy, 1997).

Nessa época, a participação da população era muito pequena. A perseguição aos movimentos sociais e aos partidos políticos ocorrida durante os anos de ditadura fez com que, nesse primeiro momento de abertura política, os movimentos sociais fossem ainda incipientes na maioria dos municípios brasileiros. Apenas em alguns grandes centros a participação popular já começava a pressionar o Estado pelo atendimento de suas reivindicações de saúde, como foi o caso do Movimento Popular de Saúde, da Zona Leste da cidade de São Paulo.

Em Bauru, a única exceção ocorreu em relação ao Programa de Saúde do Trabalhador, que desde seu início contou com uma forte participação sindical.

A Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde/ CIMS contava com a participação de representantes do movimento sindical, mas a participação dos usuários, na forma como ocorre hoje nos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Locais, não existia.

Considero que a organização de serviços efetivamente voltados para as necessidades de saúde dos usuários é um processo histórico, no qual atores políticos disputam a direcionalidade do projeto.

Tanto a hegemonia do modelo médico como a maneira como ocorre a gestão das instituições de saúde foram construídas historicamente por atores políticos concretos; também a construção de uma outra hegemonia e um outro modelo de gestão vão depender da atuação de atores políticos portadores de um novo projeto de modelo assistencial e de gestão.

Nesse sentido, considero que as estratégias utilizadas em Bauru contribuíram para o processo de construção de um projeto contra hegemônico de atenção a saúde.

Isso não significa que, em Bauru, construímos um modelo assistencial usuário centrado, mas que houve um deslocamento de poder em direção a um sistema de saúde que favorecia os processos de trabalho em que a contratualização entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários não se fazia para atender aos interesses do modelo de gestão tradicional e ao médico hegemônico.

Tanto a conjuntura política nacional como a conjuntura local favoreciam essa construção, e a equipe de gestão buscava aumentar sua governabilidade para fazer avançar as mudanças no sistema de saúde local. Os trabalhadores, de uma maneira geral, participavam ativamente desse processo e eram protagonistas da mudança que ocorria em toda estrutura organizacional da Secretaria de Saúde.

Ao comentar a edição do livro sobre Bauru, na Apresentação, há a seguinte descrição: “Organizaram esta segunda edição dois secretários de uma única gestão. Ou um ex-secretário e uma ex-assessora. Ou uma secretária e um assessor”.

Em janeiro de 1984, o médico sanitarista David Capistrano, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, assumiu o cargo de secretário municipal de saúde de Bauru, e permaneceu no cargo até 1985, quando se afastou para fazer tratamento de saúde fora do país. Em junho de 1985, reassumiu o cargo e permaneceu até início de 1986, quando se afastou para candidatar-se a deputado estadual pelo Partido dos Trabalhadores.

Após as eleições de 1986, David retornou como assessor da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru e permaneceu até início de 1988, quando se afastou para organizar e coordenar a campanha eleitoral vitoriosa da então candidata Telma de Souza, que assumiu a Prefeitura de Santos em janeiro de 1989 e nomeou David como secretário de saúde de Santos.

Eu também era médica sanitarista da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; havia terminado há dois anos a Residência de Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da USP e estava cursando o mestrado no mesmo Departamento de Medicina Preventiva.

Comecei a trabalhar em Bauru no início de 1985 e substitui interinamente o secretário afastado até junho de 1985. Fiquei como assessora até 1986, quando voltei a assumir o cargo de secretária e permaneci no cargo até dezembro de 1990.

Apesar dessas mudanças na equipe de gestão, não houve mudança de projeto, visto que, do ponto de vista político ideológico, havia muita sintonia entre o secretário e a assessora, ou, entre a secretária e o assessor. Havia sim: distintos estilos de governar, mas isso não interferiu na direcionalidade do projeto.

E, sem sombra de dúvida, a lucidez e a combatividade de David Capistrano imprimiram marcas inconfundíveis no processo de construção do sistema de saúde de Bauru.

Houve iniciativas em que a marca do David era inconfundível, como a Comissão de Investigação e Análise de Óbitos em menores de um ano, estratégia utilizada para colocar na agenda política do conjunto dos atores do sistema local de saúde, a necessidade imperiosa de reduzir a mortalidade infantil. Isso numa época em que não existiam as Declarações de Nascidos Vivos nem o Sistema de Informação de Nascidos Vivos/ SINASC; os dados de mortalidade eram fornecidos pela Fundação SEADE, com um atraso médio de 180 meses, pois não existia o Sistema de Informação de Mortalidade/SIM, hoje gerenciado pelo próprio município e que fornece informações em tempo real.

A Comissão trabalhava não só as informações epidemiológicas, mas buscava dados de prontuários, reconstituíam a história de vida das crianças que foram a óbito, através de um trabalho sistemático de entrevistas domiciliares, realizadas por uma assistente social da Secretaria da Saúde. A Comissão, a partir desse conjunto de

informações, produzia relatórios que eram encaminhados ao diretor da Maternidade, ao Conselho Regional de Medicina, ao diretor do PAM do INAMPS, à equipe da UBS que acompanhava, ou deveria acompanhar, a gestante ou a criança que foi a óbito. As atividades dessa Comissão eram muito semelhantes ao que veio se constituir muitos anos depois como Comitês de Mortalidade Materna e Infantil do SUS.

A equipe de gestão era o ator político que conduzia o projeto de mudança. Mas a própria equipe era formada por atores políticos com graus muito variados de capacidade de governo.

E como a equipe mudou muito ao longo dos seis anos considerados, para analisar a atuação dessa equipe, enquanto ator político, é necessário fazer distinção dos diferentes momentos do processo.

Houve, nos dois primeiros anos de construção do sistema municipal de saúde, a presença muito marcante do David Capistrano, um militante não somente da Reforma Sanitária, mas da esquerda brasileira, com muitos anos de luta política e participação nos movimentos da saúde anteriores ao SUS, inclusive na criação do CEBES.

E havia profissionais recém-formados, sem experiência política e profissional, mas que compreenderam a importância de participar de um projeto como aquele e passaram a trabalhar com dedicação para viabilizar a construção do sistema de saúde em Bauru.

Houve também a incorporação de profissionais de saúde que trabalhavam em outros locais e que foram para Bauru, com objetivo de participar de um projeto que foi ganhando visibilidade fora do município. A incorporação desses profissionais possibilitou que a equipe aumentasse sua capacidade de governo em várias áreas, como Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Epidemiologia, Administração e outras.

Eu me incorporei à equipe no início de 1985, a convite do prefeito e do David, e trouxe na bagagem pouca experiência de gestão, pois havia trabalhado apenas dois anos como médica sanitária de uma regional de saúde da SES-SP, e muita vontade de colocar em prática as idéias e propostas discutidas na Residência de Medicina Preventiva e no Mestrado, que eu apenas iniciava.

O que me atraiu na proposta de Bauru foi justamente a possibilidade de experimentar outras maneiras de organizar a saúde, outros arranjos dos processos de trabalho em saúde, visto que eu estava muito insatisfeita com o trabalho na regional da SES-SP.

Além disso, a possibilidade de trabalhar num projeto coordenado por David Capistrano, que eu conhecia e admirava na militância política partidária, era um desafio que me atraía bastante. Para mim pessoalmente, a participação na equipe de gestão em Bauru foi uma verdadeira escola, que serviu de base para meu trabalho em outras equipes de gestão.

Quando analisamos as situações concretas do jogo social e as equipes de governo do mundo real, vamos encontrar situações muito parecidas com essa de Bauru; com o desafio de construir a gestão e simultaneamente construir a própria equipe de gestão. Em Bauru, construíamos instituições e serviços mais democráticos e nos construíamos como sujeitos coletivos, comprometidos com o interesse público.

A análise do cenário político local e dos atores concretos que apoiavam o projeto de mudanças da saúde mostra que eram os trabalhadores da saúde, os usuários, a imprensa local, o prefeito e o movimento sindical.

Entre os trabalhadores de saúde, o compromisso maior era dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e uma parte dos médicos, principalmente os pediatras e clínicos da rede básica, dos trabalhadores do CPOC, do NAPS e do Programa de Saúde do Trabalhador.

Os atores políticos que fizeram mais oposição às propostas de mudanças foram os médicos da cidade, organizados na Associação Paulista de Medicina, que chegaram inclusive a reunir-se em assembléia, em 1984, para votar e dar o título de “*persona non grata*” para o então secretário David Capistrano, que era acusado de ser de fora do município e não valorizar os médicos da cidade.

Um ator político que foi fundamental nas disputas locais foi o prefeito Tuga Angerami que, desde o primeiro momento, apoiou e defendeu as propostas de mudanças na saúde. Mesmo nos momentos de maior tensão política, o prefeito foi um firme aliado da equipe de gestão da Secretaria da Saúde.

Os usuários manifestavam sua aceitação das mudanças na saúde através de apoio à administração municipal; a imprensa local reproduzia essas avaliações, e esse apoio foi fundamental para aumentar a governabilidade da equipe de gestão.

A mídia local, tanto a televisiva como os jornais da cidade, sempre acompanhou e apoiou as iniciativas da saúde. Havia críticas e cobranças, porém sempre eram ressaltados o caráter inovador dos vários programas e projetos desenvolvidos na saúde. A saúde foi uma área que ajudou o governo a aumentar sua governabilidade, inclusive no processo eleitoral, em que o prefeito conseguiu eleger seu sucessor.

No primeiro ano do governo que sucedeu Tuga Angerami, o prefeito eleito manteve as políticas sociais praticamente inalteradas, inclusive a saúde, que tinha uma certa autonomia, não somente pela experiência acumulada pela equipe, mas também pelo fato de receber recursos financeiros do governo federal.

No segundo ano de mandato, o prefeito começou a mudar os rumos do governo, e no segundo semestre de 1990, a equipe de gestão da saúde entrou em conflito com ele em várias ocasiões, inclusive publicamente através da imprensa local.

À medida que o governo municipal desmontava as principais políticas do governo anterior, a equipe da saúde começou a perder governabilidade e, no final de 1990, o projeto da saúde não tinha mais sustentabilidade.

No verão de 1990, o estado de São Paulo começava a apresentar os primeiros casos de dengue. Os municípios, em conjunto com as equipes da SUCEN, começaram a elaborar os planos de combate ao mosquito, e os mutirões eram estratégias utilizadas para mobilizar a população para eliminação dos criadores do mosquito e fazer a prevenção da doença.

Em Bauru, planejamos uma grande mobilização, com apoio da imprensa local e a participação ativa dos trabalhadores da saúde, para a realização do primeiro mutirão, numa iniciativa conjunta do município e da SUCEN.

Depois que o Mutirão tinha sido discutido com os trabalhadores da saúde e apresentado à população, o prefeito decidiu suspendê-lo, argumentando que os custos eram elevados. Essa decisão representou uma desautorização às decisões da equipe de gestão da

saúde, que se somou a inúmeras outras decisões, indicativas de que chegava ao fim uma experiência de gestão da saúde, que projetou Bauru no cenário nacional, nesses primeiros anos de construção do SUS. Em dezembro de 1990, pedi exoneração, e iniciou-se um processo acelerado de desconstrução do sistema de saúde.

Houve manifestação dos trabalhadores da Secretaria de Saúde, que tentaram convencer o prefeito a rever sua posição e, inclusive, publicaram uma Carta à População, através de matéria paga no jornal local, manifestando preocupação com a possibilidade de interrupção na política de saúde, com a qual eles se identificavam.

Os sindicatos de trabalhadores locais posicionaram contra a decisão do prefeito através de várias manifestações públicas, uma delas foi colocar um *out door* na cidade contra a substituição da secretária de saúde.

A equipe que permaneceu na Secretaria tentou dar continuidade aos projetos mais importantes, mas não conseguiu, pois o prefeito, a partir do terceiro ano de mandato, mudou radicalmente a linha política da gestão municipal como um todo, enveredou pelo caminho da corrupção e desmonte da máquina pública.

No caso de Bauru, a população votou pela continuidade das políticas públicas desenvolvidas pelo prefeito Tuga, apoiou seu candidato e este, ao tornar-se prefeito, traiu seus compromissos de campanha e desmontou todo o legado do prefeito que o elegeu. Depois disso, por quase uma década Bauru foi governada por prefeitos sem compromisso com o SUS, e a saúde no município sofreu um processo de desmonte, que praticamente destruiu o que havia sido construído.

Em 2004, o Prefeito Tuga Angerami foi eleito prefeito novamente. O contexto político era outro, a equipe de gestão da saúde era outra, mas alguns atores políticos que ajudaram a construir um modelo assistencial inovador, ainda antes do SUS, continuavam no município. Minha expectativa é que o governo municipal consiga recuperar o tempo perdido e construir um sistema de saúde no município usuário centrado.

6.2- Gestão da saúde em Santos de 1991 a 1996

O município de Santos foi governado de 1989 a 1996 por prefeitos do Partido dos Trabalhadores: Telma de Souza, de 1989 a 1992, e David Capistrano, de 1993 a 1996.

Esse período coincide com os primeiros anos de construção do SUS: promulgação da Constituição Federal em 1988, aprovação das leis 8.080 e 8.142 em 1990, e publicação das Normas Operacionais 91 e 93. Coincide também com um dos períodos mais difíceis do SUS, em função da crise do financiamento, durante os governos Collor de Melo e Itamar Franco.

Desde o primeiro momento, o governo municipal empenhou-se em implantar serviços de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Em oito anos, organizou uma extensa rede de unidades básicas de saúde; criou uma rede de Núcleos de Atenção Psicossocial/NAPS, serviços substitutivos ao manicômio destinados a oferecer atenção integral aos pacientes com transtornos mentais graves; enfrentou de maneira criativa e inovadora a epidemia de AIDS; inovou no enfrentamento do problema da escassez de leitos hospitalares, implantando um dos primeiros Programas de Internação Domiciliar/ PID no serviço público; reformou, equipou e ampliou as equipes dos três pronto-socorros municipais; criou um Centro de Controle de Doenças, que integrou as várias áreas de vigilância e de informações epidemiológicas voltadas para a tomada de decisões e organizou a atenção em Saúde Bucal.

O governo municipal de Santos organizou, em dois mandatos de prefeitos, um sistema municipal de saúde que passou a ser referência para outros municípios naquela primeira fase de construção do SUS.

Além da criação e implantação de serviços, houve muito investimento na criação do Conselho Municipal de Saúde e na realização das Conferências Municipais de Saúde, visto que a participação popular e controle social eram prioridades da Secretaria de Higiene/ SEHIG de Santos.

Todo esse processo foi extremamente tenso e conflituoso, não só pelo fato de o município, no início do governo da prefeita Telma de Souza, contar com uma rede de serviços extremamente deteriorada e com inúmeras distorções na gestão, mas também

porque a questão da municipalização da saúde era, naquele momento, uma questão muito nova para toda a sociedade brasileira.

Além disso, o modo de governar do sanitarista David Capistrano, primeiro como secretário de saúde e depois como prefeito, sempre foi de fazer todos os enfrentamentos políticos e ideológicos para disputar seu projeto, o que provocava conflitos permanentes com atores políticos, portadores de outros projetos.

Nos dois primeiros anos de governo, foi implantada a rede de atenção básica, com 16 unidades, que passaram a chamar-se Policlínicas; foi assinado o convênio de municipalização de três centros de saúde estaduais e dos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária e, em 1990, municipalizou o PAM do INAMPS; foi implantada uma Casa de Apoio e Solidariedade ao Paciente com AIDS; foram criados o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador e o Centro de Controle de Doenças.

Em 1989, o governo municipal fez a intervenção no Hospital Psiquiátrico Anchieta, que deu início ao processo de reforma na atenção psiquiátrica municipal e acabou transformando-se num marco na história da reforma psiquiátrica brasileira, não só pela intervenção em si, mas por todo processo de criação dos NAPS, da rádio Tantan e da cooperativa de trabalhadores, formada por pacientes desses serviços, da associação de familiares e outros.

Em 1991, foi criado o Centro de Referência de AIDS; foi implantado o Programa de Vigilância do Recém-nascido de Risco, inspirado no trabalho da Comissão de Investigação de Óbitos de Bauru. O Pronto-socorro Central passou por profundas mudanças com a contratação de plantonistas nas áreas de psiquiatria, traumatologia, cirurgia bucomaxilofacial; ampliação do número de plantonistas e auxiliares de enfermagem, o que possibilitou a duplicação do número de leitos e implantação de leitos de cuidados semi-intensivos.

Toda essa expansão exigiu a contratação de médicos e auxiliares de enfermagem, e o quadro de pessoal teve aumento de 27%, e os investimentos do orçamento próprio em saúde passaram de 6% em 1989 para 11% em 1990 e 13,13% em 1991.

Em 1992, o SUS enfrentou um de seus piores momentos, durante o segundo ano do governo Collor, principalmente em função da falta de recursos para a área hospitalar, o que levou a redução de leitos hospitalares e de atendimento de urgência e

emergência na Santa Casa de Santos, uma das mais antigas do estado de São Paulo, crise esta que teve impacto no Pronto-socorro, o qual teve aumento de demanda e diminuição de retaguarda para internações.

Naquele ano, houve considerável aumento no quadro de pessoal para trabalhar nos serviços novos ou para a ampliação das equipes nas unidades existentes, principalmente nos pronto-socorros.

Simultaneamente à crise financeira vivida pelo SUS e ao processo de *impeachment* do presidente Collor, em 1992, o município teve eleições e foi eleito David Capistrano como prefeito municipal. A Saúde passou por momentos extremamente difíceis em 1993 por vários motivos, tanto de ordem política como financeira.

A crise financeira foi provocada tanto pelo aumento no custeio do conjunto de serviços da Secretaria, como pela crise do financiamento do SUS, causada pela falta de recursos do Ministério da Saúde no governo de Itamar Franco. A rede municipal de serviços de saúde era, em 1993, extremamente numerosa, complexa e seu custeio relativamente alto.

Os serviços, programas e as várias frentes de trabalho foram criados e implementados em um tempo relativamente curto de quatro anos, mas não foi criada a infraestrutura e logística para garantir o pleno funcionamento dessa máquina.

A situação obrigou a equipe da Secretaria a passar todo o ano de 1993 criando condições para viabilizar a continuidade da atenção aos usuários dos vários programas e serviços. Isso, numa situação de enorme restrição financeira.

Era necessário garantir os insumos necessários para fazer frente ao aumento de oferta de consultas médicas, de exames laboratoriais e de apoio diagnóstico. Aumentaram os gastos com medicamentos, inclusive para portadores do vírus da AIDS, com alimentação para os pacientes dos NAPS e com toda a manutenção da rede implantada de 1989 a 1992.

Outro fato que aumentou as dificuldades da Secretaria em 1993 foi a saída de vários quadros da direção da Saúde, que assumiram cargos em outras secretarias municipais com a eleição do prefeito David Capistrano.

Paradoxalmente a eleição do prefeito David Capistrano, num primeiro momento, provocou perda de capacidade de governo e diminuiu a governabilidade da direção da Secretaria, tanto pelos motivos já referidos, como pela mudança no governo municipal, que priorizou, no segundo mandato, as áreas de educação e habitação popular.

Além disso, com a desincompatibilização do então secretário de saúde em maio de 1992 para ser candidato a prefeito, a saúde perdeu seu principal dirigente e isso teve impacto principalmente em 1993.

Em 1993, houve uma greve na saúde, com duração de quase dois meses, que também abalou a governabilidade da equipe de gestão da saúde.

Em 1994, o município foi habilitado, pela NOB 93, na gestão semiplena do SUS, o que possibilitou a entrada de recursos financeiros novos. Com isso, o Fundo Municipal de Saúde passou de fato a ser gerenciado pela equipe da Saúde, que pela primeira vez passou a ter autonomia administrativa e financeira em relação a Secretaria Municipal de Finanças.

Se, em 1993, cerca de 85% do custeio da saúde foi com recursos próprios e 15% com recursos federais; em 1994, os recursos federais subiram para 30% com a entrada do município na gestão semiplena.

Em 1994, houve também mudança significativa na relação da Secretaria com a rede hospitalar conveniada, que passou a ter seus convênios gerenciados pelo município, e o pagamento dos serviços prestados era feito pela Secretaria Municipal de Saúde, que teve sua governabilidade aumentada nas relações políticas locais.

Em 1995 e 1996, com a entrada de recursos financeiros novos oriundos da habilitação do município na gestão semiplena e com as principais dificuldades organizacionais superadas, a Secretaria retomou as iniciativas e houve expansão de vários serviços, incluindo a inauguração de um Hospital e Maternidade Municipal, a construção de mais uma Policlínica, a implantação de um segundo Centro de Valorização da Criança, do Centro de Atenção do Toxicodependente, do Serviço de Prótese Dentária, do Hospital dia da AIDS, do Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico/COAS em DST/AIDS e do Centro de Controle de Intoxicações.

A experiência de Santos foi importante no processo de construção do SUS e na formação de vários dirigentes municipais de saúde. Mas não conseguiu se sustentar, enquanto projeto com uma determinada direcionalidade, após a derrota do Partido dos Trabalhadores nas eleições de 1996.

De 1997 a 2004, o município foi governado por um prefeito do Partido Progressista/ PP e, desde 2005, é governado por um prefeito do PMDB. Nas três eleições municipais a ex-prefeita Telma de Souza, deputada federal do PT, disputou o cargo de prefeito e foi derrotada.

A equipe de gestão de Santos tinha um projeto de Saúde e experimentou, no limite do possível e em ritmo acelerado, a criação de serviços e programas inéditos e inovadores em várias áreas.

Em algumas áreas, essa “experimentação” foi compartilhada pela maioria dos trabalhadores, como na Saúde Mental, na Saúde do Trabalhador, no Programa de Internação Domiciliar; em outras, houve um distanciamento entre a direção e o conjunto de trabalhadores, que não concordavam com o projeto que estava sendo implantado ou não acompanhavam o ritmo acelerado das mudanças.

Do ponto de vista do meu processo de formação de gestora, o principal aprendizado da experiência de Santos ocorreu no campo da política, no sentido de levar ao limite as possibilidades de, do lugar de governo, mudar uma realidade na direção do projeto. Nesse sentido, posso afirmar que uma das características da gestão de Santos foi a ousadia com que a equipe buscava romper com os limites da máquina pública e com os constrangimentos do poder local.

E esse modo de governar era uma marca inconfundível do secretário de saúde e prefeito David Capistrano e de sua equipe de governo, pois era praticamente impossível suportar os desafios e conflitos de um projeto com essas características, se não houvesse uma certa identidade com esse modo de governar a máquina pública.

Trabalhava-se sempre muito e havia muito de militância política não somente do ponto de vista da reforma sanitária, mas também de fazer do poder local um espaço de disputa política e ideológica.

Em Santos, tanto a lógica do planejamento como da gestão eram subordinados à lógica da política: política de um governo municipal que tinha a pretensão de inverter as prioridades e governar para a maioria trabalhadora e excluída da cidade, enfrentando a elite local e a classe média conservadora da cidade. Havia, sim, pensamento estratégico, análise de cenário e de atores, mas sempre na ótica da política. Nesse sentido, a principal referência era mais Mário Testa e menos Carlos Matus.

Na primeira gestão petista da cidade, discutiu-se muito pouco sobre dispositivos de gestão voltados para democratizar a Secretaria de Saúde, no sentido de envolver o conjunto de trabalhadores com a construção do SUS.

Na Saúde Mental, o projeto de reforma psiquiátrica era muito mais um projeto político ideológico de inclusão social dos portadores de sofrimento mental, do que uma proposta de modelo de organização de serviços. As formas de organização dos serviços foram sendo construídas à medida que os pacientes foram saindo do hospital e era necessário fazer o acolhimento e atendimento desses pacientes. O mesmo ocorreu na área de atenção aos portadores do vírus da AIDS e também no PID. Havia clareza da direcionalidade que se pretendia dar às políticas.

As discussões da equipe central de gestão eram muito centradas no projeto político de construção de uma rede municipal de serviços para atender a população; e a capacidade de governo da equipe foi sendo construída ao longo dos oito anos de gestão.

Dos quatro anos de mandato do prefeito David Capistrano, trabalhei dois anos na Secretaria da Saúde e dois como chefe de gabinete, período em que me envolvi muito mais com as questões do governo de uma maneira geral e afastei-me das questões da saúde. Essa foi uma experiência muito rica, pois tive que fazer um enorme esforço para apreender a lógica de outras políticas públicas, como a educação, habitação popular, cultura, assistência social, manutenção da cidade.

Mas o principal desafio foi no campo da política, pois nesse lugar de governo, a questão do poder e os conflitos de interesse fazem parte do cotidiano.

Além disso, no papel de chefe de gabinete, tive que aprender a lidar com os secretários municipais das várias áreas e suas equipes de gestão, buscando fazer a ponte com o prefeito, que estava, na maioria das situações, com projetos e propostas de

intervenções bem à frente de seu secretariado, pois a principal característica dele era a urgência com que ele tratava a resolução dos problemas de governo.

Havia também os problemas decorrentes das divergências com a ex-prefeita, que interferiram de maneira nefasta sobre o governo e provocavam queda na governabilidade e na credibilidade do prefeito e sua equipe. As avaliações do desempenho do governo no último ano de mandato, feitas pelos Institutos de Pesquisa, indicavam avaliações muito negativas do governo por parte da população.

Não tenho dúvida de que essa experiência como chefe de gabinete foi decisiva na minha formação de gestora e, depois dela, passei a analisar as outras políticas públicas e a própria ação de governar de outra maneira.

Outro aspecto fundamental da Saúde em Santos era a existência de um grupo de gestores que tinham fortes relações de amizade não só entre os membros da equipe, mas também com o prefeito David Capistrano e com outros gestores que foram ocupar cargos de direção em outras áreas. Havia muita tensão no governo, muito conflito, mas essas relações de amizade davam sustentação à equipe. Nesse sentido, a personalidade do prefeito David Capistrano tinha muito peso, pois apesar de tensionar as relações e cobrar resultados, ele trabalhava e convivia de maneira muito afetiva com a equipe de saúde.

6.3- Saúde em Chapecó

Com a derrota eleitoral em Santos, fui convidada para trabalhar no município de Chapecó em Santa Catarina. Pela primeira vez, a cidade havia eleito um prefeito do Partido do Trabalhadores; e trabalhei como diretora geral da Secretaria Municipal de Saúde no período de 1997 a 2000. Nesses quatro anos, investiu-se na estruturação de uma rede de serviços de saúde, tendo como centro a rede básica.

Para ampliar a atenção básica, foi necessário investir na estruturação das unidades, que foram reformadas, ampliadas, novos prédios foram construídos e receberam equipamentos e mobiliários.

Além disso, foram realizados concursos públicos e novos profissionais foram contratados. A referência laboratorial e a assistência farmacêutica foram reestruturadas para responder às novas necessidades da rede básica.

A referência ambulatorial especializada também foi ampliada. Novos especialistas foram contratados para o Ambulatório de Especialidades; e foram criados um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, um Centro de Orientação e Apoio Sorológico, um Centro de Atenção Psicossocial, e um Centro de Atenção Psicossocial para crianças.

Mas o principal investimento foi na mudança do modelo tecnoassistencial e no modelo de gestão. Em relação ao modelo de atenção, a proposta era trabalhar no sentido de induzir mudanças nos processos de produção do cuidado, com objetivo de priorizar as necessidades de saúde dos usuários.

As mudanças no modelo de gestão foram no sentido de democratizar as relações de poder na Secretaria, criando coletivos de deliberação e incentivando as equipes a discutir seus processos de trabalho, com objetivo de centrar o trabalho nas necessidades de saúde dos usuários.

Decidimos trabalhar a construção do modelo de atenção tendo como referência propostas da equipe do Laboratório de Planejamento e Administração/LAPA da Unicamp, e uma das prioridades da Secretaria era a Atenção Básica.

Em Chapecó, a equipe de gestão decidiu implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e manter uma parte da rede básica com unidades com equipes de Saúde da Família, e outra parte, com unidades denominadas policlínicas, que contavam com equipes de médicos nas áreas básicas de pediatria, clínica geral e ginecologia obstetrícia e equipe de enfermagem. Havia equipes de Saúde Bucal tanto nas Policlínicas como nas unidades de PSF. Em 1999, eram 19 unidades básicas de saúde, sendo dez de PSF que funcionavam prioritariamente na zona rural, e nove policlínicas, todas na área urbana. (Pimenta, 2000).

Desde o primeiro ano de governo, realizamos Oficinas de Planejamento Estratégico, com ampla participação de diretores de serviços e da equipe central. O planejamento tinha muito mais o objetivo de construir coletivamente o projeto de saúde

para o município, clareando direcionalidade, cenários e atores, do que definir operações e ações específicas. O planejamento era pensado como instrumento de gestão e, portanto, era responsabilidade do conjunto dos gestores e trabalhadores.

A compreensão da centralidade da rede básica e a compreensão das características do processo de produção do cuidado, com o conceito de tecnologias leves, foram fundamentais para a condução dos processos de gestão da Secretaria de Saúde de Chapecó.

Para construção de novos modos de operar das equipes de saúde, foram utilizadas várias estratégias: construção de protocolos clínicos elaborados e contratados com as equipes; oficinas de sensibilização, de humanização e integração; e reuniões para discutir problemas específicos das equipes; criação do cargo de diretora para coordenar as equipes; e diálogo permanente do diretor técnico com os médicos das unidades.

Para trabalhar a proposta de mudanças no processo de trabalho das equipes das unidades básicas de saúde, foi decidido contratar assessoria externa, com objetivo de discutir com médicos e enfermeiros a humanização da atenção e o trabalho interdisciplinar das equipes.

Em 1997, foram realizadas quatro Oficinas de discussão com grupos de médicos de todas as UBS e, em 1999, foram seis Oficinas com médicos e enfermeiros da rede básica (Cecílio, em Pimenta, 2000).

Essas Oficinas foram fundamentais para a equipe central, que pôde direcionar o trabalho no sentido de resolver os principais problemas das equipes e também implementar as estratégias de fortalecimento do trabalho interdisciplinar e voltado para a humanização da atenção.

Do ponto de vista do meu processo de formação de gestora, o principal aprendizado da experiência de Chapecó ocorreu no campo da gestão, pois tive a oportunidade de coordenar o processo de construção tanto da equipe central da Secretaria, como do colegiado de diretoras das unidades básicas de saúde.

Diferente de Santos, meu trabalho foi bem mais focado na Saúde do que no governo como um todo. Minha participação no governo municipal ocorreu com bastante intensidade no Orçamento Participativo, pois tive oportunidade não só de participar do processo de capacitação da equipe de governo, formada por representantes de todas as áreas, responsável pela coordenação do OP no município, como também participei de todo o processo de OP com a população.

Além disso, em Chapecó, tive a oportunidade de experimentar um conjunto de estratégias do agir governamental, que aprendi nas experiências de Bauru e de Santos, para conduzir o planejamento e a gestão municipal da saúde.

O fato de não ser secretária de saúde me permitia dedicar à gestão da saúde, sem necessidade de trabalhar com a parte mais política do cargo. Por outro lado, sempre tive muita autonomia para realizar o trabalho de gestão, pois a secretária municipal de saúde de Chapecó, além de confiar no meu trabalho, tinha um perfil mais voltado para as exigências políticas do cargo, tais como articulação com o COSEMS, atuação no conjunto do secretariado municipal, representação política na mídia local, relações com o partido e assim por diante.

A condução do planejamento e gestão da saúde era discutida nas reuniões da equipe central, mas a coordenação do processo de gestão era minha responsabilidade. Busquei não incorrer nos erros cometidos nas experiências anteriores e aplicar os ensinamentos que aprendi nelas.

Trouxe na minha caixa de ferramentas de gestora uma certa capacidade de lidar com a máquina administrativa, para enfrentar a burocracia e os procedimentos tradicionais adotados para impedir que as políticas públicas resolvessem os problemas da maioria trabalhadora e excluída das cidades.

Trouxe também a convicção de que as mudanças nos processos de trabalho no cotidiano dos serviços só ocorrem, se os trabalhadores que produzem o cuidado comprometerem-se com o usuário, e que não adianta os gestores investirem em mudanças nas estruturas dos serviços, se não criarem condições para que os trabalhadores reflitam e revejam os processos de trabalho, pois no ato de produção do cuidado a autonomia do trabalhador é enorme e depende dele investir no acolhimento e vínculo.

Ao sair de Chapecó, em dezembro de 2000, trouxe na minha caixa de ferramentas de gestora a experiência com o PSF e PACS, a vivência de centrar o sistema local de saúde na atenção básica, a retomada da epidemiologia como instrumento fundamental para a gestão, a experiência com o Orçamento Participativo. Trouxe também um olhar mais crítico desse lugar do cargo de secretário de saúde, do quanto esse lugar distorce a visão dos conflitos da organização de saúde.

E trouxe comigo o afeto de novos amigos, de companheiros de jornada, ainda que passageira, e lembranças muito ricas de uma parte do Brasil tão diferente em muitas coisas do eixo São Paulo/Minas e tão igual em tantas outras.

***7- O CONTEXTO DA SAÚDE EM AMPARO
NO PERÍODO DE 1986 A 2000***

Em 1986, foi implantado um Escritório Regional de Saúde em Amparo, o ERSa 26, como parte da reforma administrativa da Secretaria Estadual de Saúde, que uniu equipamentos ambulatoriais, hospitalares e laboratoriais nesses órgãos regionalizados e reestruturou os níveis centrais e regionais da Secretaria.

O ERSa de Amparo gerenciava um Ambulatório Regional de Especialidades, um Laboratório de Análises Clínicas, desenvolvia ações de Planejamento Regional, de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e contava com um setor de Avaliação e Controle. O ERSa 26 compreendia seis municípios: Amparo, Monte Alegre do Sul, Lindóia, Águas de Lindóia, Serra Negra e Socorro.

O Centro de Saúde I havia sido municipalizado em 1988 e estava sob a gestão do município.

Além dessa estrutura de serviços próprios, o ERSa gerenciava os convênios com os três hospitais filantrópicos sediados no Município: dois hospitais gerais, a Santa Casa Anna Cintra e a Beneficência Portuguesa, e um hospital psiquiátrico, o Sanatório Ismael.

A presença do Estado, através do ERSa, era bastante expressiva no município. De acordo com informações de técnicos do ERSa, que hoje trabalham na SMS de Amparo, os serviços de saúde e os setores técnicos e administrativos do Escritório empregavam mais de 150 funcionários, todos contratados por concursos públicos, realizados pelo próprio ERSa.

Além disso, todas as compras de materiais de consumo, não somente para Amparo, mas para todas as unidades de saúde estaduais da região, eram realizadas no ERSa, através de processo de licitação. O ERSa era uma unidade de despesa da SES-SP.

O Ambulatório Regional de Especialidades contava com médicos das áreas de psiquiatria, neurologia, ortopedia, cirurgia vascular, cardiologia, pneumologia e infectologia; contava ainda com três psicólogos e um assistente social. Atendia a população de Amparo e micro-região.

O laboratório foi ampliado e integrado a um laboratório da Prefeitura, passou a fazer parte do Ambulatório Regional, sob a gerência do ERSA.

As Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica e a Unidade de Avaliação e Controle ficaram sob a gestão do Estado até 1998, quando o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

O ERSA de Amparo foi extinto em 1995, junto com outros Escritórios Regionais, em função da reforma administrativa da Secretaria Estadual da Saúde, que passou das 61 instâncias regionais, os ERSAs, para 25 Diretorias Regionais de Saúde, as DIR, que permanecem até hoje.

Alguns servidores públicos dos serviços estaduais sediados em Amparo permaneceram nos serviços, que passaram a ser gerenciados pela DIR de Campinas, através de uma equipe da Divisão de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento/DPAD, que ficou responsável pela micro-região. Outros servidores técnicos e administrativos ou foram municipalizados, ou foram trabalhar na sede da DIR de Campinas. Esse processo foi bastante difícil, segundo técnicos que operacionalizaram o desmonte do ERSA, e a maioria de servidores era contrária à extinção do escritório e à municipalização, tendo em vista a incerteza em relação à vida funcional de cada um, na medida em que seriam gerenciados pelo município, mas continuariam vinculados à SES.

As estruturas dos ERSA tiveram duração de cerca de dez anos, quando foram substituídas pelas estruturas das DIR, criadas como medida racionalizadora, com claro objetivo de reduzir despesas, e representou um distanciamento do Estado dos problemas de saúde vividos pelos municípios. Além disso, os municípios que deixaram de ser sede de ERSA perderam poder e recursos financeiros, visto que o governo do estado retirou recursos que antes eram investidos nos serviços próprios do Estado e no ERSA e, nestes dez anos, não fez nenhum investimento na saúde de Amparo.

A partir da extinção do ERSA 26, o município de Amparo e todos os municípios vinculados a este ERSA passaram a fazer parte da DIR XII de Campinas, e a gestão dos serviços da SES passou a ser feita pela equipe da DIR de Campinas,

que absorveu quatro ERSAs: o de Jundiaí, o de Bragança Paulista, o de Campinas e o de Amparo, ficando com a responsabilidade pela coordenação de uma região de mais de três milhões de habitantes, distribuídos em 42 municípios.

A reforma administrativa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, que teve início com a criação das DIR, aprofundou-se ao longo dos últimos dez anos e tem como ideário as propostas do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado/ MARE, em 1997, durante o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso.

O município de Amparo habilitou-se na gestão incipiente pela NOB 93 e, nessa ocasião, a assistência à saúde no município era oferecida prioritariamente no CS I, serviço estadual municipalizado, no Ambulatório de Especialidades, serviço estadual, e pelos pronto-socorros dos dois hospitais gerais conveniados com o SUS, sob gestão do estado.

O município contava com um Departamento de Saúde e Assistência Social, que gerenciava um serviço odontológico, e funcionava no prédio conhecido como Fanamatex. Além desse serviço, contava com quatro unidades básicas de saúde: São Dimas, Moreirinha, Jardim Brasil e Três Pontes, as quatro na área urbana; e duas unidades rurais: Pedrosos e Areia Branca, todas com funcionamento precário, com médicos trabalhando de uma a duas horas por dia, em alguns dias da semana, com um quadro reduzido de auxiliares de enfermagem e sem enfermeira.

O Serviço Odontológico Municipal fazia atendimento de baixa qualidade e funcionava sem programação; atendia prioritariamente a demanda espontânea, através de procedimentos paliativos ou extração dentária. O serviço tinha uma baixa demanda em função da baixa qualidade do atendimento.

***8- IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE AMPARO DE
1995 A 2000***

Em 1995, o município decidiu implantar o Programa de Saúde da Família/PSF, motivado pelo entusiasmo do então prefeito João Cintra, que havia visitado Cuba e ficado muito bem impressionado com os resultados desse programa, implantado naquele país desde o início da década de 80, e que, segundo os dirigentes do Ministério da Saúde daquele país, vinha alcançando resultados muito bons e com um custo relativamente baixo.

Esse prefeito era representante dos grupos sociais mais conservadores da cidade; já havia sido prefeito uma vez, por indicação dos militares, pois na época da ditadura militar as estâncias turísticas não podiam eleger seus prefeitos. Em 1993, ele foi eleito pelo Partido Democrata Cristão/PDC.

Para coordenar o processo de implantação do PSF, João Cintra convidou uma educadora sanitária da Secretaria Estadual de Saúde-SP, que havia participado da equipe de gestão do ERSA 26, conhecia a realidade local e acabara de se aposentar da SES.

Em 1994, a área de saúde separou-se da área de assistência social: foram criados o Departamento de Assistência Social, ligado ao gabinete do prefeito, e a Secretaria Municipal de Saúde de Amparo. Em 1995, a educadora sanitária Ana Luzia de Castro foi nomeada para o cargo de secretária municipal de saúde, com a missão de implantar o PSF em Amparo.

Nessa ocasião, o programa praticamente não existia nos municípios paulistas e o Ministério da Saúde ainda não havia estabelecido nem a parte fixa nem os incentivos da parte variável do Piso de Atenção Básica, ou seja, não havia recurso financeiro do nível federal para custear o PSF.

Diante das dificuldades financeiras e da falta de profissionais no mercado de trabalho local e regional, o programa teve início de forma bastante precária, com os médicos trabalhando em tempo parcial e com uma enfermeira cobrindo três unidades.

A decisão foi de implantar o PSF nas quatro unidades básicas da zona urbana e nas duas unidades da zona rural. Nas unidades urbanas, o atendimento médico era de meio período, e a auxiliar de enfermagem permanecia período integral na unidade. Duas enfermeiras faziam a supervisão das seis unidades. Decidiu-se não contratar agentes

comunitários de saúde; e os motivos foram o fato de o modelo cubano não contar com este profissional e também porque a secretária da saúde acreditava, na época, que o Programa poderia funcionar sem esse profissional.

Como a remuneração dos servidores públicos de Amparo era muito baixa, a decisão para contornar o problema foi criar cargos de livre provimento para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, com salários diferenciados em relação aos demais profissionais da Prefeitura, bem como pagamento de gratificações especiais.

Para compor as equipes do PSF, houve uma seleção feita através de análise de currículo e entrevistas com os profissionais dos serviços de saúde do próprio município e interessados de fora da Prefeitura e mesmo de outros municípios. Participaram da banca desse processo seletivo, técnicos da DIR XII e do nível central da SES. Embora os cargos fossem de livre provimento, optou-se pelo processo seletivo para preenchimento dos cargos.

Após a contratação de quatro médicos, duas enfermeiras e seis auxiliares de enfermagem, em 1995, várias reuniões foram realizadas, dos profissionais com a secretária da saúde para discutir o funcionamento da assistência que seria oferecida nas unidades. Além das reuniões, foi realizada uma capacitação em Saúde da Mulher, já que nenhum dos médicos contratados tinha experiência em assistência em ginecologia e obstetrícia. Os médicos eram das seguintes especialidades: dois sanitaristas da SES-SP, um pediatra de uma unidade da Secretaria Municipal de Saúde e um médico sem residência médica.

Em 1996, houve ampliação da jornada de trabalho dos médicos e ampliação do número de enfermeiras e auxiliares de enfermagem. O município contava então com sete equipes, cada uma formada por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem, mas continuava sem o agente comunitário de saúde. As sete equipes atendiam em sete UBS, mas as três unidades da área rural não contavam com atendimento em tempo integral, visto que atendiam um número de famílias bem reduzido.

Essas informações foram coletadas em documentos internos da Secretaria e em vídeo institucional, produzido na programação de comemoração dos dez anos de PSF de Amparo no segundo semestre de 2005, em que uma das médicas, que foi contratada nesse período, e a secretária de saúde relataram o funcionamento do PSF no seu início.

Durante o período de 1995 a 2001, com toda a rede básica organizada como PSF, o único Centro de Saúde do município continuava fazendo atendimento básico, com médicos nas especialidades básicas de pediatria, ginecologia e clínica médica, e era responsável por praticamente metade do atendimento médico e de enfermagem da rede de serviços do município.

No final de 1996, houve eleições municipais em todo país. Em Amparo, houve mudança de prefeito, e a nova secretária nomeada decidiu dar continuidade ao PSF nos mesmos moldes que vinha funcionando em 1996.

Em 1998, o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB 96. Com a NOB 96, os municípios brasileiros assumiram uma das duas formas de gestão do SUS: a maioria - 89,48% - assumiu a gestão plena da atenção básica; e 8% assumiram a gestão plena do sistema de saúde.

Nos quatro anos da nova gestão, houve aumento de sete para 11 equipes, porém essas equipes contavam com um número de enfermeiros e auxiliares de enfermagem menor do que o exigido pelo Ministério da Saúde. Em dezembro de 2000, eram 11 médicos, nove enfermeiros e 17 auxiliares e técnicos de enfermagem. A partir de 1997, o município decidiu contratar também em cargo de confiança 12 agentes comunitários de saúde.

Em 2000, no término da gestão municipal de 1997 a 2000, foram realizados concursos para várias categorias profissionais da saúde, entre elas para agentes comunitários de saúde. No segundo semestre de 2000, houve ampliação do número de agentes através de contratação por concurso público. Em dezembro de 2000, a rede de PSF contava com 44 agentes para 11 equipes.

Os únicos profissionais contratados mediante concurso eram os agentes, visto que médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem continuavam ocupando cargos de livre provimento.

Nesses quatro anos, a Administração Municipal implantou duas novas UBS em prédios alugados, um deles vizinho ao Centro de Saúde, com uma área física bastante limitada, e o outro num loteamento com cerca de 150 famílias. Como o loteamento não

contava com casas em tamanho adequado, decidiu-se pelo aluguel de uma casa extremamente pequena, com uma sala e um quarto.

O município de Amparo habilitou-se na gestão incipiente pela NOB 93, e a gestão dos convênios dos três hospitais locais permaneceu sob a responsabilidade do Estado. Em 1998, assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal pela NOB 96, e o município assumiu as áreas de Controle e Avaliação, o que significava a gestão dos convênios com os três hospitais locais, de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, além do Ambulatório de Especialidades e o Laboratório.

Em janeiro de 2001, quando assumi a Secretaria Municipal de Saúde, o PSF de Amparo estava no seu quinto ano de existência, contava com 11 equipes de PSF que atuavam em 11 Unidades Básicas de Saúde, e era a única modalidade de organização da Atenção Básica no município.

A rede básica de PSF cobria 50% da população residente no município. Isso porque as equipes cadastravam mil famílias, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Quando o cadastro atingia as mil famílias, o cadastramento era suspenso, e as famílias não cadastradas eram encaminhadas para o Centro de Saúde, que era o principal serviço de saúde da rede municipal.

O Centro de Saúde realizou, em 2000, 49% das consultas médicas, e as 11 unidades realizaram as outras 51% de consultas da rede municipal. Essa proporção repetia-se em relação a produção de outros procedimentos ambulatoriais de enfermagem, como curativo, inalação, imunização, próprios da atenção básica.

Por outro lado, os dois pronto-socorros dos hospitais gerais conveniados com o SUS produziam uma quantidade de consultas médicas muito acima do parâmetro recomendado.

As unidades adotaram uma sistemática de funcionamento que consistia no seguinte: no período da manhã, quando os pacientes procuravam as unidades eram distribuídas 16 fichas para atendimento médico, por ordem de chegada. No período da tarde, não havia atendimento para demanda espontânea, pois os médicos atendiam os pacientes dos chamados programas: hipertensos, diabéticos e gestantes, que eram agendados.

Havia três mecanismos para controlar a entrada dos pacientes na unidade: o primeiro era restringir o cadastramento de acordo com o número de médicos da unidade; o segundo era a norma de restringir o atendimento a 16 pacientes por médico por período de quatro horas; e o terceiro era atender somente agendados no período da tarde.

A recepção era responsável por organizar o atendimento na entrada da unidade e encaminhar para o pronto-socorro os pacientes não cadastrados e os cadastrados que chegavam nas unidades depois da décima sexta ficha.

As enfermeiras, em quantidade menor do que a quantidade de médicos, utilizavam uma parte do tempo para realizar acompanhamento dos agentes e dos auxiliares de enfermagem; uma parte para tratar de questões administrativas; e uma pequena parcela do tempo para atendimento clínico dos pacientes.

O trabalho de educação em saúde era realizado pelos médicos e enfermeiros, mas funcionavam poucos grupos de educação em saúde. O atendimento nas UBS era centrado em ações curativas, individuais, e pouca integração entre médicos e equipe de enfermagem. As consultas médicas ou de enfermeiros no domicílio eram definidas principalmente pelas informações dos agentes.

A porta de entrada da maioria das unidades trabalhava centrada mais em critérios normativos, voltados aos interesses dos trabalhadores da saúde e não aos interesses dos usuários.

Algumas equipes cuidavam dos usuários com qualidade, e havia espaços para encontro trabalhador-usuário que produziam saúde. Mas não havia, por parte dos dirigentes em situação de governo, ações explícitas que induzissem o atendimento das necessidades de saúde da população na rede básica como um todo.

Os médicos participaram, em 1998, de uma capacitação sobre territorialização, e as unidades trabalhavam com definição de área de abrangência.

Um dos médicos de uma das equipes desempenhava simultaneamente a função de coordenador da rede básica. Semanalmente, havia reunião dos médicos com esse coordenador, e há um Livro de Atas com registro das reuniões.

As reuniões, pela leitura das atas e pelo relato de médicos que permanecem na rede, eram bastante improdutivas, pois não tratavam nem de temas operacionais da rede básica nem de temas mais gerais, como a questão da repressão da demanda, do fechamento do cadastro ou do trabalho em equipe. Analisando as atas, é possível concluir que as reuniões resumiam-se ao repasse de informes sobre questões absolutamente secundárias em relação ao desafio de construção de um novo modelo assistencial.

O Sistema de Informação da Atenção Básica/ SIAB estava implantado em praticamente todas as unidades da área urbana, mas não na área rural. Os dados eram coletados, os consolidados eram feitos, mas não havia discussão das informações produzidas. As equipes não discutiam as informações do SIAB e o nível central da Secretaria também pouco utilizava as informações das famílias e do atendimento para avaliar o trabalho das equipes.

Desde 1997, o município recebia o incentivo do PAB variável do PSF e dos agentes de saúde, além do PAB fixo, que todos os municípios recebiam.

O cadastro das famílias do PSF de Amparo, em janeiro de 2001, apresentava tantos problemas que o Ministério da Saúde decidiu suspender o repasse do PAB, numa medida autoritária, pois as equipes estavam atendendo normalmente. O que o Ministério, em conjunto com a DIR, deveria fazer era verificar os motivos do preenchimento estar inadequado e capacitar o município para seu correto preenchimento.

A SMS recebia os medicamentos do Programa Dose Certa da SES-SP, com um elenco de 42 medicamentos que não incluía a área de Saúde da Mulher. Esses medicamentos eram distribuídos em dispensários que funcionavam nas unidades. Além do número reduzido dos itens, o Dose Certa apresentava três outros problemas: o elenco de medicamentos era insuficiente para dar conta dos problemas de saúde mais frequentes no município; a quantidade de medicamentos era insuficiente e a entrega era muito irregular, o que provocava frequentes desabastecimentos das unidades.

Os prédios das unidades eram, na maioria, pequenos, e nenhum deles dispunha de espaço adequado para trabalho com grupos, ações preventivas ou mesmo espaço de trabalho para os agentes comunitários de saúde.

O diagnóstico da situação do PSF de Amparo descrito acima foi feito no início de 2001, priorizando o relato feito pelos trabalhadores em reuniões com todas as equipes nas próprias unidades; mas também através da análise criteriosa das informações do SIAB; da leitura e análise de vários documentos da Secretaria da Saúde, inclusive de todas as atas das reuniões dos médicos, citadas acima.

Além disso, em fevereiro de 2001, a Administração Municipal iniciou reuniões do Orçamento Participativo nos bairros, e eu participei de praticamente todas elas, o que me permitiu conhecer um pouco da opinião dos usuários sobre o funcionamento das unidades de saúde.

Diante desse diagnóstico, a questão que se colocava era: quais mudanças efetivas foram implementadas no sistema local de saúde de Amparo com a implantação do PSF no município? O que esse programa, de fato, trazia de novo em termo de modelo assistencial?

Os processos de trabalho das equipes continuaram centrados na figura do médico. As unidades não atendiam as famílias a partir de suas necessidades, mas a partir de regras e normas estabelecidas em função dos interesses dos profissionais. Cada equipe instituíra sua maneira de trabalhar e tinha autonomia para organizar o processo de trabalho de acordo com os interesses próprios. Os trabalhadores cuidavam dos usuários, mas predominavam os interesses dos trabalhadores e não dos usuários.

A adscrição de clientela e as informações coletadas não eram utilizadas para fazer vigilância em saúde nem para realização de trabalho preventivo na comunidade. As equipes não trabalhavam com planejamento nem com avaliação do próprio trabalho, não utilizavam indicadores para analisar as ações desenvolvidas nas unidades.

Pelo relato dos trabalhadores e dos usuários e a análise dos pouquíssimos documentos sobre o PSF de Amparo, percebia-se que aqueles usuários que conseguiam ser atendidos manifestavam apoio ao PSF, ainda que fossem atendimentos centrados em procedimentos, principalmente consultas médicas e medicamentos.

Analisando a prática sanitária do PSF de Amparo nos seus primeiros cinco anos de existência, a partir das diretrizes contidas no documento do Ministério da Saúde, de 1997, “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”,

podemos afirmar que as mudanças nas práticas sanitárias não foram suficientes para provocar mudança no modelo assistencial.

Nossa proposta é analisar cada uma das diretrizes do Ministério da Saúde e sua aplicação no município para avaliar os impactos na prática das equipes de saúde da família.

A primeira diretriz refere-se a “substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde”.

Para Paim (2002), a Vigilância da Saúde deve ser a base para a reorganização do modelo assistencial, no qual a organização da oferta de ações de saúde se daria a partir do enfoque epidemiológico. Segundo ele, o modelo de Vigilância da Saúde diferencia do modelo médico assistencial e do modelo sanitarista, hegemônicos, em relação aos sujeitos, objeto, métodos e forma de organização dos processos de trabalho.

Para esse autor, o modelo médico privilegia o profissional médico e a especialização, tomando a doença como objeto, que se expressa no indivíduo, e utiliza os conhecimentos e tecnologias de diagnóstico e terapia das doenças como meios de trabalho. As formas de organização desse modelo é o hospital e a rede de serviços de saúde.

Já o modelo sanitarista privilegia o profissional sanitarista, tomando os modos de transmissão e fatores de risco das doenças, segundo o enfoque epidemiológico, como objeto, e utiliza a tecnologia sanitária como meios de trabalho; tecnologia sanitária composta pela educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização etc. As formas de organização desse modelo seriam as campanhas sanitárias, os programas especiais, sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária.

Para Paim, a Vigilância da Saúde propõe a incorporação de novos sujeitos, ampliação do objeto e novos meios de trabalho.

Os novos sujeitos seriam as equipes de saúde e a população organizada, o que pressupõe incorporar no objeto as determinações sociais que afetam os grupos populacionais, em função de suas condições de vida e trabalho. Para abordar esse objeto, o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias não é suficiente,

pois necessita incorporar tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização e organização da população para promoção da saúde. As formas de organização desse modelo seriam as políticas públicas saudáveis, as ações intersetoriais, intervenções específicas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, operações sobre problemas e grupos populacionais.

A primeira constatação que a análise da realidade concreta do PSF de Amparo em 2001 nos permite fazer é que não havia clareza dessa diretriz nem por parte da direção da Secretaria nem por parte das equipes.

Como não havia uma equipe central constituída, com prática de reuniões para planejar e avaliar o trabalho da Secretaria, assim como não havia uma equipe de coordenação da rede básica, vou considerar como atores políticos responsáveis pelo processo de gestão, a secretária da saúde e o coordenador do PSF.

Mesmo sabendo que todos governam, para compreender a direcionalidade do projeto de saúde, é importante considerar os atores políticos que formalmente respondem pela direção da Secretaria e do PSF.

A secretária municipal que dirigiu a Secretaria de Saúde de Amparo por quatro dos cinco anos de existência do PSF era uma médica ginecologista da cidade, que ocupava o cargo de presidente da Regional da Associação Paulista de Medicina desde 1995 e cuja trajetória pública caracterizava-se pela defesa intransigente dos interesses da corporação médica. E como secretária da saúde continuou ocupando o cargo de presidente da Regional da APM, o qual ocupa até hoje.

O coordenador do Programa era um médico formado pela faculdade de medicina de Vassouras, sem residência médica, que veio para Amparo para trabalhar no PSF. O referido médico não tinha formação nem em Saúde Pública nem em Gestão de Serviços e Sistemas ou em Saúde da Família. Mas vinha participando de capacitações no Pólo de Capacitação de Saúde da Família da região de Campinas.

Segundo depoimento da referida secretária no vídeo institucional do PSF, o elemento mais importante do PSF é o agente comunitário de saúde, responsável pela ligação da equipe com a população. No entanto, durante seus quatro anos de gestão,

as equipes trabalharam com menos de 25% do número de agentes por equipe, e a ampliação ocorreu apenas nos últimos meses de sua gestão.

Na gestão da secretária de saúde acima referida, o PSF de Amparo teve continuidade e houve inclusive contratação de mais profissionais e expansão do número de equipes, todos ocupando cargos de confiança, sem concurso público.

As equipes eram formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, mas não seguiam as exigências do Ministério da Saúde, pois havia um número de médicos maior que o número de enfermeiros. Em 2001, eram 11 equipes habilitadas junto ao Ministério da Saúde; com 11 médicos, nove enfermeiros, 17 auxiliares e técnicos de enfermagem.

Considerando que o custo do profissional médico representa o dobro do custo do profissional enfermeiro, e que a disponibilidade do profissional enfermeiro no mercado de trabalho é bem maior do que a do médico, a decisão de contar com mais profissionais médicos justifica-se mais por motivos políticos ideológicos, do que por motivos relacionados com o funcionamento do programa.

Considero que a secretária de saúde de Amparo, enquanto ator político, não tinha um projeto de modelo assistencial baseado nas propostas da Vigilância da Saúde.

A leitura dos documentos do período e os relatos de vários profissionais que atuavam nos serviços da Secretaria, e no nível central, permite concluir que o PSF de Amparo era uma forma de compor as equipes das unidades de saúde da família, com incentivos financeiros do Ministério da Saúde, mas não se constituía como estratégia de reorganização do modelo assistencial em oposição ao modelo médico hegemônico, mesmo porque os atores políticos que dirigiam a secretaria e o PSF eram implicados com o modelo hegemônico.

As equipes por sua vez não participavam de nenhum processo de discussão ou de educação permanente para desenvolverem ações de vigilância da saúde. As tecnologias de comunicação social, planejamento e programação situacional não faziam parte nem da gestão da rede de Atenção Básica nem da gestão das equipes em cada unidade.

Considerando as definições de Paim referentes ao modelo de Vigilância em Saúde, não havia em Amparo um projeto de trabalhar com a população como sujeito a ser mobilizado para conseguir melhores condições de vida e de trabalho, pois as equipes não desenvolviam nenhum tipo de trabalho comunitário.

O objeto de trabalho das equipes era prioritariamente o doente, membro da família cadastrada que procurava a unidade de saúde, e os chamados grupos de risco, constituídos pelos hipertensos e diabéticos.

O sistema de saúde municipal continuava centrado em consultas médicas, oferecidas prioritariamente nos Prontos Socorros dos hospitais conveniados e no Centro de Saúde e, secundariamente, na rede de unidades de saúde da família.

Usando a taxonomia de Paim para definir os modelos assistenciais, pode-se dizer que, em Amparo, havia características do modelo médico assistencial e do modelo sanitarista, mas não do modelo de Vigilância da Saúde.

A segunda diretriz do Ministério da Saúde, exposta no Documento do PSF já citado, refere-se ao papel das unidades básicas no sistema local de saúde, entendido como “unidades do PSF no primeiro nível de uma rede hierarquizada, com serviços de referência e contra-referência, de modo a garantir a integralidade da atenção”.

A rede de unidades do PSF e o Centro de Saúde constituíam o primeiro nível de atendimento, mas não havia uma rede hierarquizada, com serviços organizados para garantir a integralidade.

Os serviços de referência para a rede básica eram oferecidos no Centro de Saúde, serviço que incorporou as especialidades médicas de um Ambulatório da SES-SP, quando da municipalização. Esse serviço realizava atenção básica, atendimento programático e atenção especializada.

A atenção básica para moradores do centro da cidade, nas áreas de clínica médica, pediatria e ginecologia obstetrícia, era oferecida no Centro de Saúde; assim como as ações dos Programas de Hanseníase, Tuberculose e AIDS também eram realizadas no Centro de Saúde, que atendia toda a demanda do município.

O Centro de Saúde oferecia ainda atendimento especializado de cardiologia, otorrinolaringologia, urologia, dermatologia, cirurgia vascular, ortopedia, oftalmologia, infectologia, pneumologia, neurologia e cirurgia geral e era referência para a rede básica.

Algumas especialidades importantes para o perfil epidemiológico de Amparo como endocrinologista e gastroenterologista não havia no Centro de Saúde. Outras especialidades eram oferecidas em quantidade bem menor do que a necessidade do município, como era o caso da cardiologia e urologia.

A rede de PSF contava com 11 médicos, com jornada de trabalho de 40 horas semanais, e o Centro de Saúde contava com 32 médicos, sendo dois com jornada de trabalho de 40 horas; três com jornada de 30 horas; e 24 com jornada de 20 horas semanais. A rede básica dispunha de 440 horas semanais de médicos, e o Centro de Saúde contava, em termos de contrato de trabalho, com 720 horas semanais de médico.

As consultas eram oferecidas aos usuários que iam para a fila do Centro de Saúde ou eram agendadas por telefone pelas unidades básicas.

Esse serviço era médico centrado e sua organização era feita em função dos interesses e disponibilidades dos médicos, que cumpriam em média 40% da jornada contratada. O principal argumento para o não cumprimento da jornada de trabalho eram os baixos salários. Havia a opinião, consolidada entre os médicos desse Centro de Saúde, que os salários dos médicos do PSF eram muito maiores do que os salários dos médicos do Centro de Saúde. Os médicos do PSF recebiam salários maiores e gratificações chamadas “gratificação por outras atividades”, que podiam representar até 35% do salário base.

Como a Secretaria da Saúde funcionava, enquanto instituição, de maneira pouco democrática e transparente, não havia conhecimento pelo conjunto dos funcionários dos salários praticados pela instituição, o que propiciava a disseminação de informações que não correspondiam à realidade. Como os médicos da rede básica cumpriam em torno de 80% da jornada de trabalho de 40 horas semanais, enquanto que os médicos do CS trabalhavam 40% da jornada, os salários dos médicos do PSF eram discretamente maiores do que os salários do Centro de Saúde.

A resolutividade do Centro de Saúde era muito reduzida e a atenção médica oferecida em várias especialidades era de baixa qualidade, fazendo que a rede básica não pudesse contar com referência para os casos que necessitavam do especialista.

Havia situações em que a rede básica não contava com retaguarda especializada, mesmo com o centro de saúde contando com o profissional, como era o caso de referência para cirurgia ambulatorial: o Centro de Saúde contava com um cirurgião geral que se recusava a realizar cirurgias ambulatoriais, embora o centro possuísse sala e equipamentos para esse tipo de procedimentos.

Numa das primeiras reuniões que fiz com os médicos e enfermeiros do PSF, solicitei que eles levantassem os principais problemas do PSF de Amparo. Os três problemas levantados, por unanimidade, foram falta de referência na atenção especializada, particularmente em Saúde da Mulher, a demora nos exames laboratoriais, além do problema da falta de profissionais de enfermagem e agentes comunitários nas equipes.

Por outro lado, a atenção básica não tinha nenhuma organização para os moradores que residiam no centro da cidade. Os portadores de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente hipertensos e diabéticos, os idosos, as gestantes, as crianças menores de um ano, ou seja, os grupos que exigem acompanhamento continuado, atendidos no CS, não recebiam o mesmo tratamento da rede de PSF, que desenvolviam ações de seguimento desses grupos.

O Centro de Saúde era o serviço que, isoladamente, produzia a maior quantidade de consultas médicas na rede municipal, inclusive consultas nas áreas básicas.

Em 2000, a rede de PSF produziu 59.035 consultas médicas, e o Centro de Saúde produziu 57.573 consultas, sendo 33.928 nas áreas básicas. Esses dados de produção revelam a importância do centro de saúde, unidade médico centrada, e com grande peso inclusive no imaginário da população, tanto pelo tempo de existência, como pela localização e pela quantidade de profissionais, principalmente médicos especialistas.

Cabe ressaltar que essa situação não era problematizada pelos atores políticos responsáveis pela gestão da saúde municipal.

Os pronto-socorros dos dois hospitais conveniados não tinham nenhum mecanismo de referência com a rede básica.

Pelas informações obtidas a partir da análise dos dados existentes em 2001, associadas à avaliação dos trabalhadores da Secretaria e da população, considero que, em Amparo não havia uma rede hierarquizada, com serviços de referência e contra referência, capazes de garantir a integralidade da atenção à saúde.

Apesar de estar com o PSF implantado há cinco anos, Amparo contava com um modelo médico centrado, pois as modificações na estrutura da rede de serviços não foram capazes de modificar a relação dos profissionais com os usuários, no sentido de privilegiar as tecnologias leves e a construção de novas subjetividades, tanto das equipes como dos usuários.

Além disso, por ser um município de médio porte, os serviços de alta complexidade encontram-se fora do território do município, e a integração com os serviços de referência, localizados em Campinas e Bragança Paulista praticamente não existia.

A **terceira** diretriz do Programa refere ao “território de abrangência e adscrição de clientela”. A proposta de territorialização e adscrição são ferramentas importantes da epidemiologia em serviço. É uma ferramenta que é proposta na estrutura do programa como dispositivo de vinculação da clientela com as equipes. No entanto, ao meu ver, essa ferramenta isolada não tem potência para alterar o processo de trabalho no sentido do cuidado integral.

Em Amparo, as equipes trabalhavam com o parâmetro do Ministério da Saúde de mil famílias adscritas, número que era determinado em função do profissional médico. O território era entendido como o espaço geográfico habitado pelas famílias adscritas.

Essa adscrição de clientela era uma ferramenta utilizada pela equipe para organizar a oferta da unidade como, por exemplo, as visitas domiciliares. A adscrição das famílias no PSF de Amparo era utilizada para gerenciar a oferta dos serviços, mas não para mudar o perfil das unidades.

O conceito de território era ainda mais limitado do que aquele utilizado pelo modelo da Vigilância da Saúde; o território-processo, que considera os aspectos sociais, econômico, político e epidemiológico do processo saúde e doença, não fazia parte das concepções do PSF de Amparo.

Como não havia essa compreensão de território-processo nem pela direção da Secretaria e não havia discussão dessa temática com as equipes, a concepção de território que prevalecia era de local de moradia das pessoas, e não como espaço gerador de processos mórbidos.

A utilização da adscrição como ferramenta para facilitar a vinculação da equipe com os usuários não era considerada, visto que era instrumento para restringir o atendimento e burocratizar o acesso, na medida em que o atendimento à demanda espontânea era cerceado de várias maneiras.

O cadastro das famílias realizado pelos agentes comunitários de saúde, através da coleta de dados registrados em fichas, atualizados periodicamente, oferece uma série de informações sobre as famílias atendidas. No entanto, as informações fornecidas pelo Sistema de Informações da Atenção Básica/ SIAB não eram utilizadas para planejar as ações da equipe como um todo.

Por outro lado, as limitações do SIAB e a falta de conhecimento da coordenação do programa e dos técnicos das equipes para trabalhar os relatórios produzidos pelo SIAB limitavam a utilização dessa ferramenta.

O conhecimento do número de famílias cadastradas era utilizado para fechar o cadastramento, ou seja, o conhecimento servia aos interesses da equipe e não dos usuários.

Uma das fichas do SIAB preenchidas pelos agentes fornece o dado sobre o número de hipertensos e diabéticos na micro-área de cobertura do agente, a partir da informação obtida no domicílio, ou seja, as equipes têm registro da morbidade referida, mas o Sistema não oferece o dado com o número de hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe.

Nas reuniões que fiz no início de 2001, sempre perguntava às equipes sobre o número de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade. Como o SIAB fornecia a população cadastrada por faixa etária, por unidade, chamou-me atenção o número elevado de hipertensos e diabéticos das unidades. Para conferir se minhas impressões estavam corretas, solicitei às equipes que me enviassem o número de hipertensos e diabéticos das

unidades por escrito. A maioria das equipes encaminhou um número acima do estimado tanto para hipertensos como para diabéticos. Fiz uma reunião para discutir os dados e, na discussão, percebi que o número de hipertensos e diabéticos acompanhados não era conhecido pela maioria das equipes, que utilizavam os dados de morbidade referida ao invés do número de pacientes acompanhados.

Considero revelador o relato desses fatos, pois os hipertensos e diabéticos representam a maior demanda das unidades, e planejar a atenção a esses pacientes é fundamental para organizar o processo de trabalho da equipe. E planejar significa contar com informações para tomar decisões. Se o sistema de informação não cumprir essa finalidade, não faz sentido coletar dados que não servem à própria equipe.

Considero que a adscrição como ferramenta para facilitar a vinculação da clientela à equipe é fundamental para construção de um modelo assistencial usuário centrado, pois permite conhecer a população a ser atendida, seu território, seu ambiente familiar e, em certa medida, suas condições de vida.

Mas essa é uma possibilidade que a ferramenta fornece e que depende do projeto de modelo dos atores políticos envolvidos. Ela por si não garante mudanças nos processos de trabalho das equipes nem garante mudanças nas relações das equipes com os usuários.

No PSF de Amparo, a adscrição da clientela não garantia uma maior vinculação da equipe com os usuários e não favorecia mudanças na forma de operar nos microprocessos do trabalho das equipes, no modo de fazer de cada profissional.

A quarta diretriz do Programa refere-se à equipe: “equipe multiprofissional composta, no mínimo, por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde”, uma das mais difíceis de ser implementada.

Para implementar essa diretriz, é necessário criar novas relações entre os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. Isso significa alterar as relações de poder dentro da equipe e enfrentar na prática a hegemonia do médico.

A criação de novas relações entre os membros da equipe é um problema complexo que depende de mudanças profundas no processo de trabalho. Trata-se de aprender a trabalhar de uma maneira nova, interagindo saberes e fazeres dos distintos membros da equipe. O desafio é permitir que as equipes relacionem-se de um novo jeito, buscando construir processos de trabalho mais solidários.

Essas mudanças acontecem, se houver um investimento efetivo por parte da gestão municipal na construção das mudanças nos microprocessos de trabalho das equipes. Em Amparo, não havia essa compreensão na equipe de gestão da Secretaria e as equipes não conseguiam individualmente mudar os processos de trabalho, que continuava médico centrado. Havia equipes que buscavam implementar mudanças nos processos de trabalho, mas elas não se estendiam para o conjunto da rede básica.

Os médicos do PSF de Amparo não eram portadores de uma nova concepção do trabalho em equipe. A maioria deles contava com uma formação tradicional de escola de medicina e não conseguia por si só implementar novas práticas de saúde nos serviços. Como não havia uma coordenação que empregasse dispositivos capazes de induzir e estimular mudanças na micropolítica do processo de trabalho, o PSF reproduzia o modelo médico centrado.

Os enfermeiros desempenhavam um papel na equipe subordinado ao trabalho médico, e as auxiliares de enfermagem tinham pouca autonomia no processo de trabalho da equipe, executando ações técnicas normatizadas.

As equipes trabalhavam no mesmo espaço físico, atendiam as mesmas famílias, mas não havia um processo de trabalho construído coletivamente, planejado e avaliado conjuntamente. Não havia uma concepção de trabalho em saúde compartilhado pela equipe, assim como não se investia na construção de novas relações dentro da própria equipe.

Buscando uma síntese em relação à situação do PSF de Amparo em 2001, como sujeito implicado com a avaliação realizada e com as estratégias implementadas para modificar esta realidade, considero que as equipes não faziam Vigilância da Saúde, não trabalhavam com a concepção de território processo, não havia trabalho interdisciplinar, e o modelo assistencial do município caracterizava-se, na essência, como médico centrado.

Antes de analisar as estratégias adotadas a partir de 2001 para implementar mudanças nos processos de trabalho das equipes de Saúde da família de Amparo, gostaria de tecer comentários gerais sobre a organização do PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial.

Esses comentários baseiam-se nas relações que tenho com vários gestores do SUS, em relatos feitos em reuniões, na leitura de boletins e informativos que circulam entre os gestores municipais e em conversas informais sobre o PSF nos municípios.

Ao meu ver, a situação do PSF em Amparo em 2000 é muito semelhante ao PSF de outros municípios. Acredito que existam mais experiências semelhantes a de Amparo do que aquelas que conseguiram efetivamente mudar os processos de produção do cuidado.

A maioria dos gestores municipais de saúde não tem uma compreensão aprofundada das concepções do Programa. Acredito que sejam mais freqüentes gestores com o perfil da secretária que dirigiu a secretaria de saúde de Amparo até 2000, do que secretários que compreendem a proposta de Vigilância da Saúde, de território-processo, de trabalho interdisciplinar, de rede hierarquizada voltada para a integralidade.

Acredito que prevalece esta visão do PSF como forma de organizar a rede básica para fazer prevenção, atendimento no domicílio, vinculação da clientela através de adscrição da população.

A questão do atendimento dos indivíduos nos seus processos de adoecimento e a demanda espontânea é vista como um problema que deve ser enfrentado fora do PSF, nos outros serviços. Na maioria dos municípios, não se discute as potencialidades de realizar uma clínica ampliada de uma população vinculada a uma equipe, equipe que deve alterar seus processos de trabalho para atender às necessidades de saúde da população e para construir-se como sujeito.

Recordo-me que, em 2004, participei de um Seminário, em um município da região de Piracicaba, sobre a expansão do PSF em municípios acima de 100 mil habitantes, com cerca de 100 participantes, entre trabalhadores de saúde daquele município e gestores

de outros municípios, e foi perguntado por um médico, como o gestor municipal enfrentaria o problema da demanda espontânea nos locais onde seria implantado o PSF. A resposta do secretário da saúde do município foi que estava sendo planejada a implantação de serviços de Pronto Atendimento, para “evitar que o PSF se desvirtuasse”.

Nesse sentido, o papel do Ministério da Saúde como indutor de políticas a partir do financiamento e das exigências estabelecidas através de portarias, não tem conseguido contribuir para mudanças no modelo assistencial.

Em primeiro lugar, porque não trabalha efetivamente para que os atores políticos capazes de operar essas mudanças compreendam a complexidade do processo de produção do cuidado usuário centrado e as estratégias para operar estas mudanças. Os atores políticos capazes de promover mudanças nos processos de gestão do cuidado são os gestores municipais; e os trabalhadores da saúde são os atores políticos capazes de criar processos de trabalho mais solidários e usuários centrados, a partir de dispositivos implementados pelo gestor ou pela própria equipe. Essas mudanças dependem de processos complexos, que envolvem projetos distintos, atores políticos com desejos e valores diversos, portanto há sempre um grau razoável de incertezas.

Em segundo lugar, porque propõe mudanças na estrutura dos serviços e não nos processos de produção do cuidado.

Por outro lado, as secretarias estaduais de saúde não têm contribuído para esse debate e, na maioria dos estados, há omissão em relação ao apoio técnico e financeiro à atenção básica nos municípios.

Os municípios não têm conseguido isoladamente enfrentar a hegemonia do modelo médico. Na maioria deles, há vontade política dos gestores de construir modelos mais resolutivos e usuários centrados, mas falta tecnologia, falta saber fazer a gestão de outra maneira. Essa dificuldade agrava-se com a insuficiência de recursos financeiros e escassez do profissional médico para compor as equipes.

As experiências bem sucedidas de PSF, que adquirem maior visibilidade, são aquelas que conseguiram mudar o modelo médico centrado, o que acaba dando a falsa idéia que em todos os municípios que adotaram o PSF houve mudança de modelo.

9- A CONSTRUÇÃO DA EQUIPE

***CENTRAL: a visão de um ator
político implicado***

Para analisar o processo de construção de espaços coletivos de gestão na experiência de Amparo, é necessário recuperar a história de construção da equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde no período de 2001 a 2005, bem como ouvir o que os membros dessa equipe têm a dizer sobre a gestão municipal da Saúde.

Como ator político que participou desse processo, farei um relato do período, a partir de minha experiência vivida como membro da equipe, buscando recuperar os diferentes momentos vividos nesse coletivo.

As opiniões dos atores políticos que faziam parte da Equipe Central em 2005 foi coletada através de uma sessão de grupo focal, e serão analisadas como material de campo para compreender o objeto da investigação, que é a gestão.

A construção da equipe central da Secretaria teve início simultaneamente ao início da gestão em 2001.

Assumi o cargo de secretária de saúde de Amparo a convite do prefeito petista César Pagan, que venceu as eleições em outubro de 2000 pelo Partido dos Trabalhadores, com 64% dos votos. O convite foi feito para uma pessoa de fora da cidade pela dificuldade de encontrar profissional da área da saúde identificado com o projeto de governo do PT e que fosse de confiança do próprio prefeito eleito. Foi feito também em função de minha experiência de gestão em administrações municipais petistas.

Aceitei o convite e, em novembro de 2000, vim conhecer a cidade e participei de uma Oficina de Planejamento com o prefeito e sua equipe de governo. Nessa Oficina, conheci a única servidora da Secretaria da Saúde que havia sido convidada para a Oficina, a diretora da unidade de avaliação e controle. A Oficina foi coordenada pelo professor Emerson Merhy e por Greiner Costa.

Em dezembro, mudei-me para Amparo e, no dia 2 de janeiro de 2001, assumi a direção da Secretaria Municipal de Saúde. Logo em seguida, iniciei o processo de formação da equipe para dirigir a Secretaria, visto que vim sozinha, sem nenhum assessor para me auxiliar; simultaneamente, iniciei o processo de formação do colegiado de coordenadores do PSF.

Logo que cheguei, fui informada pela diretora da unidade de avaliação e controle que não havia um coletivo que dirigia a secretaria.

Na gestão anterior cada técnico coordenava sua área e, quando necessário, eram chamados individualmente para discutir temas da área com a secretária ou solicitavam reunião com a mesma para discutir problemas específicos.

A secretária da saúde anterior conduzia a política municipal sem discutir coletivamente com os profissionais que ocupavam cargos de direção dos departamentos. Portanto não havia um coletivo responsável pela condução da Saúde no município.

Segundo relato de profissionais que participaram da gestão da saúde no período anterior a 2001, a secretária apoiava-se, para tomava decisões, nas discussões com o prefeito, também nas orientações dos técnicos da DIR Campinas e de outros secretários, com quem ela falava constantemente, como os secretários de saúde de Indaiatuba, Valinhos, Bragança Paulista e outros. Mas não havia discussões compartilhadas coletivamente com os coordenadores das áreas para tomada de decisões.

Para constituir o colegiado central, procurei, em 2001, conhecer cada profissional que era responsável pelas diversas áreas da secretaria. Logo no meu primeiro dia, pedi à diretora da avaliação e controle que agendasse reuniões com cada um desses coordenadores, pois considerava que, mais importante do que conhecer a estrutura ou os documentos da secretaria, era conhecer as pessoas que dirigiam as áreas e também me interessava conhecer as equipes. Fiz isso na primeira semana de janeiro e, simultaneamente, iniciei as reuniões com as equipes de Saúde da Família e com as equipes dos demais serviços da secretaria.

Após as reuniões com todas as áreas, decidi afastar o coordenador do PSF e defini que a equipe central seria formada pela diretora da unidade de avaliação e controle, pelo diretor do departamento de odontologia, pela diretora do departamento de vigilância sanitária e epidemiológica, pelo diretor do centro de saúde, pela diretora do departamento administrativo da secretaria e por um assessor técnico-administrativo, todos profissionais que já ocupavam esses cargos na administração anterior.

Essas sete pessoas iniciaram um difícil processo de construção de relações de confiança e contratualizações com objetivo de dirigir a Secretaria Municipal de Saúde. Durante o primeiro ano da gestão, havia um quadro bastante tenso na Secretaria, o que tornava o processo de constituição da equipe central ainda mais urgente.

Esse quadro tinha vários componentes e era necessário lidar simultaneamente com todos eles e construir a equipe para gerenciar os conflitos.

Os conflitos estavam relacionados com a exigência de cumprimento das jornadas de trabalho dos médicos do Centro de Saúde, que resultou na demissão de seis deles e no afastamento do diretor da unidade nos dois primeiros meses de minha gestão; com as dificuldades no relacionamento com o prefeito que discordava da forma como iniciei os enfrentamentos na Secretaria; com a pressão para aumentar o repasse de recursos municipais, quando da assinatura de novos convênios com os hospitais, logo nos primeiros meses da gestão. E a situação tornava-se mais difícil pelo fato de eu estar chegando na cidade e praticamente não conhecer a realidade local.

Minha principal divergência com o prefeito referia-se à leitura da conjuntura política local, logo nos primeiros meses de um governo que tinha um prefeito do Partido dos Trabalhadores e com uma bancada de vereadores com maioria petista, eleitos com a bandeira política da mudança no modo de governar.

Eu considerava que havia um clima político favorável à implementação de mudanças, e o Prefeito avaliava que seria arriscado fazer mudanças bruscas logo no início do mandato.

As duas principais divergências eram o enfrentamento da questão do horário dos médicos do Centro de Saúde, situação cristalizada na instituição, mas que era percebida pela população como desrespeito aos usuários; e a questão do concurso público para o ingresso nas equipes de PSF. Eu entendia que era necessário tomar iniciativas para garantir a realização de Concurso Público, abrir esse debate com os profissionais e realizar o concurso no primeiro semestre de 2002. Apesar das divergências, as questões foram enfrentadas e equacionadas.

A maior parte dos profissionais da equipe central trabalhava na Secretaria há vários anos, mas nunca havia se reunido para planejar e dirigi-la; eles efetivamente não se consideravam dirigentes da saúde, mas sim diretores de uma unidade ou de um setor. Cada um conhecia em profundidade sua área, mas conhecia pouco da organização da Secretaria da Saúde como um todo. Para a maioria deles era bastante estranha a proposta de coletivo dirigente, de construir um projeto de saúde para a cidade, a discussão de financiamento, de cada um conhecer as prioridades e a dinâmica de funcionamento de outro setor que não a própria área de atuação.

O único profissional que não permaneceu no cargo desde o primeiro momento foi o coordenador do PSF, que voltou a cumprir a jornada de 40 horas semanais na mesma unidade de Saúde da Família, na qual trabalhava. Esse médico era portador de um projeto de organização do trabalho no SUS e no PSF incompatível com o projeto de gestão que eu estava implantando na Secretaria. Além disso, esse profissional havia feito campanha política para o prefeito derrotado, dentro de uma unidade de Saúde da Família durante o processo eleitoral; em 2001, vários muros dos bairros atendidos por essa unidade, continuavam com pinturas com os seguintes dizeres: “Sr Fulano apóia” e o nome dos candidatos a vereador e a prefeito.

Depois das primeiras reuniões, percebi que não poderia contar com o diretor do Centro de Saúde para fazer as mudanças na unidade, principalmente em relação ao enfrentamento com os médicos que não cumpriam horário e não tinham nenhum compromisso com os pacientes. A partir dessa avaliação, comecei a construir governabilidade para substituí-lo, o que aconteceu dois meses depois que assumi: em março de 2001 o CS passou a ser dirigido por uma enfermeira do quadro de servidores públicos estaduais municipalizados, que estava no Centro de Saúde quando da municipalização em 1988 e havia participado em 1995 das primeiras equipes de PSF. Com a mudança de diretor, o ex-diretor do Centro de Saúde, que era médico e foi transferido para atender numa unidade de Saúde da Família.

Os dois médicos afastados da coordenação continuaram ocupando cargo de confiança, exercendo as atividades de médicos do PSF, porém sem a função de coordenação.

A equipe permaneceu com essa composição até 2002, quando incorporou outros profissionais ao mesmo núcleo formado em 2001.

Coloquei para essas pessoas a proposta de nos constituirmos enquanto equipe de direção da Secretaria e nosso primeiro trabalho seria o planejamento das prioridades para os próximos anos. Para isso, propus a elaboração de um diagnóstico da situação de saúde do município e dos serviços de saúde, que seria o ponto de partida para elaboração do plano municipal de saúde para o período de 2001 a 2004. Para nos construirmos enquanto equipe e para construirmos a proposta para o plano municipal de saúde, fazíamos reuniões semanais.

Desde 2001, a equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde vem trabalhando no sentido de se constituir enquanto grupo e no sentido de construir espaços coletivos de gestão, para organizar um modelo assistencial centrado nas necessidades de saúde dos usuários. Para isso, utilizou estratégias políticas do agir governamental na construção desse novo modelo assistencial.

Essa construção, por sua vez, está inserida no processo histórico da Reforma Sanitária Brasileira, enquanto política pública fundamentada na compreensão da saúde como direito de cidadania.

Nesse sentido, a implantação de mudanças no modelo assistencial em Amparo ocorre como parte do processo histórico de construção do SUS municipal e parte do acúmulo da experiência do município, inclusive com a Atenção Básica estruturada na modalidade de Saúde da Família.

Essa construção ocorre no cenário municipal, com vários interesses e atores em disputa, cujos projetos provocam impactos concretos na dinâmica de produção da saúde.

Para viabilizar o projeto de modelo tecnoassistencial, o gestor local de saúde deve buscar estratégias políticas capazes de garantir direcionalidade ao projeto, num cenário político em que vários atores disputam seus projetos.

No caso de Amparo, desde o início explicitiei para a equipe de gestão, que estava começando a se constituir enquanto ator político, um conjunto de diretrizes com as quais pretendia trabalhar e esperava que a equipe pudesse conhecê-las,

debatê-las e definir prioridades, para coletivamente construirmos um projeto que fosse compartilhado por toda a equipe.

A primeira diretriz era que pretendia trabalhar no sentido de garantir que os princípios do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade fizessem parte da vida real da população do município.

A segunda diretriz era que a participação da população na definição das políticas de saúde era fundamental para garantir o avanço do SUS no município, e a proposta era trabalhar para incentivar e estimular a participação popular.

A terceira diretriz era que a gestão do SUS no município era responsabilidade do próprio município, portanto caberia à equipe construir-se enquanto equipe e construir estratégias para implementar as mudanças consideradas essenciais. Evidentemente que isso não seria feito de maneira isolada, que iríamos precisar do apoio técnico e financeiro das esferas estadual e federal do SUS.

A quarta diretriz referia-se à compreensão das relações público e privado. Entendia que o setor privado, conveniado com o SUS, era um parceiro importante para complementar a oferta de serviços na área hospitalar, pois o poder público não contava com serviços próprios nesta área, mas que esta parceria deveria sempre servir aos interesses públicos, e ser regulada pelo poder público municipal. Além disso, deixava claro que a gestão dos serviços de saúde cabia ao poder público municipal, portanto, ao poder público estatal.

A quinta diretriz era que os trabalhadores da saúde eram atores políticos fundamentais para construção de um novo modelo assistencial, por serem responsáveis pela produção do cuidado dos usuários. Nós gestores deveríamos trabalhar no sentido de construir um novo modelo assistencial, onde houvesse de fato protagonismo dos trabalhadores no processo. Para isso nosso papel principal era criar dispositivos, a fim de que os trabalhadores pudessem refletir e construir consensos sobre os processos de trabalho a ser desenvolvido nas unidades.

Essas diretrizes estão colocadas no Plano Municipal de Saúde de Amparo para 2001 a 2004.

Para viabilizar a construção de um novo modelo assistencial, foi necessário modificar a gestão do sistema municipal de saúde. Tratava-se de romper com a forma verticalizada e fragmentada de se tomar decisão na instituição, criando coletivos dirigentes e investindo na mudança dos processos de produção da saúde.

Numa das primeiras reuniões dessa equipe, coloquei alguns conceitos básicos de planejamento estratégico e propus que trabalhássemos com eles para construir o plano municipal de saúde 2001 a 2004.

Em fevereiro de 2001, fizemos uma primeira oficina de planejamento estratégico, que marcou o início de uma outra forma de fazer a gestão do sistema municipal de saúde.

O maior problema era romper com a visão fragmentada de cada um e construir um coletivo capaz de pensar a construção de uma rede de serviços de saúde de maneira ampla, que não fosse a somatória da odontologia, com a vigilância, com os serviços conveniados e mais a parte administrativa da Secretaria. Cada um conhecia bem sua área, mas desconhecia a área do outro e desconhecia o funcionamento do SUS no município.

Antes de terminar o Plano, em setembro de 2001, a diretora do departamento de Vigilância em Saúde foi afastada do cargo e como não aceitou permanecer como funcionária da Vigilância, pediu afastamento da Secretaria, sendo substituída por outro profissional, que fazia parte da equipe técnica do departamento. Essa diretora recusava-se a colocar em prática a proposta de planejar e construir com a equipe uma proposta para a integração da Vigilância com a atenção básica e com o nível central da Secretaria.

A equipe central da secretaria foi sendo construída junto com o processo de construção de um novo modelo assistencial.

Conforme já descrito, a rede básica do município em 2001 estava organizada com equipes de Saúde da Família há cinco anos e a decisão foi manter essa modalidade assistencial da Atenção Básica.

Enquanto ator que governa, minha aposta era a de que seria possível avançar na concretização das diretrizes do SUS, tendo como referência um sistema local de saúde centralizado numa rede básica comandada pela tecnologia leve, com os trabalhadores

participando da co-gestão dessa rede e com o processo de produção do cuidado usuário centrado.

Para dar essa direcionalidade ao projeto, utilizamos a capacidade de governo do gestor de saúde e a que fomos construindo no próprio processo de gestão.

No campo da política, como gestor de saúde, construí governabilidade através de três estratégias principais: a) participação ativa nos fóruns regional e estadual do SUS; b) participação nos espaços políticos do município, como Orçamento Participativo; c) democratização da gestão, com ampliação de espaço de discussão através das Conferências Municipais de Saúde, construção de colegiados de gestão e processos participativos de planejamento.

A participação nos fóruns do SUS pode fornecer ferramentas ao gestor municipal no sentido de possibilitar que ele seja um sujeito nesse processo com autonomia para, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde e de acordo com a realidade local, tomar as decisões mais adequadas para viabilizar seu projeto, evitando assim de ser um simples cumpridor de determinações dos governos estadual e federal.

Desde 2001, participo da diretoria do Conselho de Secretários Municipais de Saúde/COSEMS -SP. Em 2001 e 2002, atuei como parte da diretoria da entidade; em 2003, assumi como primeira secretária; em 2004, como vice-presidente e, em 2005, assumi a presidência do COSEMS. Como membro do COSEMS, participo desde 2001 da Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo, fórum de deliberação do SUS no estado. Participo também da Comissão Interinstitucional Regional CIR de Campinas, que reúne os 42 municípios da região e a direção regional de saúde da SES-SP. Desde 2003, participo do Pólo de Educação Permanente do Leste Paulista e participei, até março de 2005, da Comissão Bipartite de Acompanhamento dos Pólos de Educação Permanente do estado de São Paulo.

Outros membros da equipe central também participam ativamente dos fóruns regionais do SUS, principalmente a diretora da unidade de avaliação e controle, o coordenador de saúde bucal, o diretor da Vigilância Epidemiológica e a coordenadora de Saúde do Trabalhador.

A participação nesses espaços políticos de discussão e deliberação do SUS aumenta a governabilidade do gestor municipal na medida em possibilita a participação em decisões que vão ter impacto na política de saúde do próprio município.

Por outro lado, o excesso de Portarias do Ministério da Saúde e o emaranhado de normas, instruções normativas, diferentes sistemas de informação e financiamento, faz que a gestão municipal seja obrigada a acompanhar essas publicações, compreendê-las e aplicá-las. Estes fóruns acabam sendo espaços pedagógicos para discussão dessas normas e de sua aplicação, sendo verdadeiro aprendizado para o processo de gestão.

Mas essa participação traz também problemas para a gestão municipal, na medida em que obriga o gestor a ausentar-se do município, o que muitas vezes não é compreendido pelos atores políticos locais, e a participação nesses fóruns não são entendidas como ganho dos municípios, mas como ausência da gestão municipal.

Para aumentar a governabilidade da equipe de gestão da Secretaria, decidimos, enquanto equipe, participar em todas as plenárias do Orçamento Participativo e pela realização de Conferências Municipais de Saúde, com ampla participação popular.

A participação nas plenárias do Orçamento Participativo foi importante não somente para ouvir as opiniões e propostas da população para a Saúde, mas também para apresentarmos as propostas de organização dos serviços do Plano Municipal de Saúde para o período de 2001 a 2004.

Em todas as reuniões do OP, era apresentada a proposta de modelo assistencial de Defesa da Vida, era explicado o significado do projeto; discutia-se o compromisso da equipe de gestão da saúde com a construção do SUS e cumprimento de seus princípios, seus significados; e, finalmente, eram apresentadas propostas de expansão de serviços.

As plenárias ocorreram em 2001, para discussão do orçamento municipal de 2002 e, em 2002, para discussão do orçamento de 2003. Em 2003, por problemas internos do governo municipal, esse processo foi interrompido, com suspensão das plenárias para discutir o orçamento municipal de 2004.

No caso da Saúde, praticamente todas as deliberações das plenárias do OP foram realizadas em 2005 ou estão sendo realizadas em 2006. Houve atraso na entrega das obras, mas todas as deliberações do OP da área da Saúde foram ou estão sendo atendidas. Em geral as propostas do Plano de Saúde coincidiam com as solicitações dos moradores dos bairros da cidade.

As plenárias deliberaram pela ampliação de duas unidades básicas de saúde nos bairros mais populares da cidade, que foram ampliadas e dobraram a área física; pela ampliação e reforma das duas unidades nos dois distritos municipais, uma já foi reformada e a outra está sendo ampliada em 2005; pela construção de três prédios novos, um para instalação de uma UBS para atender população da área central da cidade, que foi construída; uma para uma UBS que funcionava num espaço físico totalmente inadequado, que foi construída; e uma nova, que está sendo construída em 2005.

No geral, a população solicitava ampliação do atendimento médico, tanto nas UBS como no Centro de Saúde; reclamava da falta de medicamentos e demora nos exames laboratoriais. Era o modelo médico hegemônico sendo reivindicado pela população: queriam mais médicos, mais remédios e mais exames.

E a equipe de gestão, em cada plenária, explicava a composição das equipes de saúde da família, a importância do trabalho do enfermeiro, a co-responsabilidade da equipe de saúde e de cada um com a saúde, da importância do vínculo e da confiança que deve haver entre equipe e as famílias, dos efeitos adversos dos medicamentos e riscos da automedicação, e assim por diante. Para nós, era uma oportunidade de dialogar com os moradores dos bairros e disputar, do ponto de vista ideológico, projetos de modelos assistenciais.

Ao meu ver, foi um equívoco da Administração Municipal ter interrompido o processo do Orçamento Participativo, que tem vários problemas, mas é um espaço importante de democratização do poder local.

Amparo é um município sem tradição de participação popular. Desde o final da ditadura militar, duas famílias, que representam os interesses da elite da cidade, ocuparam, de maneira alternada, o governo municipal, com uma única exceção em 1983, em que um candidato do MDB ganhou as eleições. O primeiro prefeito de Amparo foi

nomeado em 1892. Até 1958, ou seja, durante quase 80 anos, todos os prefeitos foram nomeados e não eleitos.

Os primeiros prefeitos eleitos em Amparo, nas eleições diretas de 1958 e 1962, foram prefeitos que já tinham sido nomeados anteriormente ou possuíam vínculos com as antigas nomeações, feitas de forma indiretas, sem participação da população. Com o regime militar os prefeitos voltaram a ser nomeados. Em 1978, ocorreu a terceira eleição direta no município e a ARENA venceu as eleições.

Em 1982, pela primeira vez um partido de oposição, o MDB, venceu as eleições, mas as expectativas de mudança não se concretizaram e a administração municipal foi marcada pelo empreguismo e a corrupção. Os prefeitos eleitos em 1988, 1992 e 1996 eram filiados aos partidos de direita e já haviam governado a cidade na época da ditadura militar como prefeitos nomeados.

A história política da cidade é marcada pela presença das forças conservadoras durante mais de um século: de 1892 ao ano 2000.

Em 2001, pela primeira vez na história política do município, assumiu um prefeito e vice-prefeito do Partido dos Trabalhadores, com um discurso de mudança e compromisso de implantar o Orçamento Participativo. As plenárias do OP eram espaços de discussão das carências sociais dos moradores da periferia da cidade e zona rural, mas eram também espaço político pedagógico de discussão sobre o papel do poder público municipal e o papel dos cidadãos na lutas por seus interesses.

A falta de tradição de participação popular e o outro lado desta moeda, que é a falta de democracia dos governos municipais, fazem que nesses municípios não existam quadros políticos com capacidade de criar canais de participação e apoio aos movimentos sociais. Nessa conjuntura, mesmo com a vitória de governos democráticos, não existe capacidade de governo para fazer avançar a democracia institucional. Esses governos podem até governar para o povo, mas não conseguem governar com o povo.

Assim como havia espaços, como o OP, em que a saúde ganhava governabilidade, havia espaços nos quais se perdia governabilidade, como era o caso da câmara municipal de vereadores. Ela contava com um grupo de vereadores que fazia oposição sistemática e organizada contra a Saúde.

O principal argumento desses vereadores para criticar a Saúde era o fato de a secretária de saúde ser de fora do município e, segundo eles, não conhecer a realidade do município, e ter vindo de outras gestões petistas. Na visão e no discurso desses vereadores, isso significava que o prefeito eleito não reconhecia a capacidade dos profissionais do município para ocupar o cargo de secretário da saúde e isso era uma afronta para cidade.

Embora o discurso político fosse recheado de ódio e xenofobia, acredito que o projeto da saúde do governo iniciado em 2001 questionava o modelo hospitalocêntrico, e isto não era aceito pelas camadas mais conservadoras da cidade.

Amparo conta com uma Santa Casa com mais de 100 anos de história que sempre foi o principal equipamento de saúde da cidade. Conta ainda com dois hospitais: a Beneficência Portuguesa, também com décadas de existência, e com o Hospital Psiquiátrico que, em 2005, completou 50 anos.

Os dois hospitais gerais, particularmente a Santa Casa, durante muitos anos, foram o centro do sistema local de saúde. Como hospitais filantrópicos, com perfil de atendimento baseado na produção de ações de média complexidade, vêm sendo vítimas da falta de uma política para assistência hospitalar do SUS, visto que o Ministério da Saúde pratica uma política de pagamento que os inviabiliza financeiramente.

Por outro lado, as diretorias administrativas desses hospitais são, em geral, formadas por atores políticos locais, que atuam como voluntários e não estão preparadas para a administração e gestão hospitalar. Associada a essa baixa capacidade administrativa, o trabalho médico nesses hospitais é de responsabilidade dos chamados “Corpo Clínico”, que usam os hospitais como se fossem privados, mas exigem que o poder público os remunere para atender os pacientes do SUS.

Essa situação é extremamente complexa, e os gestores municipais têm sido chamados para resolver a crise dos hospitais filantrópicos de média complexidade. Para enfrentar a crise, os gestores municipais não contam com o apoio nem técnico nem financeiro da SES e, em geral, são pressionados pelas forças políticas locais para financiar a assistência hospitalar, ainda que sejam conhecidas a forma de atendimento dos médicos e a incapacidade das direções administrativas.

Em Amparo, os dois hospitais vivem crises sucessivas e, a cada crise, a oposição, o “corpo clínico” e a diretoria administrativa desses hospitais se unem e acusam a gestão municipal de ser responsável pela crise hospitalar.

Os vereadores da oposição sempre questionaram o projeto da saúde e reclamaram pelo fato da Saúde não priorizar a atenção hospitalar. Durante quatro, anos esses atores políticos usaram várias estratégias para derrotar o projeto da saúde e desmoralizar o trabalho da equipe.

Essa tensão entre o grupo de vereadores que faz oposição ao governo e gestão municipal da saúde reflete a disputa de projetos: as forças conservadoras da cidade defendem prioridade para os hospitais e os atuais gestores defendem o fortalecimento da atenção básica.

A tensão não só persistiu durante esses cinco anos e meio, mas agravou-se muito no último ano. Os principais atores políticos locais que fazem oposição ao projeto da saúde estão no Corpo Clínico dos hospitais do município.

Retomando o processo de construção da equipe central: duas médicas, aprovadas no concurso de Saúde da Família, foram incorporadas à equipe central em 2002. Uma médica, com mais de dez anos de experiência como diretora de Avaliação e Controle em municípios de grande porte como Santos, São Vicente e Chapecó, assumiu a responsabilidade pela auditoria médica dos hospitais, com jornada de trabalho 20 horas semanais em uma unidade básica e 20 horas como auditora. A outra médica assumiu a coordenação do CSI, pois a enfermeira que dirigia essa unidade decidiu afastar-se do cargo e retornar a uma unidade de Saúde da Família.

No final de 2002, a equipe central era formada por 11 pessoas, cinco da primeira composição de janeiro de 2001 (diretora da Avaliação e Controle, diretora Administrativa, assessor administrativo, diretor de Saúde Bucal e a secretária de saúde) e novos membros: a nova auditora, a diretora do CSI, o diretor do Departamento de Vigilância em Sanitária, o diretor de Vigilância Epidemiológica, a diretora do CAPS e diretora de um Núcleo Integrado de Especialidades. Eram cinco médicos, um engenheiro de segurança do trabalho, uma psicóloga, um dentista, uma assistente social, dois administradores. E nenhuma enfermeira!

Em 2003, a equipe central voltou a passar por mudanças: dois novos assessores foram incorporados à equipe, um da Saúde Mental e um da Saúde do Trabalhador.

Com a incorporação de uma assessora da área de Saúde do Trabalhador, foi possível dar início ao desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador na rede de serviços, desenvolvendo atividades de controle das condições de trabalho e de prevenção das doenças e acidentes do trabalho, através das equipes de Saúde da Família e de Vigilância Sanitária. O trabalho teve início com capacitação das equipes de saúde da família e equipes de vigilância em saúde, para abordagem das questões relacionadas às condições de trabalho no território da unidade básica de saúde e nos ambientes de trabalho de maior risco na cidade como um todo.

Em 2004, a Secretaria da Saúde decidiu dar continuidade às ações de Saúde do Trabalhador e criar um centro de referência de saúde do trabalhador, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, e o município foi habilitado junto à Rede Nacional de Saúde do Trabalhador/RENAST.

Atualmente, a política de Saúde do Trabalhador desenvolve-se tanto no CEREST, como na Atenção Básica e na Vigilância Sanitária. Pela primeira vez na história do município, o poder público está investindo num projeto de saúde voltado para os trabalhadores da cidade.

Outra área que teve um salto de qualidade considerável com a contratação de assessoria especializada foi a Saúde Mental. Em 2003, foi contratado um assessor, que permaneceu no cargo por um ano e meio e iniciou uma série de atividades para qualificar a atenção aos pacientes do CAPS e do Ambulatório de Saúde Mental, e também para dar continuidade à descentralização das ações de Saúde Mental para a rede básica. Em janeiro de 2005, outro profissional assumiu a assessoria de Saúde Mental e o trabalho teve continuidade.

Desde 2001, estava colocado no Plano Municipal de Saúde como prioridade construir uma rede de serviços de Saúde Mental e implantar ações de Saúde Mental na rede básica. No entanto essa prioridade só pôde ser concretizada quando a Secretaria passou a

contar com um profissional com experiência acumulada na área. O primeiro assessor tinha experiência por ter sido coordenador de um CAPS em Campinas, e a segunda coordenadora tinha experiência por ter participado da experiência de saúde mental em Santos e também em Campinas.

A descentralização das ações de Saúde Mental para a rede básica foi um processo extremamente difícil, cheio de idas e vindas.

Desde 2001, o município investiu na redução das internações psiquiátricas e a criação de serviços substitutivos ao manicômio, capazes de garantir atenção integral e inclusão social aos pacientes portadores de transtornos mentais graves. O município conta com um hospital psiquiátrico, filantrópico, conveniado com o SUS, de referência macro-regional, com 295 leitos, sendo cerca de 85% deles ocupados por pacientes de outros municípios e cerca de 15% por residentes de Amparo.

Nesses quatro anos, houve redução das internações psiquiátricas, conforme dados do Relatório de Gestão de 2005.

Internações de moradores de Amparo no sanatório Ismael

ANO	Nº DE INTERNAÇÕES
1999	1.282
2000	1.188
2001	807
2002	568
2003	703
2004	810
2005	660

Fonte: SIA-SUS

O CAPS conseguiu diminuir as internações psiquiátricas para psicóticos, porém hoje a maioria das internações psiquiátricas de Amparo é destinada a pacientes dependentes químicos de álcool e drogas.

O CAPS passou por uma série de mudanças: mudou para um local bem mais amplo e melhor localizado; ampliou a equipe; expandiu as ações e mudou de CAPS I para CAPS II. Foi implantado um Ambulatório de Álcool e Drogas, que atende pacientes encaminhados pela atenção básica e deverá transformar-se em CAPS AD. Foi implantado também um serviço residencial terapêutico para oito pacientes moradores do hospital psiquiátrico local.

A equipe central hoje é, de fato, um coletivo dirigente que se reúne mensalmente para fazer a gestão do SUS no município. As atribuições dessa equipe são elaborar e avaliar se as prioridades, definidas no Plano de Saúde e Programação Anual, estão sendo encaminhadas, e também discutir e decidir questões do funcionamento diário dos serviços de saúde e da política de saúde no município. Além disso, a maioria dos membros da equipe central está inserida em algum tipo de processo de produção do cuidado.

Há um esforço permanente para não “engavetar” o Plano de Saúde e a Programação Anual e não deixar que outros atores, como o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde, nos imponham agendas que não estão nas nossas prioridades. O entendimento da equipe central é que o Planejamento é uma ferramenta fundamental para a gestão, é um dispositivo que permite o estabelecimento de contratos e compromissos, baseados na definição de prioridades, extraídas a partir do projeto de construção do SUS no município (Onocko, 2003).

A composição da equipe central atual é bastante diferente daquela que se formou em 2001, em função de mudanças ocorridas no sistema de saúde e na incorporação de novos técnicos.

Das sete pessoas que estavam na equipe central em 2001, cinco permaneceram até 2006, e duas afastaram-se e foram trabalhar em outros municípios. Os sete novos membros da equipe central foram sendo incorporados em função de novos arranjos institucionais, como foi o Grupo de Apoio à atenção básica, ou em função da criação de novos serviços, como foi a Saúde do Trabalhador e a Saúde Mental.

Permanece na equipe o assistente administrativo, a diretora administrativa, a diretora da unidade de Avaliação e Controle, a secretária de saúde e o coordenador de Saúde Bucal, que passou a fazer parte da equipe de apoio à rede básica. A médica que dirige o Ambulatório de Especialidade/ centro de saúde e o médico que dirige o núcleo de Vigilância Epidemiológica estão desde 2002. Desde 2003, estão a psicóloga que dirige o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, e uma médica, que estava na auditoria e na rede básica desde 2003 e passou para o Grupo de Apoio.

Os novos participantes da equipe central são: uma psicóloga e uma enfermeira, que estão no Grupo de Apoio, uma terapeuta ocupacional que coordena a Saúde Mental e uma fiscal de vigilância sanitária que dirige o Núcleo de Vigilância Sanitária. Estas 12 pessoas compõem o coletivo dirigente da Secretaria Municipal de Saúde; oito profissionais são concursados, três são contratos de assessoria e um ocupa cargo de livre provimento.

A atual composição da equipe central aumentou a capacidade de gestão da secretaria e ampliou a compreensão do próprio projeto de mudança do modelo assistencial. Maior clareza do projeto e maior capacidade de governo levaram a uma maior governabilidade da gestão.

Essa equipe trabalha com um projeto de saúde compartilhado, nos seus aspectos essenciais, e isso permite que não haja conflito de interesses entre seus membros. Existe clareza e sintonia da equipe central em relação aos princípios e diretrizes do SUS, em relação ao modelo assistencial e modelo de gestão.

Há mais que isso: há sintonia em relação ao projeto de sociedade entre vários membros da equipe e há muito afeto e respeito circulando nesse coletivo. Assim como há conflitos e tensionamentos. Conflitos principalmente entre alguns integrantes da equipe, que têm diferentes formas de explicar a realidade de saúde do município.

No geral, é um coletivo que conta com uma caixa de ferramentas do agir governamental, que consegue imprimir mudanças nos processos produtivos, baseadas nas tecnologias leves do trabalho vivo em ato. A equipe central é um coletivo que planeja, executa, e seus membros se constituem enquanto sujeitos desse processo, com seus desejos e suas subjetividades.

Retomando as colocações de Merhy (2002), um gestor em saúde tem que ter capacidade de governar distintas relações de natureza política, organizacional e relações produtivas.

Relações políticas determinadas pela direcionalidade dos projetos em disputa neste campo de práticas. No caso da equipe central de Amparo é um coletivo que disputa um projeto de política pública, que é o SUS constitucional, no espaço de um governo municipal, no território do município, em que outros atores disputam outros projetos de saúde.

Relações organizacionais dadas pelos diferentes espaços da secretaria, ocupados por diferentes sujeitos que com seus autogovernos atuam no cotidiano dos serviços e disputam com a equipe dirigente seus projetos.

Relações produtivas que conformam certas modalidades do cuidado, definidas nos processos de trabalho que ocorrem nos diferentes serviços de saúde, sendo que a maioria dos membros do coletivo central está inserida nesses espaços de produção do cuidado.

Na instância da ação, há diferenças na capacidade criativa dos gestores do nível central, nos estilos, e há diferentes graus de combinação da paixão com a razão, de juízo analítico com o juízo intuitivo de cada um.

Testa (1992) ao discutir o poder, coloca que o poder administrativo é dado pela capacidade de gerenciar recursos, inclusive financeiros, e o poder técnico é dado pela capacidade de lidar com as informações para tomar decisões. Nesse sentido, o poder dos membros da equipe central não é uniforme, pois há diferenças em relação ao poder administrativo e poder técnico, para tomada de decisões.

As informações sobre o financiamento do sistema municipal de saúde são conhecidas desse coletivo, mas não são dominadas pela maioria da equipe. Como no SUS trabalha-se com muita escassez de recursos financeiros frente às necessidades de saúde dos usuários, há momentos de tensão com a secretária, que é responsável pela execução orçamentária da secretaria, e os coordenadores das áreas sempre interessados em ampliar as equipes, melhorar as condições de trabalho de sua área, sem avaliar a disponibilidade orçamentária e financeira.

Há também diferenças na maneira como cada um explica e propõe soluções para os principais problemas do SUS no município. A capacidade de construir modelos explicativos mais potentes depende de uma série de elementos, e há diferenças significativas na equipe central.

Amparo conta hoje com trabalhadores na gestão que, na sua maioria, está há mais de 15 anos na gestão do SUS. Mas há também uma minoria que está na gestão há cerca de um ano e apenas iniciando o difícil aprendizado de ser gestor do SUS.

A maioria da equipe de gestão, comprometida e experiente na gestão do SUS, participa muito pouco da vida política do município e do próprio governo; apenas a secretária de saúde participa de maneira mais permanente dos espaços de decisão do governo municipal. Mas também a secretária não tem participação na vida social e política da cidade, restringindo sua atuação ao próprio governo municipal.

Esse fato faz que, muitas vezes, haja descompasso entre a secretária de saúde e membros da equipe, que focam muito do seu trabalho nos aspectos técnicos, sem considerar os aspectos políticos da gestão; assim como ocorre descompasso entre a gestão municipal da saúde e os atores políticos da cidade.

Nesse aspecto, pode se dizer que essa ferramenta – de capacidade de analisar e interferir nas relações políticas, no sentido de fortalecer o projeto de saúde deste coletivo – não tem contribuído, na maioria das vezes, para aumentar a governabilidade da equipe dirigente.

Amparo é uma cidade de tradição política conservadora, o que faz que as forças políticas que têm expressão na cidade, seja na Câmara de Vereadores, na imprensa local, nos Clubes de Serviços ou nas Associações Profissionais e de Classe, sejam forças conservadoras sob todos os aspectos: defendem o privado em detrimento do público, os médicos em detrimento das outras categorias profissionais, o hospital em detrimento da rede básica, os homens em detrimento das mulheres, os ricos em detrimento dos pobres e assim por diante.

Essa situação faz que o projeto de saúde do SUS em Amparo seja contra hegemônico, na medida em que defende o sistema público; investe no trabalho interdisciplinar e na centralidade da rede básica; busca a igualdade de direitos de gênero e a

inclusão social. Embora os serviços tenham credibilidade junto aos usuários, as forças políticas que falam em nome da cidade fazem oposição sistemática ao projeto da saúde.

A maioria da equipe central não faz disputa política com as forças conservadoras da cidade, nas arenas políticas locais, ficando a leitura do contexto político mais como uma responsabilidade da secretária de saúde. Isso também às vezes gera dificuldades na equipe.

Embora a equipe central não participe da vida política local, ela foi e é responsável pela condução de todo o processo de fortalecimento dos espaços de participação da população no controle social do SUS. As duas Conferências Municipais de Saúde, as Plenárias para discussão das Conferências Temáticas, foram iniciativas dirigidas pela equipe central.

Para garantir a participação da população na definição das diretrizes do SUS municipal, a Secretaria Municipal de Saúde realizou duas Conferências Municipais de Saúde/CMS, a 4ª CMS em 2002 e a 5ª CMS em 2005, sendo que as deliberações da 5ª CMS foram incorporadas no Plano Municipal de Saúde para o período de 2005 a 2008. A 4ª CMS, realizada em 2002, foi o momento mais importante em termos de participação popular, na discussão e reflexão sobre o SUS municipal, no período de 2001 a 2005.

Foram realizadas 19 pré-conferências para ampliar participação popular, mais de 500 pessoas participaram das discussões e cerca de 70 delegados participaram da Conferência. Nas pré-conferências foram discutidas e aprovadas propostas relacionadas com a humanização dos serviços de saúde do SUS de Amparo. As propostas foram consolidadas num relatório que foi analisado pelos grupos e submetido a votação da Plenária Final.

As propostas elaboradas nas pré-conferências, discutidas e aprovadas nos grupos, acrescidas de novas propostas dos grupos e aprovadas pela Plenária são as deliberações do Relatório Final da 4ª Conferência Municipal de Saúde, que serviram de referência para a tomada de decisão para a gestão do SUS de Amparo e foram utilizadas como referências para as Programações Anuais de 2003 e 2004.

As discussões foram muito ricas e as propostas refletiram as reivindicações da cidade e o grau de entendimento sobre o funcionamento do SUS municipal.

Importante registrar que embora já tenham sido realizadas três conferências, esta foi a primeira com discussão prévia, com eleição de delegados e aprovação de um conjunto de deliberações utilizadas para o planejamento da Secretaria.

Em 2005, foi realizada a 5ª CMS, seguindo a mesma sistemática da 4ª CMS: realização de pré-conferências, elaboração de propostas nas pré-conferências, eleição de delegados, discussão e aprovação na conferência de um relatório final. As deliberações 5ª Conferência Municipal de Saúde serviram de referência para elaboração do Plano Municipal de Saúde para o período de 2005 a 2008.

Acredito que a grande diferença entre as conferências estaduais e nacionais e as conferências municipais reside no fato que as municipais aprovam deliberações que dependem, na sua maioria, da gestão municipal para serem efetivadas.

Um das preocupações que tivemos nas duas conferências foi de discutir com a população e com os trabalhadores a importância de avaliar bem cada deliberação, tanto do ponto de vista de sua necessidade, como do ponto de vista de sua viabilidade nos próximos anos, para que através de uma corresponsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários, definam-se propostas que orientem a construção do SUS no município.

Na 4ª CMS, realizada em 2002, definiu-se a necessidade de criar conselhos locais de saúde para ampliar a participação da população na gestão das unidades básicas de saúde, e também mudanças na Lei de Criação e Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Amparo, criado em 1991 e desatualizado em relação às orientações do Conselho Nacional de Saúde.

As duas deliberações já foram implementadas: há uma nova lei do Conselho Municipal de Saúde e seis conselhos locais de saúde estão funcionando, ainda de maneira insipiente, mas já é o início de um processo.

Vários municípios brasileiros já contam com conselhos locais de saúde há mais de dez anos, outros como Amparo estão começando agora e existem os que nem sequer colocam essa proposta como uma possibilidade.

Em Amparo, em função da falta de uma cultura política de participação, essa foi uma iniciativa governamental e o ritmo de criação dos conselhos tem sido bastante lento.

Da mesma forma, não existem nem sindicatos nem entidades representativas dos trabalhadores da saúde; as únicas exceções são: a categoria médica, que conta com uma regional da Associação Paulista de Medicina; e a categoria dos dentistas, que tem uma regional da Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas/APCD. Mas nem os enfermeiros, nem os psicólogos, nem os farmacêuticos ou outros profissionais de saúde contam com entidades que os representem localmente.

Quando foi aprovada a nova Lei do Conselho Municipal de Saúde, que previa três representantes dos trabalhadores da saúde, a SMS teve de fazer uma plenária, convocada e divulgada oficialmente, para eleger um representante dos enfermeiros, que é a categoria mais numerosa não só da Secretaria, mas da maioria dos estabelecimentos de saúde.

A situação de Amparo é comum a outros municípios brasileiros, que não têm uma prática política de participação e, quando os gestores querem implantar os mecanismos de participação e controle social, enfrentam dificuldades.

Aliás, esta tem sido uma das dificuldades que tenho enfrentado em Amparo, que é muito diferente da minha experiência em outros dois municípios de maior porte, nos quais participei da equipe de gestão. Acredito que o porte do município associado à cultura política local é um dos fatores que interferem na capacidade de participação popular e controle social.

Enquanto gestora do SUS, a equipe da secretaria tem feito vários movimentos para mobilizar e organizar a população para participar da construção do SUS, inclusive nas áreas específicas da Saúde Mental e Saúde do Trabalhador. Mas essas iniciativas são, em última instância, iniciativas governamentais, e não iniciativas populares nascidas a partir de movimento da própria população na luta por seus direitos.

Outro ator político que, no geral, conferiu maior governabilidade ao projeto da saúde foi o prefeito municipal. Embora houvesse muitas divergências entre a secretária de saúde e o prefeito no entendimento sobre o modo de governar, ele entendia e apoiava as

propostas de fortalecimento do SUS, bem como o fortalecimento do Programa de Saúde da Família.

Nos grupos focais, foram relatadas situações em que o prefeito interfere diretamente no trabalho dos profissionais, o que provoca incômodo e mal estar nas equipes de saúde. Esse é outro ponto de divergência com o prefeito, que nem sempre concorda com a proposta da Secretaria de Saúde de garantir certo grau de autonomia para as equipes, por exemplo, para fechar as unidades para fazer reuniões de equipe.

E há a própria grupalidade da equipe, em permanente construção, que nos seus papéis de gestores estão sempre enfrentando situações de conflito e de sofrimento em relação aos problemas dos usuários, dos trabalhadores e deles mesmos enquanto gestores.

As organizações de saúde são lugares de instabilidade e incertezas permanentes (Merhy, 2002) e a equipe dirigente de Amparo tem trabalhado no sentido de explorar esse território tenso, com objetivo de instituir novas práticas de saúde.

Nesse processo, ora somos sujeitos e ora não somos; ora instituímos situações novas e ora reproduzimos o instituído. Mas creio, que na maioria das situações, a equipe central da Secretaria tem buscado estratégias que explorem positivamente as tensões, para gerar novas direcionalidades no agir em saúde, e tem conseguido desenvolver ações que contribuem para mudanças no sentido das necessidades dos usuários, mas também dos trabalhadores, enquanto sujeitos produtores do cuidado.

Os gestores assumem a responsabilidade pela construção do SUS e, nesse processo, constroem-se enquanto sujeitos, com suas subjetividades, desejos, frustrações e realizações pessoais.

***10- A GESTÃO EM AMPARO NA VISÃO
DA EQUIPE CENTRAL***

A sessão de grupo focal com a equipe central contou com a participação de dez membros da equipe; não participaram a secretária da saúde e a enfermeira do Grupo de Apoio, que acumula o cargo de coordenadora de uma unidade e participou do grupo focal de coordenadores do PSF.

Os temas apresentados para discussão do grupo, bem como a escolha do moderador e do observador, foram referidos na Metodologia.

Os membros da equipe central participaram ativamente das discussões do grupo focal, com forte interação e todos falaram com emoção do próprio trabalho, conforme registra a observadora do grupo focal.

Observadora: Começou perguntando sobre o cotidiano de trabalho. D3, meio constrangida pede para começar, brincando um pouco. Todos em silêncio ouvem atentamente. Quando fala dos anos que estão na Secretaria, conversas paralelas e vários sorrisos. D8 segue a apresentação mexendo no cabelo, nos olhos, suspira e sorri após dizer o que faz, com a sensação de que é muita coisa, mas fala que é legal dividir os problemas com a equipe. D4 apresenta-se na sequência pela esquerda. Gesticula, fala tranqüila do seu trabalho, mas mantém uma certa tensão. D9 também de pernas cruzadas explica, gesticula, fala que faz de tudo um pouco, aponta para D8 quando fala que divide a área de DST/AIDS, ri ao falar que divide numa boa até o momento. D7 fala em bom tom e bem descontraído, balança o corpo, gesticula, talvez um constrangimento ao falar de seu trabalho e das mudanças na saúde bucal. Os participantes acompanham em silêncio a fala de D7 e acenam com a cabeça positivamente, sobre as mudanças na saúde bucal. D9 retoma a palavra para completar sua apresentação. Em seguida a D 1 se apresenta e D8 levanta para pegar café. D1 apresenta-se com seriedade, pernas cruzadas, gesticula um pouco, segura um lençinho (esta gripada). Ao falar do 1º ano do Grupo de Apoio aponta para D7 e D9 que acenam com a cabeça concordando com a D1, que segue falando mais que os outros e conclui sorrindo. D2 fala meio constrangida, com as mãos em baixo das pernas e as pernas balançando, depois solta as mãos, ao se soltar também na fala sorri ao dizer que reduziu sua carga horária. Fala bastante também sobre seu trabalho e D7 levanta para pegar café, D10 que é o próximo a se apresentar fica com o olhar no vazio. Mal D2 termina, ele começa apresentar-se com risos e graças, descontraído de braços e pernas soltos,

balança apenas a cabeça. D6 fala do tempo que está na Secretaria e novamente risos, a fala é tranqüila acompanhada com atenção dos participantes. Também se apresentou com as mãos em baixo das pernas.

10.1- O saber fazer da equipe central da saúde de Amparo

A primeira coisa que chama atenção, já na primeira fala de apresentação, é que oito membros da equipe referem ter 19 ou 20 anos de experiências em espaços de gestão do SUS, com atuação em diferentes áreas, evidenciando que a maioria da equipe é formada por gestores do SUS com experiência acumulada, inclusive em outros municípios.

D3: Eu...trabalho no SUS há bastante tempo. Há mais de 20 anos... Eu comecei a trabalhar no ERSA, na época do estado, trabalhei na DIR, e voltei para Amparo quando Amparo assumiu a Gestão Plena para coordenar a área que eu estou até hoje que é a Unidade de Avaliação e Controle.

D8: Trabalho no SUS há 19 anos e meio...

D7: Eu sou dentista e desde que me formei, faz 20 anos que me formei, eu vim pra saúde pública, aqui pro SUS de Amparo.

D2: Bom, eu também trabalho na saúde pública faz 20 anos e aqui em Amparo faz 4 anos.

D10: Eu sou médico sanitaria, estou na saúde pública há mais de 20 anos.

D6: Eu tenho 20 e alguns anos de saúde pública. Estou em Amparo há 19 anos e vim pra montagem do ERSA, que o meu vínculo é com o Governo do Estado e depois ao terminar o ERSA, ... e estou no município há oito anos praticamente.

Todos reforçam a multiplicidade de ações que desenvolvem e enfatizam as inter-relações que existem entre as várias áreas de coordenação e o trabalho específico nos serviços.

D8: Eu sou médica, coordeno o Ambulatório de Especialidades, que é o maior ambulatório da cidade. Além disso, eu sou médica auditora também, então eu faço auditoria nos quatro hospitais. Participo da equipe de regulação, sou eu que autorizo a maior parte dos exames de alto custo, né? Acho que é só. Aqui, todo mundo faz um pouco de tudo, você acaba tendo ações num monte de lugar. Você atende, você coordena, você palpita, você solicita as coisas, a gente faz tudo isso, né? E o melhor é quando a gente tem uma equipe trabalhando junto... Aí é muito legal porque você divide os problemas, não fica com eles todos... Pode não resolver, mas sofre junto.

D1: Eu sou servidora pública há mais de 20 anos, eu sou médica e fiz pediatria, mas perambulei em outros municípios no espaço da gestão, serviço de urgência e emergência, auditoria, é ...Previdência de servidor, enfim... passei por todos os espaços aí...

A decisão da Secretaria de ter os membros da equipe central na gestão e na assistência é relatada por vários membros da equipe: uma médica divide a jornada de trabalho em 16 horas no atendimento numa unidade de saúde da família, e 24 horas na gestão e, neste horário, coordena também a assistência farmacêutica da secretaria; uma psicóloga faz parte do Grupo de Apoio e atende numa unidade básica como psicóloga e no Ambulatório de DST/AIDS; e outra situação em que a coordenadora da Unidade de Avaliação e Controle atende os pacientes da Central de Vagas; a coordenadora do ambulatório de especialidades é auditora dos hospitais e faz a regulação do acesso aos procedimentos de maior complexidade.

D3: A nossa secretária adotou uma estratégia que eu acho que é muito correta: todos nós estamos na gestão, mas um braço na assistência, de uma forma ou de outra. Eu tenho usuários na minha área e essa relação que eu tenho hoje com a questão do transporte, então a gente transcende a área que a gente coordena para cuidar de um serviço específico, que tem a relação com aquilo que a gente faz e isso é muito rico, dá um trabalho danado, mas é muito rico.

D9: Aí, eu faço um pouco de tudo, entrei na mesma onda de todo mundo. A coordenação da prevenção de DST/AIDS sou eu que faço, eu divido um pouco com ela. Eu faço ...o trabalho todo de discutir a questão dos projetos de intervenção na comunidade na atenção básica com as equipes do PSF,a discussão de grupalidade, da prevenção de DST/AIDS. Eu passo também aqui 8 horas de saúde mental na USF...., eu sou psicóloga de..... .

D1: E a partir de 2002, aqui em Amparo eu fui pra dois espaços específicos: um pra ponta, onde se realiza o cuidado do usuário do SUS, né? Então, eu fico metade da minha jornada na ... Unidade de Saúde da Família, e o outro tempo eu estou no espaço da gestão aqui da Secretaria também. Neste espaço do cuidado, meu cotidiano é o cotidiano de todas as unidades, de atendimento, da relação com a equipe, de trabalho de grupo... eu vivencio esse cotidiano aí como médica, não tenho nenhuma atividade de coordenação nesse espaço. E tem uma outra ponta aí da gestão que é a assistência farmacêutica,... que eu estou nesse grupo também. Uma outra ponta que éo Comitê de Mortalidade Materna e Infantil. Acho que é essa a idéia que a D3 colocou do polivalente, né?

Há também referência à integração do coordenador da Saúde Bucal à equipe de gestão da atenção básica, rompendo com a forma fragmentada como se dava a gestão dessa área.

D7: Eu acho interessante é que durante 17 anos praticamente eu fiquei muito focado na saúde bucal...., a questão de dois anos é que esta mudança ficou mais tranqüila pra mim neste sentido, porque deixou de existir esta coordenação de saúde bucal e eu vim pro grupo de Apoio, que é essa equipe multiprofissional. Então, pra mim, eu acho que o mais interessante é isso, porque eu ficava muito preso a questões exclusivas da minha área.

A caixa de ferramentas dos gestores da equipe central e as características dos processos de gestão na saúde de Amparo são colocadas nas falas desse coletivo.

Considerando as reflexões de Merhy (2002), sobre o Triângulo de Governo de Matus, é possível reconhecer a equipe central como ator coletivo em situação de governo, que tem projeto, aposta nesse projeto e disputa sua direcionalidade.

É um coletivo que tem capacidade de governo, e sua caixa de ferramenta para governar é formada não somente pelo saber fazer dos seus núcleos profissionais, mas também o saber fazer a gestão do SUS, este último construído principalmente a partir dos longos anos de experiência na gestão municipal da saúde. A ferramenta de gestão de saúde do trabalhador construída a partir de 18 anos de trabalho nessa área; a ferramenta de gestão de saúde mental construída a partir de outras experiências em outros municípios, reconhecida e elogiada por outro membro da equipe.

D2: Por exemplo, eu trabalho há 18 anos na área de Saúde do Trabalhador.....

D3: Posso comentar a respeito da saúde mental, que eu acho que a D8 foi muito modesta...Eu sou dessa cidade, então, eu sei muito bem o que eu estou falando: Amparo é uma cidade muito preconceituosa, como qualquer cidade do interior, principalmente, perto de Minas, né?... O projeto de saúde mental dessa Secretaria colhe frutos aqui, que eu sei o quanto são valiosos. A D8, que já vem do Cândido Ferreira, de Campinas, uma coisa mais trabalhada e tal... às vezes eu vejo ela frustrada de não conseguir avançar aqui. Mas, cada passo que ela dá aqui eu sei o quanto é importante.....

Os atores da equipe central trabalham na gestão da rede de serviços como um todo e na gestão do cotidiano dos serviços específicos, aos quais estão vinculados, buscando instituir novos arranjos no modo de fabricar saúde, na relação tensa com o outro.

É um coletivo que planeja e executa, e tensiona no dia-a-dia um certo modo de produzir atos cuidadosos, utilizando tecnologias leves para construir suas equipes, nas relações com os usuários.

D2: A mudança de modelo é clara para nós que estamos na gestão, ... é pouco clara para os profissionais de saúde...E acho que há um investimento da gestão para que esse modelo fique claro pra todos, pros profissionais da rede SUS,...

D4: E do ponto de vista da saúde mental, acho que a gente vem buscando crescer nessa possibilidade de qualificar o trabalho e poder dar retaguarda, de referência, de parceiro, das questões de saúde mental na saúde da família e poder efetivamente ter mais impacto em relação aos casos graves.

A construção do SUS é o projeto maior que é compartilhado por esse coletivo, e o colegiado central refere-se à direcionalidade do projeto, à concretude do SUS, à integralidade. Um dos membros da equipe fala que a construção do SUS é um projeto de transformação social, e que muitos deste coletivo estão envolvidos com este processo de mudança social.

D1: Eu acho que a percepção é de uma avaliação positiva mesmo. Eu sei que ainda tem problemas, que tem dificuldades, mas eu acho que um diferencial aqui é que a gente percebe uma concretude do SUS, né? Assim, pegando os princípios mesmo do SUS, pegando a integralidade, de estar caminhando nos rumos de fortalecimento do SUS,... aqui tem orientação, tem rumo, tem uma direcionalidade mesmo de perseguir o que está posto enquanto princípio do SUS.

D2: E claro que isso é difícil, é difícil construir o SUS, é difícil construir essa vivência de construção democrática, é difícil a construção coletiva das coisas, é difícil a transformação social, e acho que é isso que a gente está a procura aqui,a população de Amparo é assim, as pessoas têm dificuldade de se posicionar, fica o conflito e tal... Eu acho que a nossa sociedade atual é assim... né? Isso não é uma característica específica de Amparo e que é importante também a gente se contextualizar nesse sentido, assim... Porque, é por isso que eu falo de transformação, não é? Então, a proposta que a gente está tendo aqui, construindo, e eu acho que construir o SUS é uma proposta de transformação social, né? E que implica em transformações de pessoas, transformações de sujeitos...em sujeitos, né? Que se posicionam, que entram em conflito, e essa característica que o pessoal fala dos bicudos, que nós somos, porque, é claro, as pessoas que estão aqui são as pessoas que se posicionam ... são pessoas que estão atrás de coisas, atrás dessa construção, atrás de construir o SUS com qualidade, estão atrás dessa transformação social e, é claro, a gente não concorda o tempo todo, né? A gente não pensa igual o tempo todo e a gente, acho que consegue, pelo menos nesse círculo de gestão, conviver com esta diferença, e ninguém deixa de se posicionar por causa disso, não é?

D3: Eu acho assim, nós todos aqui, compartilhamos uma crença no SUS, de uma política pública potente para minimizar essa questão da exclusão nesse país.

Uma das ferramentas de gestão relatada por um membro da equipe, que aumentou a governabilidade da Secretaria da Saúde é o fato da gestão dos recursos financeiros do Fundo Municipal de Saúde ter passado para a própria Secretaria a partir de 2001. Isso porque, até 2000, a gestão do Fundo era feita pela Secretaria Municipal da Fazenda. Desde 2001, a Saúde assumiu o planejamento e o controle da execução orçamentária e financeira dos recursos da Saúde, tanto dos repasses do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal, como dos recursos do Orçamento Próprio Municipal.

D6: Eu acho que o grande arrojo foi que a gente avançou na parte do controle financeiro e orçamentário dos dinheiros da saúde....,a grande sacada dessa gestão foi isso, foi manter o domínio do que, efetivamente, é nosso orçamento, é nosso dinheiro, e o que nós vamos fazer com ele. Agora isso foi uma luta, que começou desde o primeiro dia, que foi fazer essa intersetorialidade em relação a Secretaria de Fazenda, de Planejamento, buscar onde estão... abrir a caixa preta....

Outra ferramenta de gestão colocada pela equipe refere-se ao planejamento e avaliação, e a importância de trabalhar os indicadores de saúde de forma sistemática para fazer a avaliação. Essa equipe trabalha tanto com as informações epidemiológicas, como com as informações de produção dos serviços. Essa capacidade de lidar com as informações aumenta a capacidade de governo da equipe.

Há também referência ao fato dessa avaliação ser publicizada, tanto para o Conselho Municipal de Saúde como para os coordenadores de saúde da família, com a expectativa de que as discussões possam chegar para as equipes.

D1: há governabilidade na Secretaria, no espaço municipal, né? Eu acho que na saúde da Prefeitura, a gente pode ter essa percepção de que o rumo, a direção que está dada e é nesse sentido. E não é só a questão da orientação, é na prática, e tem um processo permanente de avaliação, de medir resultados, de rever os rumos, né? De utilizar essas ferramentas de planejamento em que trabalham indicadores e rever processo, né? É com isso que a gente está trabalhando: avaliar se está dando certo ou não, mudar as rotas, é... Fazer essas mudanças a partir de avaliação, de planejamento.

D10: Prestação da conta..... avaliar, mostrar, relatar,os avanços e.....em reunião pro Conselho, que eu acho que isso é muito importante, quando faz toda a prestação pra Câmara.... do que foi feito, do que foi alcançado e do que nós não conseguimos alcançar.....acho que tem transparência.....

D5: E a questão de ... avaliação do serviço, a gente faz planejamento, a gente faz relatório de gestão, então isso também ajuda bastante a enxergar os problemas...., e eu acho que só enxerga o problema quem avalia, quem tem discernimento..

D8: Agora o que eu acho de ponto alto desta administração, é esse investimento nos recursos mesmo, que não é só financeiro. É desde os recursos financeiros, de ter medicamentos, equipamentos, tudo isso, como também dos instrumentos de gestão, de você planejar, criar relatórios e de você olhar pra ele e te forçar a planejar para que as ações realmente tenham um impacto no dia-a-dia do cidadão.

10.2- Em Amparo estamos construindo o SUS: a visão dos gestores da equipe central

No segundo ponto colocado para discussão do grupo, de como é a Atenção à Saúde prestada pela Secretaria, a maioria da equipe enfatizou os pontos positivos do sistema local de saúde e, nas várias falas, é possível perceber um certo orgulho em fazer parte da gestão em Amparo, e muitos falam com emoção do próprio trabalho. Há uma vinculação da ação de planejar e executar com o posicionamento subjetivo de cada um (Onocko,2003). Foram levantados vários problemas, mas prevaleceu o foco nas fortalezas e não nas fragilidades da Saúde local. Entre os pontos positivos referidos, citaram a inserção das ações de saúde do Trabalhador e de Saúde Mental na Atenção Básica, e a direcionalidade do projeto de saúde, voltado para a construção do SUS no município. A decisão de centralizar a organização da rede de serviços na atenção básica é citada em várias falas do grupo.

Algumas questões fundamentais da organização dos serviços foram colocadas, mas sem aprofundar a discussão, pela própria dinâmica do grupo focal.

D2: Em termos de atenção em relação à integralidade, por exemplo, eu acho que aqui na Secretaria de Amparo a gente consegue um avanço bastante grande. Por exemplo, eu trabalho há 18 anos na área de Saúde do Trabalhador e nunca consegui colocar ações de saúde do trabalhador, olhar a saúde do trabalhador na atenção básica. E aqui desde o início a gente conseguiu isso. É claro que tem diferenças de uma equipe pra outra, de uma unidade pra outra, mas isso de fato acontece: a gente consegue essa inserção, a gente consegue que a atenção básica tenha esse olhar, eu tô dando exemplo da minha área porque é a área que eu conheço mais, mas eu sei que isso ocorre também em relação a outras. Acho que a estratégia do PSF favorece isso, mas a estratégia sozinha não possibilitaria isso na verdade. Acho que a gente tem um investimento da Secretaria na formação, capacitação das equipes todas, em todas as áreas, e de fato dar um suporte... a atenção básica na estratégia do PSF é mais difícil.... E também é positivo que a gente consegue fazer na Saúde do Trabalhador, que é dar esse apoio para que a atenção básica se sinta com respaldo, na verdade, para fazer isso. E no sentido de ter um respaldo não só de encaminhar o paciente, mas de discutir casos, de pensar junto, etc... que eu sei que ocorre um pouco, que a gente tenta alcançar isso aqui na Secretaria, que eu acho é bom, ocorre em todas as áreas... Eu acho que dentro dos serviços próprios, eu acho que a atenção não é 100%, que seja tudo sem problemas, mas eu acho que a gente alcançou aqui uma qualidade que é bastante diferente até da maioria dos SUS.

A fala da inserção das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção básica vem acompanhada da preocupação com a intensificação do trabalho dos próprios trabalhadores da saúde, particularmente aqueles inseridos na atenção básica.

D2: Eu acho que há uma intensificação do trabalho do profissional de saúde quando a estratégia é PSF na atenção básica. Sendo atenção básica eu acho que é muito mais difícil, é muito mais difícil ser generalista, pegar a coisa do começo e poder dar um acompanhamento adequado e aqui eu acho que isso é bastante positivo.

O Grupo continua colocando sobre temas da gestão e sempre fazendo referência à paixão pelo trabalho, ao compromisso, aos resultados da construção coletiva.

D3: Eu concordo plenamente com o que a D 2 falou. Eu participo de reunião da DIR de Campinas. Eu acho que não é só uma questão de paixão de quem está aqui, eu acho que Amparo tem uma assistência toda privilegiada. É um reconhecimento que não é só da região de Campinas, acho que a gente tem muito orgulho de ser reconhecido.

D4: As unidades de Saúde da Família têm um compromisso muito grande com os usuários....E o compromisso em relação às demandas da subjetividade da saúde mental tem que ser claro para as unidades. Há sempre as exceções...Acho que isso é um grande avanço. Vivem dizendo que não dão conta, vivem pedindo mais retaguarda e talvez a gente não esteja dando conta integralmente, no sentido de uma construção de trabalhos mais territoriais, mais intersetoriais, de novas respostas. Mas assim, na oferta, que a Unidade de Saúde da Família dá, é uma oferta que eu acho bastante mais interessante do que na maioria dos lugares que a gente vê por aí.

Na apresentação, um dos participantes coloca a importância da continuidade da gestão por dois mandatos e que isso permitiria uma construção mais sólida do SUS.

D3: E estou tendo uma experiência muito interessante que eu acho nesta gestão, é que eu nunca passei por esta experiência de ter uma administração com continuidade na gestão. Então, a gente já está praticamente no sexto ano, né? É isso? E tem sido muito gratificante, é a primeira vez que eu tenho tempo de ver as coisas consolidadas, da gente colher alguns frutos... Eu já passei por situações que entra gestão nova e muda tudo, aquela confusão toda, né? Então, eu acho isso, sem dúvida, é muito importante.

Algumas falas fazem referência à falta de acesso e à baixa qualidade dos serviços de referência, tanto os serviços de especialidades oferecidos em outros municípios, como ao atendimento dos pronto-socorros da cidade. Há referência também à falta de acesso dos moradores da zona rural.

D8: Agora, lógico, os grandes problemas estão na atenção referencial, os hospitais não cumprem sua missão... Tudo que a gente não tem no município, manda pra Unicamp ou pra Bragança, pro HC. O que está sob responsabilidade do Estado é de uma ineficiência absoluta, e a gente sabe o quanto isso nos desgasta pra tentar superar esses limites e garantir que as pessoas tenham sua atenção integral. Localmente eu ainda vejo um buraco na atenção, principalmente naqueles agravos eventuais de baixa complexidade, aquela demanda espontânea que as unidades não dão conta e que os hospitais também não atendem.

Esta fala evidencia a construção da integralidade, tanto no nível local como na relação com os serviços de referência localizados fora do município.

D9: Eu acho que o acesso, ele não é igual para todos, porque nós temos uma zona aqui muito rural, que é distante, e às vezes fica muito escondido, né? A necessidade dessas pessoas, a necessidade que fica escondida até pro olhos de nós gestores, de nós trabalhadores que está lá na ponta e tal... Mas a gente consegue, a Secretaria tem uma sensibilização pra isso.

Há referência ao acerto de ter dado continuidade à estratégia de Saúde da Família.

D3: A saúde da família, eu acho que modificou muito a questão da atenção básica em Amparo, acho que foi um caminho acertado,... E a gente amadureceu, teve três administrações com a saúde da família que ninguém teve coragem de mudar isso, e a população reconhece. A última secretária que teve, embora ela tenha feito pouca coisa nesta questão de qualificação das equipes, ela manteve a saúde da família, ela ampliou de uma maneira mais tímida, mas não teve retrocesso. E isso é um privilegio de um município de Amparo. E quando esta administração assumiu, era uma rede menorzinha, era um outro modelo, mas aí já existia um embrião. Então, houve oportunidade de qualificar as equipes, este matriciamento....

A equipe faz referência aos avanços no processo de construção de um novo projeto de Saúde Mental na cidade, principalmente pelo fato de existir na cidade um hospital psiquiátrico que sempre foi reconhecido como de boa qualidade.

D3: Quando a Cidinha. veio pra cá tinha um espaço aqui do lado, que era um espaço, assim, cobijado por todas as secretarias, era o espaço da criança, uma área grande, uma área verde, super bonita. Aí, nós inventamos de trazer o Caps pra esse espaço e tivemos uma disputa no governo e conseguimos trazer o Caps pra cá. Isso pra mim foi de uma ousadia que eu fiquei super preocupada. É um lugar super visível, passagem da cidade, aqui pelo Centro, e numa cidade que tem um hospital psiquiátrico de 300 leitos...Uma instituição reconhecida na cidade, os nossos pacientes de saúde mental sempre foram tratados dentro do hospital. Existia um embrião do Caps, não era nem reconhecido pelo ministério, mas era um trabalho muito tímido, então de repente, deu-se visibilidade para os nossos loucos, né? E eles estão aí, aqui do nosso lado... Não é pouca coisa pra Amparo...quando eu faço o meu caminho pra cá, eu vejo as pessoas pararem, porque aqui em Amparo, ninguém pára para pedestre, não é que nem Brasília que tem faixa, aqui tem faixa e ninguém pára. As pessoas param para os nossos pacientes do Caps atravessarem, eu fico super sensibilizada, que nunca tivemos problemas... Quando montou, a vizinhança fez algum movimento porque achava que não ficava bem... Mas assim, eu acho que é uma área que a gente caminhou muito

legal, até teve uma passeata esses dias na rua 13 de maio, com cartazes e tudo, eu fiquei encantada...Não tem tradição de passeata em Amparo... Amparo nunca tem uma passeata e eu falei, uma passeata com os paciente dos Caps!

A descentralização de ações de Saúde Mental para Atenção Básica faz parte do conjunto de propostas para garantir atenção integral aos pacientes com transtornos mentais. Outro tema, colocado pela coordenadora de saúde mental, refere-se aos desafios de construir o SUS em cidade relativamente pequena.

D4: ...Eu sou mais nova aqui, pra mim é uma experiência primeira de cidade pequena, né? Então, aparentemente é como se fosse uma grande rede, todo mundo se conhece, a população se conhece, cada trabalhador que conhece toda a gente,..... Do ponto de vista da saúde mental, geralmente quando a gente tenta construir um trabalho de rede, com suporte social, coletivo, é muito difícil porque, normalmente, as histórias dos usuários, eles se conhecem enquanto psiquiatrizados, ‘ah, te conheço do Cândido Ferreira, te conheço do Ismael...’. Aqui em Amparo os loucos do Caps se conhecem porque nadavam no Rio Camandocaia quando pequenos, porque as mães andavam juntas, né? É uma vivência mesmo do morador, do munícipe, do paciente. Eu acho que isso é trazer uma riqueza a ser resgatada enquanto sujeito coletivo, né? E uma identidade pra além do psiquiatrizado muito interessante. E aí, isso é uma coisa que ainda falta a gente conseguir aprofundar em todos os nossos serviços. Ao mesmo tempo, que todo mundo diz tudo sobre a vida de todos,é difícil construir espaços legitimados pra que as pessoas possam pensar juntas suas vidas e a vida da polis, e a vida na cidade, né? É... fazer isso com compromisso, no campo da oficialidade, é muito persecutório, só de você estar junto com ele e ...Por outro lado isso está presente o tempo inteiro e eu sinto que é um grande recurso que a gente ainda não conseguiu suficientemente uma estratégia pra dar conta, né? Porque eu sinto que tem muita riqueza nisso.

10.3- As dificuldades para instituir outros modos de produzir o cuidado: a força do modelo médico hegemônico

Em várias falas é citada a dificuldade para mudar os serviços centrados na oferta de consultas médicas e procedimentos. A força do instituído impondo-se no cotidiano dos serviços. Os arranjos sempre provisórios, o processo de gestão sendo construído a cada momento.

D9: Mas é lógico que não conseguimos ainda construir o ideal.... O que é o ideal...?

Acho que a virada do modelo médico centrado, nós não conseguimos ainda. Acho que tem algumas coisas, tem umas tentativas, tem momentos que se concede, tem momentos que não, tem algumas equipes que são totalmente médico centradas. A gente vê que os papéis não estão diluídos na hora de construir essas intervenções, então, tem muito ainda por se fazer, né?

Outra questão colocada como problema é o fato, discutido no Relatório de Gestão de 2005, que o número de consultas médicas dos pronto-socorros não tem diminuído com a expansão de cobertura do PSF.

D3: Hoje a gente tem uma cobertura de quase 90% nas unidades de saúde da família e não há redução do número de consultas médicas nos pronto-socorros; pelo contrário, ano passado aumentou. Então, isso é uma questão cultural muito complicada de trabalhar. A gente vê, às vezes, aqui no Centro de Saúde paciente que vem aqui, passou no pronto-socorro da Beneficência, da Santa Casa, passou numa unidade de saúde e veio aqui. Então, não é fácil. Ultimamente a gente tem tido muito problema no atendimento do pronto-socorro, eles estão fazendo mais restrição. Mas historicamente foi porta aberta, ele sempre atendeu tudo, e as pessoas, às vezes, preferem ir no hospital, esperar uma, duas horas pra ser atendido, do que ter que agendar consulta, do que ter que esperar a febre que começou hoje, voltar amanhã. É uma questão mais cultural... mas nos preocupa muito essa questão, as pessoas têm muita dificuldade de mudar esse olhar pro atendimento médico na unidade, ou pra uma equipe.

Um dos membros da equipe faz referência ao longo processo de construção do modelo médico hegemônico e a necessidade de reconhecer que, para mudar esse modelo, é necessário outro processo que vai demandar tempo. Refere-se ainda ao fato da equipe central ter claro essa necessidade de transformação do modelo, de investir nessa direção, mas reconhece que a mudança ocorrerá somente com o protagonismo da população e do conjunto dos profissionais.

D2: Na verdade mudar modelo de saúde não é uma coisa fácil! Exatamente porque tem aí anos e anos construindo esse modelo e demora também muitos anos para você modificar isso.....a mudança de modelo é clara para nós que estamos na gestão, não é tão clara, ou é pouco clara, para muitas pessoas que trabalham, para os profissionais de saúde. E acho que há um investimento de gestão para que esse modelo fique claro pra todos, né? Que fique claro para os profissionais da rede SUS, na verdade, para aqueles que compartilham esse modelo, e tende de fato a reverter isso. Agora esta questão cultural é muito forte, né?....Claro que tem equipes que trabalham no modelo médico centrado. Para os profissionais de saúde também existe isso, na verdade. E para a população muito mais, é claro. Quanto anos..... a saúde era feita em hospital. Diziam: “ficou doente, vai no hospital, ficou doente vai no hospital”. Isso que foi dito na cabeça de todo mundo e isso foi por muitos anos... Acho que essa transformação demora muito tempo!!!

O reconhecimento que hoje, se a Secretaria Municipal de saúde atendesse à reivindicação da população, deveria privilegiar a consulta médica em detrimento da ofertas mais interdisciplinares. E a necessidade da equipe que produz o cuidado ter claro o modelo de atenção à saúde que está sendo construído no município.

D9: A gente sente uma pressão, por mais que a gente queira mudar, ou vamos supor, que essa discussão aconteça na equipe de não ter uma oferta tão grande de consulta médica, tal... mas a população quer isso! E ela exige isso de qualquer forma, então, esse é um trabalho de duas mãos, não é somente de um, tem que se trabalhar a

concepção da equipe mesmo, dessa assistência, dessa mudança de assistência e desse entendimento do que seja saúde nessa visão muito mais ampla, porque a gente ainda tem aqui, alguns sentimentos, mesmo dentro da equipe

Outro tema colocado pela equipe em relação à atenção à saúde foi a dificuldade de mudar o cardápio de oferta de ações nas unidades básicas, além das consultas médicas, tanto pelo fato de o profissional sentir-se mais seguro em trabalhar com a doença e não com o usuário na sua integralidade, mas também pela resistência dos usuários em participar de grupos que desenvolvem atividades de Educação em Saúde.

D7: Eu percebo também que esses grupos, de repente, não têm aderência, é o que a D2 falou: por que será? Será que a população não adere ou a gente não se faz por aderir. Porque eu acho que a gente é formado pra prestar um atendimento mais focado no tratamento de doença, seja o médico, seja o técnico de enfermagem, o dentista, sei lá eu... Eu acho que a população quer isso e a gente, infelizmente, ainda sabe fazer isso melhor e... e não sabe fazer tão bem outros porque, de repente, você monta um monte de grupos, como nós temos, e esses grupos não impactam... Por que que não impactam? Porque, às vezes, a gente não sabe fazer grupo. Eu vejo as capacitações que a gente faz, por mais que a gente tente, e acho que a gente consegue bastante fazer uma capacitação mais construtivista, mas se a gente não tomar cuidado, daqui a pouco nós viramos professor de novo ou tentamos virar professor.

Aqui é colocada a fragilidade das equipes para desenvolver atividades de Educação em Saúde.

A discussão do que cada um faz, e da atenção à saúde tomou grande parte do tempo de discussão da equipe, e muitas questões da gestão foram colocadas na discussão sobre a atenção à saúde.

10.4- A tensão constitutiva do coletivo dirigente

Logo que o tema da gestão foi colocado surgiu a discussão sobre a proposta de gestão participativa, com a criação de espaços de problematização junto aos trabalhadores e aos usuários do SUS, explicitando inclusive a dificuldade de alguns coordenadores lidar com esses coletivos. A dificuldade de lidar com a questão do poder; de rever os papéis cristalizados há muitos anos; de construir novas relações no coletivo; de rever o lugar de autoridade do coordenador e as resistências dos trabalhadores em assumir a autonomia e a criatividade.

A tensão constitutiva das organizações de saúde dada pelas necessidades de saúde dos usuários e pelo interesse dos funcionários é discutida pela equipe central, que coloca o esforço necessário para construir equipes e sujeitos autônomos, com capacidade para identificar problemas e enfrentá-los no espaço coletivo da gestão.

D3: Eu acho que tem uma coisa participativa e coletiva, e isso por si traz o tensionamento e a problematização contínua. Pra quem faz gestão, eu acho que existe um espaço de autonomia, ...o que a gente faz aqui na gestão é a construção disso pra outros níveis: para os profissionais de saúde, pros próprios usuários. Não basta a gente ter clareza, não basta a gente pensar e problematizar, mas é necessário a construção de sujeitos autônomos dentro da equipe e da Secretaria, ou seja, com os profissionais de saúde e com os usuários do sistema SUS é importante...

A roda da equipe central; a roda do colegiado de saúde da família; a roda das equipes; e a dificuldade que alguns coordenadores sentem de tomar decisões no coletivo.

D7: Uma coisa que eu estou pensando em relação a esses colegiados... Eu acho que o colegiado central e mesmo do PSF, ...eles rolam, de uma forma legal, até porque de certa forma todo mundo coordena algum tipo de serviço,... Agora, sei lá, nas reuniões na unidade, que teoricamente deveria ser mais ou menos uma roda com a mesma cara dessas que a gente faz aqui, muitas vezes não acontece na unidade, porque eu acho que tem a questão um pouco do poder... de um coordenador da unidade. Essas construções coletivas aqui são um pouco mais tranqüilas, porque de certa forma todos nós coordenamos serviços... Porque essa relação de poder, por mais que a gente acredita que não acontece, ela acontece e alguns coordenadores de serviço quando fazem essas rodas tem um pouco mais de habilidade pra lidar com essas coisas... Porque construir modelos e construir propostas de trabalho de uma forma coletiva não é tão simples... Tem o colegiado do PSF, que é a roda dos coordenadores, mas esses coordenadores, eles têm a roda deles dentro da unidade e que muitas vezes, daí, essa questão do poder, ela dificulta um pouco, porque, às vezes, alguns funcionários tem um pouco mais de dificuldade... Tem unidade que essas rodas são altamente construtivas, na questão de planejamento, na questão de discutir o dia a dia mesmo. Outras não...

A autonomia proposta para os trabalhadores e um novo papel do coordenador nem sempre é aceita pela maioria da equipe, que assume a postura mais cômoda de deixar que o coordenador tome as decisões.

D5: Essa questão de construção é mais complicada, é mais fácil chegar numa reunião, e as pessoas estão acostumadas a isso, a tudo pronto, tudo tem que ser assim, nós vamos fazer isso e... Bem mais confortável, algumas pessoas, claro, sempre critica esse modelo, mas acaba que na prática, quando você joga um problema, uma coisa pra resolver, às vezes, acaba que, 'poxa, mas porque que ele está falando isso agora aqui,... mas é o coordenador que tem que resolver isso'. A tomada de decisão é direcionada para o coordenador... Porque ele é o chefe, ele tem que resolver.

Outra questão colocada foi sobre o incômodo que a criação desses espaços coletivos provocou em alguns coordenadores de unidades de saúde da família, inclusive pelo fato de haver avaliação e cobrança em relação ao trabalho feito nas unidades. Alguns coordenadores referiam que se sentiram pressionados a fazer reuniões de equipe, a discutir problemas da equipe. Segundo a avaliação deste participante, a situação hoje está mais tranquila e há uma maior compreensão e aceitação da proposta de gestão colegiada.

D1: Eu queria colocar uma questão assim, de 2002 pra cá, né? Num primeiro momento, eu senti, assim, esse processo de gestão com colegiado teve uma incompreensão. Com discussões e pactuações e depois avaliar aquilo que foi pactuado,significava fazer a vigilância, uma sensação de vigilância, de cobrança, então eu acho que teve um período que isso era muito mais tenso, que isso está diminuindo, ...e hoje isso está no conjunto da Secretaria, está clareando,... No colegiado de Saúde da Família, eu sinto que faz parte já do cotidiano do colegiado e teve um processo indutor de que as equipes fizessem reunião, que não tinha no começo... As equipes de saúde da família, lá na ponta, não se reuniam. E, assim, teve um momento de indução pra que isso acontecesse, pra ter os espaços de discussão, ...mas o tensionamento que existia, aquele incômodo que existia em 2002, que eu tinha essa percepção, esse incômodo diminuiu muito. O incômodo de participar, de se sentir vigiado, se sentir cobrado. Eu acho que tinha que participar e decidir, ou então, participar de corpo presente, mas não discutir e entender aquilo como uma tarefa, aquilo que foi acordado entre aspas com alguns, e depois eu acho que isso foi ampliando, né? De as pessoas estarem manifestando mais opinião, dentro desse colegiado de saúde da família.

Esta gestora traz uma questão importante, que foi bastante discutida na equipe central, referente ao papel do nível central de indutor da construção da grupalidade das equipes de Saúde da Família, e o quanto isto, particularmente em 2002, foi visto por alguns coordenadores como uma “tarefa”, uma imposição, e não uma construção coletiva. Ao meu ver, este ruído é representativo da tensão entre o projeto de governo do colegiado central e os vários projetos dos outros atores da organização da Secretaria.

Essa tensão da gestão, referida em várias falas, reflete muito do cotidiano dessa equipe central que tensiona no sentido de construir um modelo assistencial baseado no cuidado e na integralidade.

A discussão sobre as dificuldades de fazer a gestão das unidades, e da secretaria, nesses coletivos instiga muito o grupo, e cada um fala longamente da experiência vivida no processo de gestão colegiada.

A moderadora do grupo propõe discutir como são tratados os conflitos na gestão em Amparo.

Os participantes referem-se à dificuldade que os trabalhadores têm de falar sobre seus pontos de vista, que o conflito é sempre visto como negativo; que há dificuldade em trabalhar o conflito nos coletivos e essa dificuldade independe da escolaridade e da categoria profissional, pois todos sentem receio de se manifestar, porque as pessoas se conhecem na cidade. O fato de a cidade ser relativamente pequena e todos se conhecerem aparece como problema para alguns.

D4: Mas eu sinto uma coisa amarrada, e uma dificuldade ...de trazer o conflito pra esse espaço coletivo e isso eu sinto dificuldade e aí vale para todas as categorias de profissionais ...O medo de se manifestar porque tem o vizinho, tem o outro, aqui a rádio peão funciona em segundos, muito mais que qualquer outro meio de comunicação... todo mundo sabe da vida de todo mundo,... há um receio, uma certa dificuldade, e boa parte das pessoas, dos trabalhadores nessas rodas de se sentirem a vontade, sabe? Parece que é..meio velado.

Para a coordenadora de Saúde Mental, esse fato pode ser positivo, no sentido de possibilitar a construção de espaços de vida dos usuários e que a equipe central deveria debruçar-se sobre esse tema, que é novo para a maioria da equipe, que sempre trabalhou em cidades de maior porte.

Alguns participantes referem que a dificuldade para expor-se nos coletivos está diminuindo, e que a construção da grupalidade das equipes está ocorrendo,

fazendo referência ao processo de educação permanente desenvolvido em 2005, coordenado pelo LACES para trabalhar a questão da grupalidade e educação em saúde para todas as equipes de PSF. Lembram que uma parte dos trabalhadores optou por não participar, pela dificuldade de expor-se nos grupos. Outro participante lembra que mesmo antes do trabalho do LACES havia o trabalho de capacitação das equipes para trabalhar as questões da sexualidade e trabalhava-se também com a construção da grupalidade das equipes.

“As pessoas se calam,...o conflito é aquela coisa negativa”.

D1: Eu acho que isso está diminuindo nesses quatro anos, porque a roda era a cada três meses, depois era mensal. E teve a construção de grupalidade... O ano passado teve esse processo de educação permanente que a gente trabalhou na questão do grupo, que foi um processo, em grande medida, incompreendido. É uma dificuldade, ...esse processo grupal, desse processo coletivo, eu acho que isso é desafio pra gente da gestão.... não vejo receita de como que estar enfrentando... O ano passado foram muitas sementes, eu sinto que hoje, elas estão começando a crescer, foi semeado um monte de coisa, várias pessoas conseguiram participar mesmo com dificuldade e vai dar fruto, eu acho que ao longo do tempo.

D9: Mas antes desse trabalho do LACES aqui, nós vínhamos trabalhar a grupalidade, trabalhar a questão da sexualidade, trabalhando a partir da concepção da sexualidade, dos valores; trabalhar essa questão da cultura.... Porque é um medo muito grande...a gente tem essa dificuldade muito grande das pessoas se colocarem.

Essa gestora está fazendo referência a um processo de educação permanente voltado para a abordagem da questão da sexualidade e da discussão da prevenção das DST/AIDS, desenvolvido devido à dificuldade dos profissionais da rede básica de Amparo para lidar com essas questões. Esse projeto teve início em 2003 e continua até hoje, mas com outro formato.

O projeto buscava discutir não somente aspectos técnicos da transmissão e prevenção das DST/AIDS, mas principalmente trabalhar a questão de valores e preconceitos relacionados à questão da sexualidade. A proposta era criar espaços de discussão entre os membros das equipes e com grupos de usuários que favorecessem práticas de sexo seguro, que contribuíssem para que as pessoas tivessem mais autonomia para viver a própria sexualidade com segurança.

Decidimos priorizar, em 2003, dentro de PEP o tema da sexualidade, prevenção de DST e AIDS. Num primeiro momento, foram organizadas capacitações para todos os profissionais dos serviços de saúde, através de dinâmicas de grupos, para apresentar e discutir questões relacionadas à sexualidade e ao sexo seguro.

Para realizar esse trabalho, a Secretaria contratou uma equipe de três psicólogas e uma assistente social, por um período de dois anos. Essas profissionais trabalham a cerca de 10 anos em serviços de aconselhamento e atenção a pacientes portadores do vírus da AIDS em outro município e têm grande experiência na abordagem das questões relacionadas à sexualidade.

Esse processo teve continuidade na discussão com as equipes, que colocavam na roda as dificuldades para trabalhar as questões da sexualidade nos grupos de Educação em Saúde com os usuários.

Ao iniciar essas discussões nas unidades, a equipe de assessoria percebeu a necessidade de trabalhar, em muitas unidades, a própria grupalidade da equipe e as relações interpessoais, pois sem isso dificilmente se avançaria nos projetos de Educação em Saúde com usuários. Esse trabalho foi realizado durante 2003 e teve continuidade em 2004, com a elaboração por parte das equipes de projetos específicos, voltados para a realidade de cada unidade; algumas equipes fizeram projetos em parcerias com escolas, outras com usuários da terceira idade ou com adolescentes.

Como a proposta era construir junto com as equipes projetos de intervenção a partir das necessidades locais e da própria capacidade das equipes, esse processo foi extremamente distinto de uma unidade para outra.

Atualmente, o projeto é desenvolvido por uma das psicólogas do grupo, que está contratada como assessora e faz parte do Grupo de Apoio.

Um dos membros da equipe faz referência ao fato da atual equipe publicizar e explicitar os contratos feitos com os atores políticos locais, o que não ocorria anteriormente.

D3: Em outras administrações, quando você ia conversar com o hospital, você chamava o corpo clínico, ou você chamava a diretoria administrativa, né? Então, os contratos não eram especificados... Hoje não é assim... Desde que a Aparecida veio pra cá, essa relação é tensa, porque os sujeitos conversam junto: é a Secretaria, é o corpo clínico, é a administração, aí é uma confusão danada, né? Então, eu acho que esses espaços, além da importância que têm, da construção de sujeitos, eles garantem a explicitação dos contratos que são feitos com as pessoas. E acho que é um instrumento potente pra quem está na gestão porque facilita. Tem também essa questão de todo mundo ter um pouco de condição de fazer um pelo outro, né?

Para outro membro da equipe, que participa de outros conselhos municipais, essa publicização é uma prática da saúde, que não se estendeu para outras áreas do governo.

D6: Uma coisa que fica patente é quando a gente participa de um conselho municipal de educação, criança e adolescente.... é totalmente diferente... O que a gente sente é que na saúdeconseguimos desenvolver essa prática... Em outros colegiados você vê como o pessoal se polícia, se retrai, no medo da participação, então aí que dá pra ver a diferença de como isso avançou na saúde. A postura das pessoas...em função da própria modalidade de gestão, da metodologia que foi implantada aqui.

D7: E o outro ponto que eu acho positivo, é a gente poder ter uma secretária, que possibilita a gente poder aprender a trabalhar dessa forma, porque eu acho que, apesar dessa questão das rodas, é uma coisa que está em alta, o próprio ministério está investindo nisso.... Muito fácil de pegar moda... Muitos municípios ainda não trabalham dessa forma. Eu que conheço um monte de coordenador de saúde bucal, até porque fui muito tempo, eles ainda trabalham daquele outro modelo... E eu acho que a Cidinha,ela tá arrojando em botar na roda pra gente aprender junto, porque ela tem muito conhecimento... Então, pra mim, é uma...escola do SUS, né? Mas... está sendo muito legal a gente trabalhar junto, né?

Um dos participantes lembra, que apesar das dificuldades em explicitar e lidar com os conflitos das equipes e dos usuários, a equipe central vai além do senso comum e sustenta uma determinada forma de organizar a atenção à saúde e um modo de fazer a gestão que enfrenta os conflitos.

D4: Nós temos na Secretaria, um grupo de gestão que, não só banca conflito, como nenhum é figurinha fácil, basta olhar aqui os nossos estilos... Não somos as pessoas mais doces...

Em seguida a moderadora coloca a questão de como é participar dessa gestão para aquele coletivo.

A equipe central traz com muita força a questão das dificuldades de construir projetos coletivos e o sofrimento que esse tipo de trabalho provoca nos sujeitos. Mas não é só sofrimento, é também prazer, é identidade com a obra, é sensação de potência para mudar a realidade, que muitas vezes resiste às mudanças. O instituído, o cristalizado e, ao mesmo tempo, o instituinte, a criação do novo. A ação racional inseparável dos momentos singulares e subjetivos do grupo (Onocko, 2003).

D9: Em algum momento é tranquilo, é gostoso, é desafiante, né? Acho que tem muito disso....outros momentos é muito difícil, é extremamente difícil, não é fácil... É sofrido, é angustiante. O espaço democrático, a criação do espaço democrático não é constante, tem momentos em que não é democrático, né? Não existe um estado democrático... Existem momentos democráticos...E se alterna muito essa coisa do democrático ... é um exercício muito grande, pra nós aqui, que vivemos numa gestão colegiada, isso é muito difícil porque todos nós temos uma personalidade, ... temos posturas.

D3: Existe muito atrito, mas a gente não se sente solitária, né? Eu acho que isso é uma coisa muito forte, acho que a Aparecida é uma pessoa muito presente, ela banca junto com a gente as coisas, então eu acho que isso faz uma diferença danada... vamos fazer o melhor do que a gente pode, né? É uma coisa muito presente na minha vida, mas nessa gestão eu aprendi que não basta fazer o que a gente pode... A gente tem que fazer mais do que a gente pode e cada dia exige mais da gente ...Então eu acho que isso é bem o que a D 9 falou... Acho que ela traduziu perfeitamente o que é estar nessa gestão...

D1: Eu acho também que não é gratuito, ninguém está aqui por mero acaso, né? Todos nós que temos uma posição de coordenador, no fundo, no mínimo, a gente tem esse perfil, né? A minha vida inteira, eu sempre comecei a trabalhar nos vários municípios que eu trabalhei como médica e sempre algum tempo depois eu estava na coordenação... Eu sempre busquei essa aproximação com a gestão pra viabilizar a melhora da assistência, isso pra mim é muito claro. Eu acompanho a saúde pública desde 87 e sempre teve nó, teve dificuldade... Uma maneira de você melhorar a assistência, de ter mais recurso para fazer uma assistência melhor, é você se informar da gestão, de como viabilizar os caminhos para conseguir aquilo que você acha importante. Essa minha busca na gestão sempre foi nesse sentido, não pela gestão em si, mas direcionada pra assistência... Porque se fosse apenas tensão sem soluções... ninguém estaria aqui... . A gente vive dilemas, conflitos, discussões, embates, mas com essa perspectiva de resolver. E acho que é isso que faz a diferença.

Cecílio (2002) examina a possibilidade de tomar os conflitos do cotidiano das organizações de saúde como objeto de gestão, tendo em vista que lidar com conflitos faz parte do dia-a-dia dos gestores e gerentes de unidades. Esse autor adota a idéia de que há conflito quando dois ou mais autores fazem uma apreciação situacional divergente, ou seja, cada ator engajado na ação faz um recorte interessado da realidade, e esta é a origem dos conflitos nas organizações.

Fazendo referência a Matus, Cecílio discute o fato que a apreciação da realidade depende do lugar que cada ator ocupa na organização, e que o olhar é sempre condicionado por este lugar e comprometido com a ação. Coloca que as diferenças entre esses modos de olhar dos distintos atores geram tensões, que são constitutivas de toda e qualquer organização. Isso faz que os conflitos invadam as agendas dos gerentes e gestores, produzindo deslocamentos, instituindo novas configurações e reproduzindo e confirmando o instituído.

Esse autor faz uma distinção entre os conflitos abertos, aqueles que exigem tomada de decisão, e os conflitos encobertos, aqueles que não conseguem ocupar a agenda da direção nos sistemas de gestão mais tradicionais, ambos tratados como ruídos da organização.

O autor propõe a criação de dispositivos de gestão que sejam capazes de escutar e processar os conflitos encobertos, através de uma práxis dos gestores que seja potente para ultrapassar a pseudo concreticidade dos fatos cotidianos, e penetrar na essência dos fenômenos que geram os conflitos. Isto seria válido para os conflitos entre gestores e trabalhadores, e entre trabalhadores e usuários.

O autor propõe instrumentalizar os gerentes e coletivos dirigentes da saúde com dispositivos que lhes permitam tomar os conflitos como tema da gestão, no sentido de melhorar a capacidade de compreender o que os conflitos estão denunciando e, com isso, operar mudanças no cotidiano das organizações que apontem para situações menos injustas com os trabalhadores e usuários.

Ao meu ver, tratar o conflito como parte constitutiva das organizações de saúde e buscar fazer uma gestão que possibilite que os coletivos reconheçam e trabalhem tanto com os conflitos explícitos como com os conflitos encobertos são fundamentais na

construção de processo de trabalho pautados pela defesa da vida e que coloquem o vínculo entre trabalhadores e usuários como elemento constitutivo do processo de produção do cuidado.

Cecílio tem problematizado uma série de questões referentes às organizações de saúde e às práticas de produção do cuidado, o que tem contribuído de maneira significativa para pensar a gestão das organizações de saúde.

Adotando uma postura eclética em relação à produção desse autor, considero fundamental pontuar os elementos mais significativos problematizados por Cecílio, que têm orientado tanto minha prática como gestora como esse meu processo de investigação.

A primeira questão abordada por Cecílio refere-se às relações de poder estabelecidas nas organizações de saúde. Cecílio baseia-se nas contribuições da teoria da ação, que aponta para três dimensões de poder: dimensão de autoridade/ordem, uma dimensão de disciplinamento/ordem e uma dimensão de cooperação/consenso.

A dimensão autoridade/ordem se expressa nos arranjos hierarquizados de autoridade, no arcabouço legal – formal, presente em nossas organizações de saúde, e que se materializa nos organogramas, na ocupação dos cargos formais de autoridade, nas regras e nas normas, e na legitimação da autoridade formal dentro da organização.

A dimensão de poder controle/disciplinamento atravessa e enraíza-se no conjunto da rede que compõe a organização. Esse controle na Saúde se estabelece através do registro de todo o fluxo do paciente e da produção dos trabalhadores de saúde.

Hoje, com a informatização das redes de serviços de saúde, o controle da vida organizacional aponta no sentido de avaliar vários aspectos da vida institucional, o que permite mecanismos de controle e disciplinamento inimagináveis antes da era da informática.

A dimensão cooperação/consenso considera que o poder se dá através da capacidade de desempenhar obrigações legitimadas em coletivos, dissociando-se assim a idéia de poder da idéia de conflito de interesses, da coerção e força.

Segundo Cecílio, um dos principais desafios para o exercício da gestão está em considerar as várias dimensões do poder na organização de saúde. O autor alerta para o risco de gestores que trabalham com modelos de gestão participativos subestimarem a capacidade de percepção dos trabalhadores das contradições da vida organizacional.

O que tenho observado na minha vivência como gestora de diferentes secretarias municipais de saúde é que não há como implementar mudanças na produção do cuidado, desconsiderando o protagonismo dos trabalhadores de saúde.

Na prática, não existe um trabalhador moral (Cecílio, 2006), que faz adesão automática à proposta de organizar o cuidado centrado nas necessidades de saúde do usuário, simplesmente porque um ator político, que ocupa um espaço de governo, portador de uma autoridade dada pela hierarquia, considera que essa é a melhor forma de organizar os serviços de saúde.

E não há democracia organizacional, ou coletivos, capazes de darem conta de criar espaços em que as práticas cotidianas sejam discutidas abertamente, com explicitação dos projetos individuais, sentidos e desejos dos trabalhadores, como se todos fossem comprometidos com os objetivos da organização de saúde, no caso a atenção integral do cidadão.

Os arranjos institucionais, por mais democráticos que sejam, não conseguem dar conta de toda a complexidade das organizações de saúde, que são povoadas por sujeitos, mais ou menos sujeitados. Cada problema concreto enfrentado pelos atores, que têm projetos, têm concepções acerca da saúde e da vida, têm valores, vai ser resolvido segundo a análise que esse ator vai fazer da situação e sua capacidade de governo para dar a solução que considerar mais adequada.

Os trabalhadores de saúde são instituintes o tempo todo, e as novas institucionalidades são determinadas por uma complexa rede de relações.

Fazer a gestão de uma rede de serviços de saúde é uma atividade complexa, pois há sempre relações de poder, atores políticos portadores de distintos projetos disputando a direcionalidade dos projetos, tudo permeado por relações afetivas, subjetividades e desejos circulando o tempo todo e em várias direções.

Cecílio coloca que os gestores devem lidar com a autonomia dos trabalhadores, sem tentar capturá-las, e propõe que o ponto de partida para conduzir mudanças verdadeiras na gestão e na organização do cuidado deva ser a capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho. Segundo ele, os dispositivos de gestão são o próprio ato de interrogar o mundo do trabalho.

Esse autor propõe que os gestores não levem os modelos ou métodos prontos, mas devem buscar construir categorias, conceitos e sentidos na comunicação tensa com o outro, que também é sujeito, produtor de sentidos diferentes dos nossos. Mas é importante salientar, como coloca o autor, que os gestores não são atores neutros, temos projetos e disputamos nossos projetos, mesmo ocupando um lugar de governo.

O autor propõe ainda que os gestores abandonem a pretensão de impor uma determinada racionalidade única aos serviços, pois isso é impossível.

Os serviços de saúde são espaços de produção do cuidado, que assumem configurações múltiplas, singulares e imprevisas, que fogem de qualquer pretensão de controle (Cecílio,2006). A gestão deve trabalhar para que os arranjos organizacionais, sempre precários e mutantes, facilitem os processos de trabalho criativos e inovadores. Mas há sempre que se interrogar qual é a direcionalidade destes processos de trabalho, e essa interrogação deve ser colocada no cotidiano dos serviços.

Um grande desafio da gestão de serviços de saúde do SUS é publicizar esses espaços, no sentido de torná-los mais permeáveis aos interesses dos usuários, aos desejos dos cidadãos.

Parte dos trabalhadores enfrenta a racionalidade gerencial hegemônica não com o objetivo de criar processos de trabalho usuários centrados, mas sim com o objetivo de privatizar esses espaços de forma corporativista e, muitas vezes, contra os interesses dos usuários.

Nesse sentido é fundamental questionar se as configurações dos serviços de saúde (que de fato são múltiplas, singulares, imprevisas e fogem à qualquer pretensão de controle) estão se utilizando de dispositivos que permitam à equipe refletir e construir consensos que favoreçam, não a uma única racionalidade imposta, mas que,

nas várias racionalidades possíveis, haja prioridade no atendimento às necessidades de saúde da população.

E, nesse sentido, concordo com Merhy (2003), quando afirma que os gestores têm o papel principal de mediar as relações entre usuários e trabalhadores.

As falas dos gestores de Amparo no grupo focal refletem, a meu ver, toda a complexidade inerente ao desafio de construção de espaços coletivos de gestão, como pode ser observado nas falas seguintes, e na síntese feita pela moderadora do grupo focal.

D 2: Eu vejo que a maioria das pessoas evita o conflito, mas construir isso com os outros também é uma coisa bastante difícil. Então, com a equipe do Centro de Referência, por exemplo, que eu coordeno, em muitos momentos, a equipe solicita de mim que eu seja chefe, que eu diga: ‘mas é pra ir quem? É pra fazer como?’ Então, isso também, eu sei também que eu sofro nesse processo, eu sei que os faço sofrer também porque fico tensionando, porque fico querendo que eles problematizem, porque tento ser facilitadora desse conhecimento e dessa construção de sujeitos autônomos, porque isso é com a população e é com os profissionais, é com as equipes, e é entre nós... É claro que esses processos são desafiantes e, por isso, prazerosos e trazem muita satisfação, mas claro que também fazem sofrer.

D1: ... Essa questão do poder que a gestão dá, eu sou muito franca de dizer, eu gosto de ter poder para poder fazer... Ter um instrumento de poder e poder defender aquelas coisas que eu acredito, particularmente eu me identifico muito com essa coisa de fortalecimento do SUS e tudo, então é um espaço que eu tô podendo exercer isso, né? Eu acho que esse espaço da gestão em Amparo está me permitindo vivenciar isso.... E a gestão aqui em Amparo me permite isso, é ocupar espaço de poder, que eu ocupo com a maior tranquilidade... Uma coisa que me dá muito prazer aqui é ver que a gente tem uma identidade, tem uma identificação, apesar de cada qual na sua história, cada um caminhando a sua vida, na sua trajetória... Mas eu acho que aqui no espaço da gestão, existe uma identidade nossa, não é? E que isso, eu particularmente acho que a

Cidinha tem essa capacidade agregadora nesse sentido de potencializar essa coisa das pessoas, do que ela tem de positivo dentro espaço de valorizar aquilo que cada um de nós pode estar contribuindo. Uma coisa que eu me identifico muito também é que, aquilo que é doloroso.... são esses espaços de transparência que você ouve o que você não quer e fala o que quer, ...com essas possibilidades de poder manifestar o que eu penso, o que defendo, ser criticada, ouvir o que eu não quero também. E também falar o que as outras pessoas, às vezes, não querem ouvir, então esse tipo de espaço pra mim é um espaço prazeroso...a construção da democracia é esse caminho mais trabalhoso, não acho difícil, ele é trabalhoso, ele demanda mais tempo, você tem que, às vezes, abrir mão de coisas, você tem que respeitar a maioria...E eu sinto que, que aí tem que diferenciar o quê que é autoritarismo de exercício da autoridade, eu acho que, em determinados momentos quem está na gestão tem que exercer a autoridade, autoridade, inclusive porque nós estamos numa instituição, né? E que isso, às vezes, é difícil, o entendimento do quê que é uma posição de autoritarismo e o que é o exercício da autoridade, a forma de exercer essa autoridade pode ser autoritária ou não. Acho que em determinados momentos a gente tem que tomar decisão, tem que aceitar decisão de outros níveis da autoridade também, e que é um processo de construção permanente.

D7: O Grupo de Apoio é um grupo que está em construção e a gente tem um histórico de ter trabalhado naquele modelo onde a gente coordenava o serviço, aquela coisa mais vertical onde que todos nós somos apaixonados pelo que fazemos e acreditamos em algumas coisas e, às vezes, não somos muito democráticos em colocar as nossas verdades. Eu acho que esse autoritarismo na verdade ele não é um autoritarismo na intenção de falar ‘eu mando...’. É a intenção de fazer com aquilo que você acredita seja a verdade, né? E de repente juntar essas pessoas num grupo que tinham esse papel de coordenar serviços e hoje a gente não tem o papel de coordenação, o nosso papel é outro, não é fácil... eu gosto muito de trabalhar aqui, eu acho que esse modelo é muito rico pra gente. Mas eu acho que a gente ainda está em construção,...Mas eu acho que a gente está muito longe do que é trabalhar em roda, entendeu? E eu me incluo assim, totalmente nisso, porque a todo minuto eu estou entrando em conflito... Eu não vejo

todo conflito como positivo, entendeu? Eu acho que o conflito de idéias é claro que você vai construir uma coisa coletiva, as pessoas pensam diferente, mas existe aquele conflito que é briga do poder... é não saber trabalhar em roda. A gente está aprendendo, a gente não precisa se sentir culpado por isso, muitas vezes eu me sinto, acho que todo mundo... Mas é muito legal, eu gosto muito.

D4: Eu não acho que a gente é mais ou menos autoritário do que todos os demais (risos) por aí,... até porque a gente não é encastelado, então, se você exerce a sua autoridade, se você exerce assim ou assado, cabe ao outro também se posicionar e ele pode exercer o contrafluxo e contestar... E aí eu sinto que a gente está muito aberto, inclusive, né? Às vezes mais, às vezes menos... aberto até nessa tensão porque tá aberto, tá perto do outro. Mas, assim, em se tratando de que não é muito cultural que as pessoas compreendem conflitos...Numa cidade como essa que o cara dá um bonde pra não comprar conflito, né? Eu acho que nesse sentido a situação fica mais especial, exige de nós, exigiria muito mais diplomacia do que a gente consegue ter..... É diferente de locais onde isso já se tem um caldo de cultura... né..... Aqui a tendência é tirar o time de campo e falar fora, é o ruído, né?

D3: Além dessa questão política, eu acho que a gente tem que reconhecer, assim, eu acho muito o quê a F. falou em relação a Aparecida.... né? Porque eu acho que nada disso seria possível, se ela não fosse, a comandante que é e não só pela questão da competência, mas pela questão da generosidade dela, né? Eu acho que ela teve uma grande sacada. Eu já trabalhei com muito gestor que centralizava as decisões e as coisas importantes cabiam a ele decidir... e a Aparecida tem essa generosidade, ela distribui o poder e isso potencializa a equipe e o retorno pra ela é muito maior, muito mais potente... No sentido da delegação... e do fazer junto; porque ela não é uma pessoa que te delegue e que te deixe fazer, né? (risos). Ela te cobra, ela monitora, mas ela é generosa, ela dá oportunidade de as pessoas crescerem, ela tem uma capacidade de identificar a potencialidade de cada um e ela aposta nisso, né? E isso que eu queria dizer, eu acho que a gente só está aqui construindo o SUS que a

gente está construindo porque ela é uma grande comandante, né? Independente da competência, da pessoa que ela é, existe essa abertura pra formar uma equipe. Quando ela veio pra cá..., eu perguntava pra todo mundo em Campinas e ninguém conhecia a A. Aí a M. me disse “você vai trabalhar com a A., você vai adorar, só que você se prepara porque você nunca vai trabalhar tanto na sua vida. Então, é isso mesmo, ela tem uma energia, né? Então, realmente, eu acho que é um privilégio pra nós todos tê-la na nossa equipe aqui.

Esta fala sobre a secretária da saúde aponta para a caracterização de um determinado perfil de gestora, que marca muito o próprio modelo de gestão da Secretaria como um todo.

D2: De questões que você acha que quem coordena um serviço de saúde deveria ter um pouco mais de ação, de se posicionar um pouco mais, quer dizer, ele não é o um a mais numa equipe, não é? Ele é uma pessoa que está coordenando um serviço, uma equipe, né? Coordenando, na verdade, uma responsabilidade sobre um determinado território...É... e têm coisas que eu acho que, assim, são muito dependentes do nível central, né? Antes era da Cidinha e da D3 né? Agora é do Grupo de Apoio, é... acho que esse processo, pelo menos, na formação dos gestores, pra mim é um pouco lento demais, então talvez, a gente devesse rever um pouco como é que isso está se dando, né?.

D1: Pegando um gancho isso com a D 2 acho que um nó pra ser enfrentado, eu não sei se a gente não está tratando esse ruído de uma forma adequada. Estou traduzindo uma palavra recente de uma médica de saúde da família que colocou, tudo bem que foi num momento de crise que ela tava muito estressada, mas ela coloca assim: ‘Vocês estão indo com muita sede ao pote...é uma voz dos trabalhadores que estão na ponta. Eu acho que é conciliar essa indução dos princípios do SUS e de fortalecimento do SUS,a direcionalidade da Secretaria, ...os documentos. Isso o tempo todo isso vem sendo bastante discutido e apontado o ponto de vista da direcionalidade....

Às vezes um descompasso da gestão com essa ponta... Determinados enfrentamentos que eu acho que no espaço da gestão, a gente não acerta... E que não tem a mesma sintonia, né? A própria direcionalidade da questão do acolhimento, né? ...desde 2001, o acolhimento, acolhimento, acolhimento, acolhimento... Eu acho que ainda não está dado lá na ponta, essa incorporação dessas questões, assim, com quem está lá na produção do cuidado. Eu acho que aí tem um distanciamento, nessa coisa da gestão com quem tá produzindo, com o conjunto dos trabalhadores da saúde aqui... Isso é um desafio pra gente da gestão....

Este ruído trazido por uma coordenadora de equipe de PSF: “: ‘Vocês estão indo com muita sede ao pote...’”, é a manifestação de um ator político que se sente pressionado para trabalhar a grupalidade da equipe, implantar o acolhimento, fazer avaliação da unidade com indicadores, ou seja, implementar mudanças com as quais ela não se identifica, ou não concorda com os tempos do nível central.

D9:A Cidinha diz uma coisa assim: ‘não eu não tenho duvida que existe uma distancia muito grande entre as pessoas que estão no nível central e o que está na ponta, né?’ Não porque são melhores, até tem uma visão, talvez desse processo, a visão desse sistema, de tudo que poderia acontecer, a visão... Mas que também é assim: se a gente tivesse lá talvez a gente tivesse cego também porque tá no embate e tal... Então, eu quero prometer a mim mesmo que eu tenho que mudar um pouco essa minha expectativa, de achar que... de impor algumas coisas, de conseguir, talvez, abrir brechas, situações, é... Consegui, sei lá, construir isso com eles, que talvez, seja muito mais próximo do que eles consigam entender do que seja possível de transformar do que eu pense que seja. Sabe, essa imposição, que, às vezes, muitas das vezes que a gente faz, ela não se constrói.....

Aqui a gestora traz a questão da cegueira situacional dos atores da organização, e manifesta o desejo de construir as mudanças com as equipes, e não impor os projetos do nível central.

D3: Acho que essa equipe não deu conta de duas coisas que eu acho muito importante: que é questão da participação popular.. e a questão da intersectorialidade, né?

MODERADORA: Mas, então, gente, vamos tentar fazer uma recapitulada pra gente tentar dar uma olhada no que a gente produziu hoje, vocês me ajudem pra ver se algum ponto importante, essencial não foi falado, né? Que muita coisa foi falado, né? Primeiro a gente falou bastante tempo da questão da atenção, né? Que é prestada, que vocês identificaram os avanços, né? Que foram sendo construídos aqui em Amparo, são... já tão aí na segunda gestão, foram falando das mudanças que foram acontecendo e uma coisa que eu acho que foi bem importante é que... a particularidade de Amparo na maneira dela se constituir enquanto cidade pequena. O bônus e o ônus disso, né? Né? O quanto isso vai definir na forma de organização dos serviços, na forma das pessoas se comportarem, na ruptura ou não com a cultura médico cêntrica da população falando da equipe, né? Da dificuldade da coisa, da explicitação dos conflitos, ser menos hipócrita, né? Vamos dizer assim, até estou usando essa palavra, enfim... Quer dizer o quanto que isso é difícil pras pessoas, o tanto que as coisas acontecessem na vida das pessoas e isso não pode ser falado, isso não pode ser trazido, né? E isso, o quanto isso influencia, e parece que isso é uma coisa então pra ser aprofundada... Aí falando um pouco da gestão vocês apontaram muito esse aspecto também, mas o quanto que se caminhou, né? Contemplando esse aspecto, mas o quanto se caminhou nos dispositivos que foram criados, tanto no colegiado nas unidades de saúde da família, também no colegiado de nível central no sentido de conseguir falar mais e conseguir tomar decisões mais coletivas, né? O quanto isso foi se conseguindo arduamente,de uma forma muito trabalhosa, né? Fazer isso, mas como isso foi crescendo e esse componente é um componente pra ser trabalhado também dentro dessa questão da gestão. Uma coisa que foi comentada, mais agora, a característica do grupo de ser bem diferente desse jeito na cidade, né? Quer dizer, o grupo traz mais a visão do conflito, o quanto que isso é conflituoso pra vocês também, né? Com as pessoas... E dar sugestões, me parece que vocês pontuaram essa história dos tempos, do tempo político versus tempo das equipes, tempo da mudança,

o acelerar ou o não acelerar, o respeito, é a profissão de fé de tentar respeitar, né? Esse tempo, mas ao mesmo tempo o compromisso de que a mudança aconteça, então também lidar com isso, né? Foi falado muito do papel da Cidinha enquanto, vamos dizer, uma autêntica comandante do processo, reconhecida comandante do processo, que delega, que acompanha, né? É, o quê mais?

Outro dado que fica evidente na fala de alguns gestores é a militância no SUS se misturando com a militância pela construção de uma nova sociedade, uma opção de esquerda no sentido da transformação social que garanta mais cidadania e participação.

A história do SUS é feita por muitos atores, mas considero que um dos elementos determinante nesse processo foi a existência de gestores e trabalhadores, dos municípios, dos estados, ou do Ministério da Saúde, que têm dedicado o melhor de si para construir a saúde nos territórios, muitas vezes sendo criativos; resistindo em outras situações aos desmandos governamentais, mas forjando na prática uma política pública na verdadeira acepção da palavra.

As falas indicam ainda que os atores políticos que participam da equipe central procuram trabalhar com os conflitos, mas que essa não é a prática da maioria dos trabalhadores dos serviços de saúde e da própria cidade.

O Colegiado Central é um coletivo vivo, que reflete sobre as potencialidades e limites do próprio coletivo-sujeito.

***11- O COLEGIADO DE COORDENADORES
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA***

A principal estratégia de fortalecimento do projeto de construção de um novo modelo assistencial em Amparo foi a construção de espaços coletivos de gestão e a incorporação de novos atores no processo de mudança.

A constituição dos dois colegiados – Equipe Central da Secretaria e o Colegiado de Coordenadores de Saúde da Família – e a decisão de investir na construção das equipes das unidades de Saúde da Família foram decisões essenciais para o processo de mudança.

Eu trabalhava com as três dimensões do poder: usava tanto a autoridade e o controle para enfrentar as situações em que havia conflitos de interesses, e usava a cooperação para construir relações com os trabalhadores comprometidos com a qualidade da atenção oferecida à população.

E o espaço de construção de cooperação era o colegiado de coordenadores de Saúde da Família. Durante quatro anos, coordenei pessoalmente todas as reuniões do colegiado e fiz desse espaço o cenário político privilegiado de construção de um projeto de atenção básica centrado nos pressupostos do Defesa da Vida.

Preparava cada reunião, buscando subsídios teóricos para enriquecer as discussões, e procurava sempre utilizar as informações dos Sistemas de Informação do SUS para discutir a realidade local, usando dinâmicas que favorecessem a participação de todos. O foco era sempre os processos de trabalho das equipes.

Os textos de Emerson Merhy, Gastão Wagner e Luiz Cecílio eram os referenciais principais para orientar as discussões sobre processo de trabalho, acolhimento, vínculo, atenção básica, autonomia e tantos outros temas que foram discutidos nas 87 reuniões realizadas de 2001 até 2005.

Um elemento decisivo para o fortalecimento desse espaço coletivo de construção de sujeitos e pactuação de projetos foi o fato de a Secretaria ter conseguido viabilizar praticamente tudo que foi decidido nas reuniões do colegiado. Desde contratação de pessoal, construção de unidades, mudanças na retaguarda laboratorial, fornecimento de medicamentos, até capacitação de pessoal para ações específicas das equipes.

Propostas que foram feitas e não foram viabilizadas eram discutidas e a falta de governabilidade da Secretaria para resolver questões, como o problema da baixa qualidade da retaguarda hospitalar, era explicitada nesse coletivo. Aliás, a questão hospitalar foi tema de inúmeras reuniões e, embora as equipes não aceitassem a forma como seus pacientes eram tratados nos hospitais, sabiam das limitações da gestão local para resolver esse problema.

Essa confiança mútua não significava ausência de conflitos. Em várias situações, as propostas da equipe central foram recusadas, e muitas propostas trazidas pelo coordenador eram discutidas e recusadas.

O colegiado era formado por atores que ocupavam diferentes lugares na organização da Secretaria e com distintos olhares sobre a realidade concreta. Esses diferentes lugares condicionavam distintos recortes da realidade, que geravam conflitos, alguns abertos, outros encobertos.

Como coordenadora, buscava sempre explicitar esses conflitos e estimular o grupo a discuti-los. Entre os coordenadores, alguns assumiam essa postura de explicitar e discutir os conflitos. Outros preferiam calar-se para não se comprometer. Sabia que essa construção não era um processo fácil, nem para os coordenadores nem para mim mesma.

Muitas vezes, depois de enfrentar uma série de dificuldades por escassez de recursos, ou por limitações burocráticas, para conseguir viabilizar decisões tomadas no Colegiado, sentia que os coordenadores não valorizavam os esforços da Secretaria da Saúde para garantir o que havia sido decidido. E sofria com as críticas, que no meu olhar eram injustas. Mas, com certeza, muitas vezes, os coordenadores devem ter sentido a mesma coisa em relação à coordenação do colegiado.

O próprio modelo de coordenação era debatido e havia divergências, pois alguns coordenadores reclamavam da falta de um apoio mais presente no dia-a-dia das unidades. No colegiado, definíamos as diretrizes da atenção básica, buscávamos recursos para viabilizar as mudanças no processo de trabalho de produção do cuidado e avaliávamos a implantação das diretrizes decididas no coletivo. Entendia que o papel da coordenação da atenção básica era esse e que cada equipe deveria ter autonomia para constituir-se enquanto grupo.

No entanto sabia que as propostas definidas nesse colegiado eram reelaboradas e ressignificadas em cada equipe e que sua implementação dependeria da adesão das equipes às propostas colocadas.

As propostas desse colegiado eram, em última instância, as propostas da Secretaria, com o peso da organização e suas implicações sobre as equipes e os indivíduos.

A Secretaria, como organização de saúde, é construída pelas ações humanas criativas, pelas oportunidades, pela autonomia dos sujeitos, mas também pelo controle, pelos constrangimentos (Cecílio, 2003). E essas relações atravessavam não somente o colegiado, mas também as equipes nas suas relações com os usuários.

Para reconstituir o processo de construção do colegiado nesta Tese, usei como referência as reuniões ocorridas de 2001 a 2005, que foram registradas no Livro de Atas de Reuniões.

A primeira reunião do colegiado de coordenadores do PSF ocorreu no dia 19 de janeiro de 2001, quando eu já tinha feito reuniões nas 12 unidades básicas de saúde. As reuniões desse colegiado eram semanais, feitas após o horário de trabalho, das 17 às 19 horas. Desde a primeira reunião, foi colocado que o objetivo daquele espaço era discutir, construir e pactuar um projeto de atenção básica para o município.

Analisando a pauta das reuniões desse colegiado, no primeiro ano de governo, é possível perceber que o fio condutor das discussões foi a questão do modelo assistencial e do modelo de gestão.

Nos cinco primeiros meses de 2001, as reuniões foram semanais, pois se pretendia construir no colegiado as propostas para o Plano Municipal de Saúde, que teve sua primeira versão apresentada e discutida em maio de 2001. A reorganização da rede de serviços, com ênfase na integração das áreas e na prioridade da Atenção Básica foi a pauta principal das reuniões nesse período.

Momento importante de compartilhar projetos, explicitar expectativas, conhecer melhor as equipes, foi a realização da primeira Oficina de Planejamento Estratégico, ocorrida num sábado, que contou com a coordenação do professor Emerson Merhy e resultou num conjunto de diretrizes que contribuíram para as discussões e propostas de reorganização do modelo assistencial.

Uma mudança importante foi a decisão de cadastrar todas as famílias do território, abrir as unidades e garantir o acesso para o atendimento de todos os residentes na área de abrangência da unidade. Entendíamos que a Atenção Básica deveria organizar-se para atender todas as famílias residentes no território de cobertura da unidade e não limitar o cadastro ao número de famílias que a equipe poderia atender, de acordo com o parâmetro do Ministério da Saúde. Mas essa decisão foi tomada após muita discussão.

Esse foi o primeiro conflito aberto no colegiado. Muitos não concordavam com a proposta da Secretaria de rever a forma de cadastramento das famílias. Nossa proposta era, a partir do cadastro de todas as famílias, planejar a contratação de pessoal para atender às famílias.

Como algumas equipes já estavam sobrecarregadas, pois o número de enfermeiros e auxiliares de enfermagem era menor do que o número recomendado por equipe, havia o receio de que o aumento do número de famílias cadastradas levaria a uma maior sobrecarga de trabalho.

O conflito era gerado pela apreciação situacional divergente que os coordenadores das unidades e os gestores da secretaria faziam da realidade.

Depois de um amplo debate no colegiado ficou decidido que os agentes comunitários fariam cadastramentos de todas as famílias residentes na área de abrangência da unidade, e a Secretaria comprometeu-se a contratar cinco auxiliares ou técnicos de enfermagem e dois enfermeiros para completar as equipes.

Esse tipo de conflito, da equipe central com os coordenadores, era mais fácil de ser enfrentado, pois na medida em que era aberto, explicitado, permitia o debate, o confronto de posições. Díficeis eram os conflitos encobertos, que não vinham para o debate.

Em janeiro de 2001, estavam cadastradas no SIAB de Amparo cerca de 9.000 famílias; em abril de 2001, eram 11.000 famílias cadastradas.

Em junho de 2001, a Secretaria conseguiu completar as equipes conforme pactuado e conseguiu-se, nesse ano, ampliar para 12 equipes completas.

Outra decisão de reorganização do processo de trabalho das equipes foi a de implantar o Tratamento Odontológico completado para as famílias cadastradas, incorporando o adulto na atenção odontológica e garantido acesso universal; acesso antes restrito às crianças e aos adolescentes. Essa decisão exigiu ampliação das equipes de dentistas e auxiliares de consultório dentário.

Em 2000, o Ministério da Saúde iniciou o repasse de incentivo financeiro para as equipes de saúde bucal que atuavam nas unidades de Saúde da Família. Em maio de 2001, as primeiras seis equipes de Saúde Bucal de Amparo foram habilitadas, e o município passou a receber o incentivo financeiro no valor de 1.300 reais mensais por equipe.

A falta de integração das equipes de Saúde Bucal com as equipes de PSF era um problema, embora trabalhassem na mesma unidade, atendendo basicamente as mesmas pessoas. Para integrar as equipes de Saúde Bucal às de Saúde da Família foi modificado todo processo de trabalho nas unidades.

Os dentistas e auxiliares de consultório dentário passaram a atender as famílias cadastradas, com incorporação do adulto na assistência odontológica e a implantação do tratamento completado para toda a população adscrita.

Para operar esta mudança houve uma expressiva expansão das equipes de Saúde Bucal, que passaram organizar o atendimento em conjunto com a equipe da unidade. Outra mudança que teve muito impacto nessa integração foi a decisão de passar ao coordenador da unidade a responsabilidade gerencial pela assistência odontológica, ficando a coordenação de Saúde Bucal responsável pelo planejamento e avaliação da Saúde Bucal no município como um todo, perdendo o papel de “chefe dos dentistas e das ACDs”.

Para viabilizar a expansão das equipes de Saúde Bucal, além da ampliação da jornada de trabalho dos profissionais e admissão por concurso público de novos profissionais, houve remanejamento de dentistas que atuavam na rede escolar para as unidades de saúde.

Esse processo de mudanças provocou conflitos e houve resistências tanto da população como dos profissionais. Os conflitos dentro das equipes foram tratados pelo nível central da Secretaria em cada unidade, com uma participação ativa do coordenador de Saúde Bucal.

A maioria dos coordenadores defendia a proposta da gerência do processo de trabalho dos dentistas e dos auxiliares de consultório dentário sob a responsabilidade da coordenação da unidade, embora alguns coordenadores e dentistas de algumas unidades resistiam à proposta de mudança do papel da coordenação local e de Saúde Bucal.

Mas, ao longo desses cinco anos, houve um avanço considerável nesse processo de integração dos dentistas e ACD, que participam de um mesmo processo de produção do cuidado das famílias. A maioria das equipes de Saúde Bucal integra-se às equipes de Saúde da Família.

As professoras e mães dos alunos das escolas que tinham dentistas, apesar de todo trabalho de informação no sentido de deixar claro que continuaria sendo realizado o trabalho preventivo por ACD, e explicado que a assistência curativa seria oferecida nas UBSs, resistiram à proposta de mudanças.

No segundo semestre de 2001, teve início a implantação do tratamento completado nas unidades e mudou o papel do diretor do departamento de odontologia, que passou a cumprir o papel de coordenador da Saúde Bucal, atuando mais no planejamento e avaliação da Saúde Bucal.

Uma decisão que marcou o primeiro ano da gestão foi a de realizar concurso público para todos os profissionais de Saúde da família.

No segundo semestre de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou uma proposta de Projeto de Lei que criava cargos de médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem para o PSF. A proposta foi discutida com o Prefeito que manifestava discordância, pois considerava o impacto político negativo que teria, caso a maioria dos profissionais não conseguissem ser aprovados. Mas ainda assim concordou, depois de muita insistência da secretária da saúde, em encaminhar o Projeto de Lei à Câmara, e a lei foi aprovada na última sessão de 2001.

Importante referir que o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo já havia recomendado ao município mudanças na forma de contratação das equipes de PSF, pois entendia que a nomeação de cargos de livre provimento não deveria ser feita para funções próprias do serviço público, como era o caso da atenção básica.

A maioria dos profissionais das equipes não concordava com essa proposta da Secretaria, que foi discutida no colegiado para que todos fossem informados do processo, mas deixamos claro que essa era uma decisão da direção da Secretaria, que seria concretizada, apesar de respeitarmos as posições contrárias e preocupações dos funcionários com a garantia de seus empregos.

Terminamos o ano de 2001 numa situação de muita apreensão, pois esse projeto foi sustentado quase que exclusivamente pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde. As opiniões contrárias eram tanto dos funcionários, como do Prefeito e da maioria de gestores municipais com os quais discutíamos em reuniões da CIR de Campinas e do COSEMS a nossa decisão de criar cargos e fazer concurso público para o PSF, o que ocorreu em março de 2002.

Creio que esse é um bom exemplo de exercício de uma dimensão do poder do gestor, em posição de governo, que tem de ser efetivado, mesmo quando um coletivo manifesta-se contrário, por defender interesses que nem sempre representam o mais adequado para a instituição. Aqui estamos falando da instituição SUS.

O tema da gestão do trabalho é hoje dos mais cruciais para a continuidade do processo de construção do SUS.

Na década de 90, com a hegemonia neoliberal no país, as propostas de Reforma Administrativa do Estado preconizavam a flexibilização do trabalho e do emprego para responder à necessidade de reduzir o aparato do Estado, considerado burocrático, formal e ineficiente. Para enfrentar este aparato estatal era necessário privatizar e terceirizar a força de trabalho.

No âmbito do SUS, essas propostas se traduziram na terceirização de pessoal, realizada por Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), cooperativas, fundações, o chamado Terceiro Setor. As OS e as OSCIP são entidades privadas – pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos.

Segundo a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (2006), a terceirização posta em prática por meio das OS ou OSCIP está associada à precarização do mercado de trabalho, com implicações na gestão de pessoal: multiplicação de contratos por serviço prestado, acúmulo de modalidades de

vínculos e pagamentos, sublocação de serviços, que dilui a figura do empregador, favorecendo o desrespeito aos princípios do SUS.

Segundo o CONASEMS (2006), a expansão de serviços ocorrida na década de 90 fez que grande parte dos municípios atingisse o limite financeiro de gasto com pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal, e para garantir o aumento de pessoal necessário para atender nos serviços, os municípios se viram obrigados, inclusive com o apoio do Ministério da Saúde, a fazer terceirização de pessoal.

A expansão de empregos públicos, ocorrida com o SUS, é de fato gigantesca: de 265.956 empregos públicos em 1980 aumentou para 1.193.503 em 2003, ou seja, a expansão foi de mais de cinco vezes!

Mas o que mais chama a atenção é que essa expansão se deu basicamente através de contratações feitas pelos governos municipais, conforme quadro abaixo;

	1980	2003
Municipal	43.086 (16,2%)	791.397 (66,3%)
Estadual	109.573 (41,2%)	306.042 (25,6%)
Federal	113.297 (42,6%)	96.064 (8,1%)
Total	265.956	1.193.503

Fonte: MAS/IBGE

Ainda segundo a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, as contratações das equipes de Saúde da Família, no país como um todo, estão terceirizadas e, na maioria dos casos, a contratação é precária.

Ainda segundo essa mesma publicação, o tipo de vínculo trabalhista dos agentes comunitários era, em 2001/2002, de 4% como estatutários e 22% como CLT, sendo que os demais 74% eram contratos precários.

Quando tomei a decisão de realizar o concurso público para todas as categorias de Saúde da Família em Amparo, em 2002, estava convencida de que essa decisão não poderia ser tomada considerando apenas os interesses dos profissionais de saúde do município. Tratava-se ao meu ver de uma diretriz política, relacionada com a minha visão do SUS como política pública que, para ser concretizada, depende de uma reforma do estado brasileiro, que ainda está por ser feita.

Tomada a decisão, tratava-se de colocá-la em prática e, em 2002, enfrentei um dos maiores desafios no processo de construção da Atenção Básica em Amparo, que foi a realização do primeiro Concurso Público para todos os cargos de PSF, o que significava a possibilidade de alterar todas as equipes, se os profissionais não fossem aprovados no concurso.

Como todos os profissionais iam fazer o concurso, decidimos que não faríamos reunião do colegiado até que ele se realizasse, pois não havia condições para discutir o processo de coordenação das equipes numa situação de absoluta incerteza em relação à permanência dos coordenadores e mesmo das equipes.

O Programa de Educação Continuada prosseguiu com os temas sugeridos pelas equipes.

O concurso ocorreu em fevereiro de 2002, foi homologado em março, e em abril iniciamos o processo de contratação dos profissionais aprovados e exoneração dos reprovados. Nossa proposta era em 90 dias concluir o processo e, em junho, ter as novas equipes contratadas. Tratava-se de fazer as mudanças com os serviços funcionando! Como as contratações eram feitas conforme a classificação no concurso, fomos obrigados a usar de toda habilidade e criatividade possíveis para que os usuários continuassem tendo seu atendimento garantido.

No final de março, após a homologação do concurso e das primeiras contratações, fizemos a primeira reunião do colegiado de 2002. À medida que as equipes iam se constituindo, fomos definindo as coordenações e o colegiado foi recomposto.

Em 2002, o colegiado reuniu-se 26 vezes, número bastante elevado de reuniões, justamente em função das mudanças de coordenadores e das equipes. As primeiras reuniões foram para reafirmar e repactuar as propostas em relação ao modelo assistencial e de gestão, e às diretrizes do PSF de Amparo.

Mas, já em abril, decidimos priorizar a discussão sobre processo de trabalho das equipes, priorizando o debate sobre os atributos do modelo Defesa da Vida: o acolhimento, vínculo, responsabilização, trabalho interdisciplinar e co-gestão, usando como referencial teórico a produção de Emerson Merhy, Gastão Wagner e Luiz Cecílio.

Iniciamos com discussão teórica sobre acolhimento, enfatizando a necessidade de organizar o processo de trabalho das equipes para acolher a demanda.

Como a discussão tinha como objetivo interrogar os processos de trabalho das equipes, avaliamos que seria importante que os coordenadores expusessem como cada unidade estava organizando a porta de entrada da unidade e o fluxo dos pacientes nas várias etapas do processo de produção do cuidado. Foram realizadas sete reuniões do colegiado em 2002 para discutir essa temática.

Em 2002, conseguimos outro avanço importante: pactuação de um conjunto de indicadores para avaliação da atenção oferecida aos grupos prioritários. Decidimos priorizar o grupo de portadores de doenças crônicas não transmissíveis: hipertensos e diabéticos, por ser um grupo extremamente numeroso na demanda das unidades e pela necessidade de acompanhamento continuado pelas equipes. Outro grupo priorizado foi o das gestantes.

Apesar da quantidade enorme de dados coletados pelas equipes para alimentar os Sistemas de Informações do SUS, percebemos que não havia informações básicas para avaliar a eficácia das ações de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Como as equipes já haviam participado do Programa de Educação Continuada sobre Hipertensão Arterial e Diabetes, em que todos os membros das equipes haviam passado por capacitação e atualização, e houve consenso em adotar o Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes do Ministério da Saúde, editado em 2001, tratava-se de pactuar o sistema de coleta dos dados e os indicadores com os quais iríamos trabalhar.

Foi decidido implantar uma planilha com listagem nominal de hipertensos e diabéticos por unidade de saúde, com colunas referentes aos meses do ano, para registro diário do atendimento do paciente, com a informação se ele havia recebido consulta médica

(CM) ou consulta de enfermagem (CE). A partir dos dados dessa planilha extremamente simples, podemos obter a cobertura do programa, bem como a concentração de CM e de CE, e também de consultas que o paciente recebe no ano.

Cada unidade conta com dados da população cadastrada por faixa etária, o que permite calcular o número estimado de hipertensos e diabéticos, e com o número de pacientes acompanhados em cada unidade, é possível calcular a cobertura.

Outra pauta importante foi a utilização dos dados dos Sistemas de Informações para analisar a oferta de ações de saúde e construir indicadores que permitissem organizar o acompanhamento dos grupos prioritários.

Desde 2002, as equipes fazem o levantamento dos dados e a Secretaria elabora relatórios anuais que são discutidos com os coordenadores. Com isso, o município já tem uma série histórica de quatro anos: 2002, 2003, 2004, 2005, o que permite avaliar a eficácia das ações voltadas para a maior demanda das unidades, que é formada pelos portadores de doenças crônicas não transmissíveis.

Os indicadores para controle da hipertensão arterial, diabetes, assistência pré-natal, preventivo do câncer ginecológico e cobertura vacinal são elaborados e discutidos anualmente no colegiado.

Com esses indicadores, cada equipe consegue anualmente ter uma avaliação do atendimento oferecido para o coletivo de famílias de sua área de abrangência e programar ações para melhorar o desempenho da unidade. Como se discutem no colegiado os indicadores de cada unidade e do município, as equipes podem inclusive avaliar sua unidade e comparar com a rede básica como um todo.

Em 2004, as equipes da rede básica acompanharam 6.691 hipertensos, o que representa 79% de cobertura em relação ao número estimado de hipertensos do município. Foram acompanhados 1.885 diabéticos, com cobertura de 88%. A assistência pré-natal cobre 71% das gestantes de Amparo. A cobertura do preventivo do câncer ginecológico tem se mantido em torno de 35% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.

Sempre que discutimos os indicadores, buscamos discutir o processo de trabalho e a organização da equipe para atender esses grupos, que representam a maior demanda das unidades.

Em 2003, o colegiado reuniu-se 18 vezes para discutir temas relevantes para o processo de produção do cuidado na atenção básica.

O tema da Saúde Mental esteve na pauta do colegiado em 2003. Como o Centro de Atenção Psicossocial/CAPS e o Ambulatório de Saúde Mental contavam com dois psiquiatras com jornada de trabalho de 40 horas semanais cada um, que atendiam uma grande demanda de pacientes das famílias cadastradas nas unidades, entendíamos que as equipes de PSF deveriam atender os pacientes do seu território, com apoio dos psicólogos que atuavam nas unidades e apoio matricial dos psiquiatras.

Mas essa não era uma mudança fácil de ser realizada! Tanto os psiquiatras resistiam em rever seus processos de trabalho e recusavam-se a atender nas unidades, como as equipes de PSF resistiam à proposta de assumir a responsabilidade pelo acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais. A proposta era: a) pacientes psicóticos, que necessitavam de cuidados contínuos, permanecessem sendo atendidos no CAPS; b) neuróticos graves fossem atendidos no Ambulatório de Saúde Mental; c) pacientes que apresentassem transtornos mentais, de menor gravidade, fossem atendidos na rede básica.

Apesar da discussão, a proposta não se concretizou e a maior parte do atendimento continuou ocorrendo no Ambulatório de Saúde Mental e no CAPS. Desde 2001, a equipe central propôs descentralizar as ações de saúde mental para atenção básica, mas isto só ocorreu em 2004.

Em 2003, priorizamos a discussão sobre o Sistema Local de Saúde, com reuniões para apresentar e discutir informações epidemiológicas do município, os indicadores do programa de controle da hipertensão arterial e diabetes, informações sobre a produção de consultas médicas, saúde bucal, laboratório, relatório de gestão de 2001 e 2002.

Como, em 2002, a discussão ficou mais centrada no trabalho das equipes, em 2003 priorizou-se as discussões mais gerais, sobre a rede de serviços de saúde como um todo.

Uma das preocupações era combinar a reorganização do processo de produção do cuidado nas unidades, incentivando o trabalho em equipe e tornando-o cada vez mais usuário centrado, com a reorganização do sistema local de saúde. Nesse sentido, entendíamos que as equipes da Atenção Básica deveriam discutir e operacionalizar as mudanças no cotidiano das unidades e, simultaneamente, discutir, propor e acompanhar as mudanças que estavam ocorrendo no sistema como um todo.

Além disso, a elaboração e a discussão dos indicadores de saúde, tanto os epidemiológicos, como de produção, permitiam colocar na pauta do colegiado a avaliação da eficácia das ações das equipes.

Outro tema importante discutido em 2003 foi a questão da gestão do trabalho e a questão do Plano de Classificação de Cargos e Salários/PCCS.

Desde 2001, a nova equipe que assumiu o governo decidiu fazer uma reforma administrativa na Prefeitura e implantar um Plano de Classificação de Cargos e Salários/PCCS, com os objetivos de adequar a estrutura administrativa e corrigir uma série de distorções em relação aos cargos e salários dos funcionários.

Em 2003, a Prefeitura contratou a FUNDAP para fazer a Reforma Administrativa e o PCCS, e essa discussão teve grande impacto em todas as secretarias, pois alterou a vida funcional de todos os 1.200 funcionários da Prefeitura, dos quais cerca de 350 eram da Secretaria da Saúde.

Na Secretaria da Saúde, tomou-se a decisão de manter salários maiores para as equipes de Saúde da Família, e a lei do PCCS estabeleceu uma classificação diferenciada de cargos e salários para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem do PSF.

Além dos cargos e salários de Saúde da Família, a Secretaria da Saúde conta cargos de nível universitários, cargos de nível médio, de nível auxiliar e cargos com escolaridade de ensino fundamental. Os agentes administrativos e auxiliares de serviços gerais fazem parte do quadro geral de cargos e salários da Prefeitura.

Fazem parte do quadro de cargos de auxiliares: auxiliares de enfermagem e de consultório dentário. De cargos de nível técnico: técnico de enfermagem, de laboratório, de segurança do trabalho, de fiscalização sanitária. De cargos de nível universitário: enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, outros, e cargos de médicos e dentistas. Os cargos dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de vigilância ambiental têm o como exigência para a admissão ter a escolaridade do Ensino Fundamental.

De janeiro a agosto de 2003, as mudanças na vida funcional dos servidores permearam as discussões do funcionalismo e fizeram parte da pauta das reuniões do colegiado.

No colegiado de coordenadores, a pressão era para que os salários dos enfermeiros do PSF equiparassem-se com os salários dos médicos do PSF. Nos demais espaços de discussão da Secretaria, a pressão era para que os demais salários se equiparassem aos salários do PSF. Nas demais secretarias municipais, a pressão era para que os salários se equiparassem aos salários da saúde, que eram maiores do que os demais salários da Prefeitura.

Como o funcionalismo municipal não contava com sindicato com capacidade de representá-los nas discussões com a Administração, essas pressões ocorriam de maneira desorganizada e fragmentada. Eram conflitos de interesses simultâneos atravessando toda a organização da Prefeitura.

A definição de salários no serviço público é resultado de um conjunto de determinantes e a principal delas é o mercado de trabalho.

A categoria médica tem salários maiores do que todas as outras categorias no mercado de trabalho e, se a gestão pública não considerar esse dado da realidade e pagar salários muito abaixo dos salários de mercado, não consegue contar com esse profissional. Em muitas situações, os gestores contratam médicos com salários baixos, eles não cumprem a jornada de trabalho e trabalham sem estabelecer compromissos com os serviços.

Por outro lado, os médicos têm um alto grau de autonomia no processo de produção do cuidado. Médicos mal remunerados e sem compromisso com as equipes e com os usuários, na maioria dos serviços, significa serviços sem resolutividade.

As outras categorias da saúde de nível universitário recebem salários menores do que os dos médicos, tanto na iniciativa privada como no setor público estatal. As causas dessa diferenciação salarial das profissões da saúde no mercado de trabalho são sociais, históricas e envolvem vários elementos, que não serão analisados aqui.

Gerenciar este problema da diferenciação salarial tem sido uma das dificuldades que tenho enfrentado nesses 20 anos em que trabalho na gestão municipal, particularmente quando se trabalha com projetos de construção de modelos assistenciais substitutivos ao modelo médico hegemônico, e fundamentados na formação de equipes interdisciplinares.

Por outro lado, dificilmente se consegue praticar uma política salarial independente do mercado de trabalho, principalmente em função da escassez de recursos financeiros da área da saúde.

Numa situação em que os recursos financeiros fossem abundantes, seria possível praticar políticas salariais mais igualitárias, mas essa não é a realidade do SUS.

A decisão de remunerar melhor as equipes de PSF foi tomada em função dessa mesma escassez de recursos, e em função da prioridade à atenção básica e ao PSF. Como o município não dispõe de recursos financeiros para remunerar bem o conjunto de seus servidores, a decisão foi priorizar a saúde e, na saúde, a atenção básica.

Porém essa decisão teve conseqüências na organização do sistema de saúde como um todo, inclusive no fato de não conseguirmos ter um ambulatório de especialidades com a mesma qualidade que temos na atenção básica, pois não se consegue contratar profissionais em função dos baixos salários.

As diferenças salariais dos médicos em relação a outras categorias profissionais é, a meu ver, um conflito constitutivo do SUS e não vejo no curto e médio prazo nenhuma possibilidade de solução. Portanto os gestores têm que estar preparados para enfrentar esse conflito na gestão.

Outro tema debatido nas reuniões foi a retaguarda laboratorial, considerada um problema que comprometia a resolatividade da atenção básica em função da demora para obter os resultados dos exames.

Desde 2001, a Secretaria trabalhou com a diretriz de estruturar o Laboratório Municipal de Análises Clínicas, para que ele fosse capaz de atender a demanda da rede básica e do centro de saúde. Em 2002, a SMS Amparo descentralizou a coleta do Laboratório para todas as Unidades de Saúde. Em 2003, o Laboratório foi reestruturado e as áreas de hematologia e de bioquímica foram automatizadas.

A automação dos exames de hematologia e bioquímica viabilizou melhora na qualidade e agilidade dos resultados, além de garantir aumento das cotas de exames de acordo com a necessidade das unidades de saúde.

O Laboratório Municipal iniciou também a realização de exame a fresco de secreção vaginal e bacterioscopia no Centro de Saúde, para pacientes encaminhadas pela área de Ginecologia do Centro de Saúde e unidades de Saúde da Família.

A automação do Laboratório representou um aumento significativo no custo da retaguarda laboratorial. Mas saiu da pauta da gestão na medida em que deixou de ser problema.

Muitos municípios têm optado por terceirizar os serviços de laboratório, mas Amparo escolheu investir na melhoria do Laboratório Municipal, visto que a rede assistencial depende cada vez mais da retaguarda laboratorial para acompanhar os enormes contingentes de portadores de doenças crônicas não transmissíveis e idosos, que necessitam exames laboratoriais periódicos para controle de suas patologias.

Nesse sentido, discordo de alguns militantes da Reforma Sanitária, que criticam o excesso de exames laboratoriais com resultados normais, considerando-os desnecessários. Essa consideração não leva em conta que, entre as atribuições da atenção básica, estão o acompanhamento da saúde dos idosos, o controle dos pacientes hipertensos e diabéticos, assistência pré-natal, ou seja, cabe à atenção básica realizar esses exames para avaliar as repercussões destas patologias, que a propedêutica, por mais bem feita que seja, não consegue elucidar.

Em Amparo, a principal demanda das unidades básicas de saúde é formada por portadores de doenças crônicas não transmissíveis e idosos, que tem demonstrado grande adesão ao acompanhamento oferecido pelas equipes. Como a adscrição de clientela tem facilitado o diagnóstico precoce dessas patologias, as equipes acompanham um mesmo paciente por 20 a 30 anos, o que inclui exames laboratoriais de rotina.

À medida que a atenção aos portadores de hipertensão e diabetes foi se estruturando, o número de pacientes acompanhados foi aumentando, o que exigia maior eficiência na retaguarda laboratorial. Também a assistência pré-natal melhor estruturada exige maior resolutividade laboratorial.

A automação do Laboratório Municipal tem um custo bastante elevado para o município, mas ainda assim considero que a decisão foi válida, tendo em vista a maior eficácia da atenção à saúde dos pacientes.

Como os recursos para a saúde são escassos, o gestor vive permanentemente essa tensão de definir prioridades e usar os recursos financeiros da melhor maneira possível, buscando sempre avaliar em que medida cada investimento contribui para que o projeto de saúde do município avance na realização de seus objetivos.

No final de 2003, foi feito um processo de planejamento das prioridades para 2004, com ampla participação não somente dos coordenadores, mas das equipes de vários serviços municipais. O processo teve início com a discussão nas equipes e finalizou com uma oficina de planejamento, coordenada pela assessora Josefina Carazzatto. Os participantes da Oficina produziram um plano com prioridades para 2004 que, na sua maioria, foram implantadas durante o ano.

O processo de planejamento da Secretaria era mais amplo do que esses momentos normativos, mas os momentos coletivos cumpriam um papel importante de pactuar compromissos e metas num coletivo ampliado. E o planejamento sempre foi entendido como ferramenta de gestão.

Em 2004, teve continuidade a discussão dos indicadores de 2003 referentes à hipertensão arterial e diabetes. Foi apresentado e discutido o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, que vem sendo construído pelo SUS desde 2002. Foi também decidido implantar o Protocolo de Atenção à Saúde da Criança, com objetivo de melhorar o acompanhamento das crianças menores de cinco anos.

As discussões sobre os processos de trabalho das USF voltaram para a agenda do colegiado, com ênfase no acolhimento, na questão da Saúde Mental na atenção básica, na integração da Saúde Bucal e as relações de poder no interior das equipes, particularmente as relações entre médico e enfermeiro.

As duas unidades com o maior número de famílias adstritas, e uma unidade distrital, vêm desenvolvendo várias atividades de saúde voltadas para o cuidado integral e, em duas reuniões, seus coordenadores apresentaram e discutiram essas atividades no colegiado, pois entendíamos que o trabalho das equipes constituía-se em importante espaço de criação de arranjos inovadores, que deveriam ser publicizados e discutidos com os pares.

Importante relatar que a composição do colegiado muda, na medida em que coordenadores pedem demissão e entram novos coordenadores. Além disso, os coordenadores que estão desde o início do colegiado mudaram ao longo desses anos e a própria coordenação também mudou com a própria dinâmica do colegiado.

Uma sistemática que trouxe bastante polêmica no colegiado foi a de ouvir e registrar as queixas dos usuários.

Desde 2001, foi implantada uma espécie de ouvidoria na Saúde, que consistia em registrar todas as queixas de usuários, encaminhá-las para ciência dos coordenadores das unidades, solicitar informações sobre os fatos relatados pelos pacientes e sugerir medidas para resolver o problema.

As queixas eram registradas pela coordenadora da Unidade de Avaliação e Controle e pelo assessor administrativo da Secretaria, que as encaminhavam para a secretária de saúde; o papel dos ouvidores era escutar e registrar a queixa da forma mais fiel possível ao relato do usuário. À medida que a população soube desse espaço para expressar suas queixas, houve uma procura grande por parte dos usuários descontentes.

Desde o início, vários coordenadores manifestaram discordância com a forma como o nível central tratava a questão das queixas, referente à decisão dos ouvidores de não explicar para o usuário ou não defender a equipe que estava sendo criticada.

Em março de 2004, essa questão foi colocada na roda de discussão do colegiado. Nós do nível central expusemos nosso entendimento: essas queixas eram entendidas como “ruídos” da instituição e indicavam descontentamento da população com o atendimento. Para nós, elas deveriam servir para que as equipes refletissem sobre como uma parte da população estava compreendendo o trabalho das equipes, assim como serviam para a equipe central avaliar as próprias equipes.

Para os coordenadores, a maioria das queixas não refletia a realidade e, portanto, os ouvidores deveriam receber a crítica e explicar as rotinas de atendimento das unidades.

A discussão foi muito interessante e o debate foi centrado na questão do respeito ao direito do usuário de discordar e manifestar sua opinião e o quanto cada equipe era permeável à escuta do outro.

Outra discussão que esse tema suscitou foi sobre as diferenças de avaliação da equipe central e das equipes. A equipe central fazia uma leitura dessas queixas diferente da leitura das equipes, e isso tinha que ser respeitado, pois não se tratava de uns estarem contra os outros, mas sim de olhares diferentes pelo lugar que cada equipe ocupava na instituição da Secretaria.

A partir dessa discussão, a maioria dos coordenadores passou a discutir nas reuniões da equipe as queixas dos usuários e o trabalho dos ouvidores passou a ser compreendido pelas equipes.

Os Relatórios de Gestão que a equipe central apresentava ao Conselho Municipal de Saúde eram também apresentados e discutidos no colegiado.

As informações epidemiológicas indicavam que as ações de prevenção e controle das condições de saúde das crianças menores de um ano não estavam sendo eficazes; a atenção estava mais voltada para o atendimento da demanda que procurava as unidades, e não em ações de vigilância em saúde dessas crianças. Embora o Programa de Educação Permanente tivesse abordado vários aspectos da saúde da criança, não havia sido formalizado um conjunto de ações de controle da saúde dos menores de um ano.

A partir dessa avaliação, foi tomada a decisão de formar um grupo para discutir e propor Indicadores de Saúde da Criança. Após dois meses de trabalho do grupo, foi apresentado, discutido e aprovado o Protocolo e os Indicadores de Atenção a Saúde da Criança.

Outro tema debatido no colegiado foi sobre os Conselhos Locais de Saúde, que têm sido implantados com muitas dificuldades. A principal delas, ao meu ver, é a falta de cultura de participação política da população do município, conforme já comentamos anteriormente.

Outro elemento que dificulta a mobilização e organização da população é o perfil dos agentes comunitários de saúde de Amparo.

Quando os agentes comunitários de saúde são contratados através de parcerias com organizações sociais ou de organizações não governamentais, como ocorre com a quase totalidade dos municípios, é possível selecionar candidatos que tenham perfil para as atividades comunitárias ou mesmo demitir aqueles que não consigam desempenhar adequadamente esta atribuição.

No caso de Amparo, que os agentes são contratados através de concursos públicos, torna-se praticamente impossível selecionar, através de prova escrita, candidatos com perfil para o trabalho de mobilização e organização da população.

Apesar das capacitações e discussões que são feitas com os agentes comunitários de saúde, não se tem conseguido motivá-los para mobilizar e organizar a população em conselhos locais de saúde. Por outro lado, agentes que não têm perfil para esse tipo de trabalho não podem ser demitidos em função do concurso público.

O papel dos agentes comunitários como indutores de mobilização da população é um tema complexo, que não pode ser reduzido à forma de contratação. Mas acredito que a possibilidade de selecionar agentes de forma mais ampla pode contribuir no sentido de contar com profissionais mais adequados para esta função.

Em outubro de 2004, nas eleições para prefeito e vereadores, o prefeito municipal de Amparo foi reeleito e a equipe central da Saúde continuou a mesma. Em novembro, foi feito um amplo processo de Planejamento Estratégico com a participação de cerca de 160 funcionários, que participaram de 15 oficinas realizadas nos meses de novembro e dezembro.

Todo esse processo teve como produto um conjunto de propostas a serem desenvolvidas pela Secretaria Municipal da Saúde em 2005, tendo como objetivo melhorar a atenção à saúde da população de Amparo. A expectativa da direção da Secretaria em relação a esse processo foi contribuir para uma maior integração e participação dos diversos serviços e equipes da saúde e coletivamente produzir um conjunto de compromissos para 2005.

Em 2005, dois temas ocuparam a agenda da Secretaria e do colegiado: a elaboração do Plano Municipal de Saúde/PMS para o período de 2005 a 2008, e a proposta de educação permanente das equipes.

O Plano foi elaborado a partir do Planejamento Estratégico da Secretaria realizado em 2004, da 5ª Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em maio de 2005, e do Plano de Governo do Prefeito eleito. No planejamento ocorrido em 2004, ficou decidido que as propostas para Saúde Mental seriam discutidas em 2005, e as três primeiras reuniões do ano foram dedicadas a esse tema.

A descentralização da Saúde Mental para a rede básica é uma das estratégias adotadas no processo de construção da rede de serviços substitutivos ao manicômio, que teve início em 2001. Mas somente no segundo semestre de 2004 foi possível de fato fazer essa descentralização, através da atuação dos psicólogos nas unidades de Saúde da Família e de um psiquiatra que foi contratado, com jornada de 30 horas semanais, para dar apoio matricial às equipes de PSF.

Como já dissemos anteriormente, as equipes de PSF se opunham à proposta de assumirem a responsabilidade pelo acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais e houve necessidade de discussões bastante aprofundadas sobre as mudanças nos processos de trabalho das equipes e sobre os papéis do médico da equipe, do psiquiatra e dos psicólogos. Depois de várias reuniões com os coordenadores, ficou estabelecido um conjunto de diretrizes para a assistência aos pacientes psiquiátricos.

No entanto, em outubro de 2005, o psiquiatra pediu demissão e houve necessidade de estabelecer novas pactuações com os coordenadores para garantir atenção aos pacientes e o tema da Saúde Mental voltou para a roda no final de 2005.

Segundo parâmetros do Ministério da Saúde, cerca de 10% da população apresenta algum tipo de sofrimento mental e, desse total, cerca de 3% são transtornos mentais graves.

Em Amparo, temos cerca de 57.000 pessoas cadastradas no PSF, portanto teríamos cerca de 5.700 pessoas com sofrimento mental e, dessas, cerca de 1.700 com transtornos graves. Portanto a demanda de Saúde Mental seria em torno de 5.000 pessoas para os serviços de saúde, excluindo a demanda para os serviços especializados como CAPS, CAPS-AD e outros.

Esses dados indicam que não há alternativa que não seja a qualificação das equipes da Atenção Básica para que assumam o cuidado desses pacientes. Nossa proposta é qualificar as equipes de PSF para lidar com esses pacientes em seus territórios, com ações interdisciplinares, inclusive com apoio do agente comunitário de saúde. Mas, para que a rede básica possa assumir essa demanda, há necessidade de construirmos um caminho que seja assumido de fato pelas equipes de saúde da família.

A construção desse caminho, a meu ver, exige o apoio matricial da Saúde Mental e o trabalho continuado dos psicólogos nas equipes de PSF, além da Educação Permanente das equipes para a abordagem do sofrimento mental. O problema é que não existem psiquiatras disponíveis no mercado de trabalho, nem de Amparo nem da maioria de municípios brasileiros, para compor as equipes de apoio matricial à rede básica.

Apesar da falta do psiquiatra, não desistimos! E a coordenadora de Saúde Mental tem conseguido, com a equipe do CAPS e do Ambulatório AD, fazer o matriciamento para a rede básica e os casos de menor gravidade estão sendo atendidos no território pelas equipes de PSF.

O tema da Educação Permanente foi bastante discutido em 2005, pois o Ministério da Saúde, através de seu Departamento de Gestão da Educação em Saúde/DEGES, decidiu investir em um conjunto de municípios que vinham desenvolvendo experiências de educação permanente e Amparo foi escolhido como município colaborador. Várias atividades foram desenvolvidas, inclusive a formação inicial de três tutores e 63 facilitadores de Educação Permanente.

Com a mudança do ministro da Saúde, houve mudanças no DEGES e esse processo de formação de facilitadores foi interrompido. Mas o município continuou investindo em Educação Permanente.

As informações do Relatório de Gestão, elaborado anualmente para apresentação e aprovação no Conselho de Saúde, eram também discutidas no colegiado e indicavam aumento expressivo de atividades de saúde em grupos, realizadas pelas equipes de PSF.

No entanto a maioria dos coordenadores colocava dificuldades para esse tipo de trabalho e o despreparo das equipes para executar ações de educação em saúde voltadas para construção da autonomia dos usuários.

Para enfrentar o problema, o Pólo de Educação Permanente Leste Paulista aprovou um projeto de capacitação das equipes da rede básica de Amparo e microrregião, voltado para atividades de educação em saúde em grupos. Esse projeto foi discutido e avaliado nas reuniões do colegiado.

***12- A GESTÃO DA SAÚDE EM AMPARO
NA VISÃO DOS COORDENADORES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA***

A sessão do grupo focal com os coordenadores das equipes de Saúde da Família ocorreu conforme previsto na Metodologia. Oito coordenadores das unidades de Saúde da Família participaram da sessão do grupo focal.

O município conta atualmente com dez coordenadores, sendo quatro médicos e seis enfermeiros. Foram convidados para o grupo focal os profissionais que ocupavam o cargo em 2005. Dois coordenadores não foram convidados porque iniciaram a função de coordenação em 2006. Um dos participantes foi coordenador em 2005 e atualmente é médico de saúde da família de uma unidade.

Portanto, dos oito participantes da sessão, sete são coordenadores. Um dos coordenadores cumpre parte de sua jornada no Grupo de Apoio à Atenção Básica. Os coordenadores são concursados, com uma exceção que é esse profissional que faz parte do Grupo de Apoio.

Os coordenadores são escolhidos para desempenhar a função de coordenação das UBSs pela Secretaria Municipal de Saúde e recebem uma função gratificada de 15% do salário para exercer essa função.

A primeira coisa que chama atenção na leitura do relato da observadora do grupo focal é que houve uma certa tensão no início da sessão do grupo, mas que foi se desfazendo na medida em que o próprio grupo foi se colocando.

Observador: “As pessoas estão sérias, com uma tensão, certo constrangimento e dificuldade para começar. O grupo todo está em posição de atenção, em silêncio, reflexivo, voltadas ao centro”.

Por outro lado, é interessante perceber como a técnica de grupo focal permite que os coletivos se manifestem enquanto coletivos, pois a fala de um acaba motivando a fala do outro, reproduzindo em grande medida a dinâmica da própria reunião de coordenadores de saúde da família.

Observador: “C 7 pega a palavra e fala gesticulando, de corpo inteiro, olhar intenso em posição de atitude. Nayara pergunta se quem não se apresentou se sente contemplado na fala das outras e C 4 e C 3 concordam com a cabeça. C 1 também fala com o corpo aberto. C 6 fala com calma, mas de forma voltada para frente de braços e pernas descruzadas”.

12.1- As equipes de saúde da família: espaço coletivo de gestão

O que mais chama a atenção nas falas do grupo é a ênfase dada ao processo de construção das equipes das unidades. Já na primeira rodada, quando cada participante é convidado a falar do que faz na unidade, a maioria faz referência ao processo de construção das equipes. Também quando são solicitados a falar da gestão das unidades, novamente o processo de construção das equipes é colocado.

C1: Minha função é levar a equipe a fazer um trabalho responsável, e em equipe mesmo, cada um ocupando seu lugar, formando um corpo só, para população, em benefício da população, sempre pensando que o que a gente faz é pela população, abrir os caminhos, facilitar para que os profissionais possam dar o melhor de si no trabalho. É uma função de juntar, de facilitar, de dar diretrizes.

C6: Também olhar o profissional como um todo, como parte da equipe, tentar entender as dificuldades que os profissionais estão no processo de trabalho, tentar trabalhar muito as questões de relações interpessoais, isto é uma coisa super difícil no papel da coordenação, que atinge diretamente o trabalho da equipe e atuação mesmo com a população.

C9: A construção da grupalidade aqui é muito linda, porque você tem espaço no cotidiano, e constrói com eles, você constrói com aquele tensionamento, com teoria de ruídos.....A equipe aqui é muito potente. A construção das equipes a gente caminhou

barbaridades porque investiram muito na gente também. Tem o PES, temos agora uma capacitação, e o PES é uma ferramenta fundamental pra gente trabalhar na equipe, para não sermos nós que problematiza, mas é a equipe que problematiza.... Então o que resta para gente no cotidiano é este sentimento de estar coordenando, é este sentimento, e eu sou muito feliz aqui por isso.

C2: Eu vejo o papel do coordenador é mais de ser uma referência, porque a construção é da equipe, porque o quando a gente trabalha, com o planejamento, com os projetos, são todos da equipe e o que a gente faz é ser referência.... intermediar a relação com a secretaria de saúde, mas é a equipe que está construindo. Quando a **C9** falou que a equipe criou força, e a equipe criou força mesmo, a equipe está mais forte, está mais participativa, está mais compromissada.

C4: ... Daí pra você resgatar que aquilo lá é uma equipe, e uma equipe só cresce se for junto, que todo mundo tem de trabalhar em conjunto, que todo mundo tem de ter opinião, que não existe um médico, o enfermeiro, não, o que existe é a equipe, então assim trazer a equipe pra junto da população... e pra gente mesmo no trabalho dia-a-dia, então é super difícil pra você resgatar e trazer, mas é super gratificante porque você vai vendo o trabalho dando certo, a evolução, e esta é a melhor parte que tem.

E as reuniões de equipe são citadas como dispositivos fundamentais para que este processo de construção das equipes se concretize.

C9: ... A construção das rodas, todos temos um dia que a gente senta todos, uma roda democrática, que todos falam, constroem, onde colocam o que não gostam, mas gostariam de fazer isto assim, que querem assim, os temperamentos, dentro das possibilidade das pessoas, esta construção de equipes é muito forte aqui.

C3: Por isso o espaço da reunião - e cada unidade tem o seu, a gente decide em conjunto, pelo menos no Jardim... , que eu coordeno, as decisões são tomadas junto, em comum acordo, com todos. E depois a gente faz periodicamente avaliação do que foi decidido, pra ver se ficou legal as coisas, se precisa mudar.

C6: ... A roda aqui é muito forte, eu sinto que este processo da roda é muito forte, poder falar, as reuniões, as rodas são muito presentes. Nas reuniões, as pessoas não guardam o conflito, elas falam, isto é muito presente nas unidades.

C9: As reuniões estão ganhando uma força que são todos iguais, não tem hierarquias claramente. Nas reuniões de equipe te questionam. O médico estranha porque as técnicas te questionam. Tem de escutar porque elas têm uma experiência, e elas estão falando... Nas reuniões da equipe é diferente. No dia-a-dia os monstros emergem; eu sou médico, você vai fazer e eu mando..... Você tem de estar permanente ouvindo este ruído e chamando: como é? Este coletivo está construindo sujeitos, mas fora do coletivo não.... Mas fora é diferente. É uma construção de sujeitos nestes coletivos, mas no dia-a-dia é diferente.

E a observadora registra: “ Quando M pede que se fale mais sobre a gestão, C1 coloca sobre si com prazer, mesmo com seriedade. O mesmo com a C7 que está ao seu lado, que ao falar de sua timidez parece haver identificação. E C4 que está ao lado de C1 fala, gesticulando, fala da gratificação no trabalho, mas com seriedade, às vezes um pequeno sorriso. C9 ri francamente ao falar. C3 se coloca de forma viva e intensa. C8 fala da tomada de decisões de forma séria, mas não sofrida, e as outras ficam atentas e concordam com a cabeça. Segue a fala da C9 é cheia de emoção”.

Uma das diretrizes definidas no Colegiado desde 2001 foi que as equipes deveriam reunir-se para discutir seus processos de trabalho, analisar seus problemas enquanto equipes e buscar os melhores arranjos possíveis para atender as necessidades de saúde da população.

A necessidade das equipes construírem a própria grupalidade e constituírem-se enquanto sujeitos deste processo de mudança foi tema não somente de várias discussões do colegiado, mas também do Programa de Educação Permanente/PEP.

Na atenção básica, as equipes deparam-se com problemas complexos, pouco estruturados do ponto de vista nosológico. A maioria desses problemas relaciona-se com o modo de caminhar a vida das pessoas, e a abordagem baseada exclusivamente nos aspectos biológicos não consegue dar conta do processo de adoecimento (Capazzollo, 2003).

Além disso, o saber médico voltado para a doença, e não para o doente, não é suficiente para abordar o indivíduo no seu contexto. Outros saberes precisam ser incorporados e o trabalho em equipe coloca-se como exigência (Capazzollo, 2003).

Mas também os outros núcleos de competência que compõem as equipes de PSF são muito centrados no biológico, como é o caso do saber da área de enfermagem e de saúde bucal. Além disso, as relações de poder entre os diferentes núcleos que atuam no campo da produção do cuidado dificultam a interdisciplinariedade. Há necessidade de investir no trabalho cotidiano para desconstruir a hegemonia do saber médico e construir o saber fazer do coletivo, da equipe. Para mudar essa realidade, é necessário um esforço cotidiano dos atores políticos responsáveis pela gestão e produção do cuidado, em todos os níveis da instituição.

O colegiado de coordenadores do PSF tem sido um espaço de indução e apoio à construção dessa mudança, que tem um papel importante na discussão e implantação do modelo assistencial usuário centrado. Mas as mudanças devem ocorrer no cotidiano dos processos de trabalho, na micropolítica do trabalho vivo.

Atualmente todas as equipes reúnem-se regularmente e temas como o acolhimento, tempo para demanda espontânea e demanda programática, trabalho dos agentes comunitários de saúde, indicadores de saúde da unidade, territorialização, trabalho intersetorial e tantos outros fazem parte da pauta das equipes.

A capacidade de governar suas equipes e fazer a gestão do cuidado é bastante diversificada entre as unidades. Alguns coordenadores conseguem estabelecer contratualizações com as equipes no sentido de trabalhar de fato em equipe e para atender necessidades de saúde da população. Outros continuam ainda presos a processos de trabalho centrado em procedimento.

Esse processo é permanente e exige um esforço coletivo para que seja incorporado efetivamente pelo conjunto dos trabalhadores e coordenadores de equipes, garantindo que as reuniões sejam espaços reais de enfrentamento de problemas na atenção à saúde dos usuários, mas também espaço de criação das equipes e construção de subjetividades.

É um processo que vem sendo construído desde 2001 e tem uma direcionalidade clara. Temos trabalhado para que os coordenadores atuem com ferramentas que potencializem o trabalho em equipe. Minha avaliação em relação ao funcionamento da rede básica em 2001 era que faltavam ferramentas para a construção de um processo de trabalho interdisciplinar nas equipes.

Faltava a explicitação e construção de um trabalho mais sistematizado de Atenção Básica por parte da gestão municipal, capaz de induzir e apoiar, do ponto de vista de projeto, processos de trabalho mais solidários e criativos.

A principal dificuldade colocada pelos coordenadores era a construção do trabalho em equipe, compartilhado, com responsabilização.

O desafio de organizar coletivos de trabalhadores comprometidos com a saúde e a vida dos usuários vem sendo enfrentado cotidianamente, e a superação de processos de trabalho centrado nos interesses individuais dos trabalhadores para um modelo usuário centrado continua exigindo muito esforço. Esse tipo de gestão vem sempre carregado de uma certa tensão, enfrentada de diferentes maneiras pelos coordenadores.

Assumir o papel de gestor do cuidado, realizado através do trabalho interdisciplinar, em equipe, e centrado nas necessidades de saúde dos usuários é uma tarefa extremamente complexa, com um componente de conflito bastante expressivo.

As falas dos coordenadores na sessão do grupo focal e o acompanhamento que a Secretaria faz do trabalho nas unidades indicam que o processo de construção das equipes faz parte da realidade da rede básica de Amparo.

Nos últimos cinco anos, esse debate esteve muito presente nas reuniões do colegiado de coordenadores e foi, ao meu ver, um processo de aprendizagem tanto para nós do nível central como para os próprios coordenadores das unidades.

Meu esforço, como coordenadora desse coletivo, foi sempre no sentido de colocar na pauta a discussão sobre o processo de trabalho das equipes. Evidentemente que sempre fazia isso tomando posição, tensionando o debate, mas ao mesmo tempo ouvindo e procurando entender as dificuldades do cotidiano dos serviços.

Pela observação da dinâmica daquele coletivo, acredito que um dos maiores problemas era a dificuldade de alguns coordenadores de trazer para a discussão os problemas de suas equipes. Quando havia conflito, discussão, confronto de projetos, o grupo amadurecia e era possível perceber crescimento coletivo. O problema era que alguns coordenadores participavam pouco dos debates e era perceptível a dificuldade que tinham em colocar-se naquele espaço. Sabíamos que esses coordenadores dificilmente conseguiriam debater com suas equipes os temas discutidos e pactuados no colegiado.

A análise do processo de construção deste colegiado, tanto pelas falas dos coordenadores como pela avaliação que tenho destes seis anos indica, ao meu ver, que há uma contribuição efetiva dos coordenadores na discussão do modelo de Atenção Básica no município, e o PSF de Amparo hoje é um projeto construído por vários atores políticos, e o colegiado de coordenadores tem sido um ator fundamental nesta construção; não somente por participarem e interferirem na construção do projeto, mas também por serem os responsáveis pela sua concretização.

Por outro lado, as mudanças na coordenação das unidades e no próprio colegiado dificultam a construção deste coletivo, que não consegue ter acúmulo para formular uma política de atenção básica para o município. Vários coordenadores têm capacidade de formulação, tensionam com a equipe central e participam efetivamente da construção do projeto, mas não é a maioria.

12.2- Tensão constitutiva do lugar de coordenação da unidade de saúde da família

Há que se reconhecer que a gerência de uma unidade básica de saúde é um lugar de muito conflito, pois aí se expressam os interesses dos trabalhadores da unidade, dos usuários e da gestão municipal. As coordenadoras em muitas situações defendem as propostas pactuadas no colegiado e, em muitas outras, comprometem-se com o autogoverno de suas equipes.

Considerando que todos os trabalhadores têm projetos e governam, cada um vai buscar imprimir ao processo de trabalho seus interesses. Uma gerência democrática deve garantir autonomia aos trabalhadores para que eles possam se reconhecer no produto de seu trabalho.

No entanto, essa autonomia deve estar condicionada ao objetivo de cuidar do usuário, que é, em última instância, o motivo de existir da unidade; cuidar acolhendo, cuidar com vínculo e com responsabilização. Gerenciar esses diferentes interesses e organizar os processos de trabalho das equipes é a essência do trabalho de gerência.

No caso da saúde, em que a produção do cuidado se dá na relação entre o profissional e o usuário, a autonomia do trabalhador é muito maior do que em outros processos de produção. O gerente da unidade deve ser o gestor do cuidado, entendendo que o cuidado se dá através do trabalho vivo em ato. Quando acrescentamos nesse processo o trabalhador médico, com sua posição de hegemonia na sociedade e que tem reflexos na equipe, é possível percebermos a complexidade presente no trabalho de gerência de uma unidade de saúde.

Muitos gerentes acabam administrando a unidade, sem interferir nos processos de trabalho. Outros assumem a defesa dos interesses dos trabalhadores, que muitas vezes não coincidem com as propostas da direção da secretaria, no sentido de tomar o território particular do usuário como eixo do processo de trabalho.

Mota (1975) afirma que os conflitos nas organizações são inevitáveis, pois haverá sempre necessidades organizacionais e necessidades individuais. E o lugar do coordenador é o local de expressão desses conflitos.

Mas há que se considerar que a tensão entre necessidades de saúde dos usuários e interesses dos funcionários é constitutiva nas organizações de saúde. Nesse sentido, as equipes de saúde devem analisar e refletir sobre a produção de saúde, buscando estabelecer contratos para enfrentar essa tensão constitutiva da equipe.

Segundo Merhy (2001), as tecnologias leves do trabalho vivo em ato operam um certo modo de governar organizações, e uma certa maneira de produzir atos cuidadores, o que define um certo modelo de atenção. As práticas de acolhimento, vínculo, autonomização configuram tecnologias leves.

Ainda segundo esse autor, a forma de gerenciar processos de trabalho interdisciplinares baseia-se nas chamadas tecnologias leves.

O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato e não pode ser totalmente capturado pela lógica do trabalho morto, na medida em que opera com tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, comportando um grau significativo de liberdade de escolha do modo de fazer a produção dos atos cuidadores.

Trata-se, portanto, no caso dos gestores, de trabalhar a modelagem de tecnologia do trabalho vivo em ato operando distintas dimensões tecnológicas, no sentido de considerar tanto as necessidades dos usuários como dos trabalhadores.

Para compreender os modelos tecnoassistenciais em saúde, deve-se tomar como eixo analítico a articulação da tecnologia leve com as outras tecnologias, pois essa análise permite expor a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo pelo morto.

A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde expressa-se como processo de relações com o usuário, que representa necessidades de saúde, o único que pode, com seus interesses particulares, publicizar as distintas intencionalidades dos agentes em cena nos modelos assistenciais.

E esse jeito de fazer a gestão das unidades, trabalhando com as equipes, construindo contratualizações efetivas, é a principal marca da gestão em Amparo.

Algumas comentam sobre perfil e a experiência para desempenhar as funções de coordenação. Outros aspectos referidos foram: coordenador como elo entre a Secretaria e a equipe; coordenador como referência para a população.

C1: Eu sou um pouquinho tímida, não sou de falar muito, nem de fazer grandes discursos, nem de liderar, então eu sinto um pouco esta dificuldade, de falta de liderança, eu acho na minha unidade eu tenho uma liderança e a gente ...devagar.

C 7: Eu acho que a gente funciona como um elo entre a secretaria e os membros da equipe, a gente passa as informações, além de resolver problemas do dia a dia lá dentro das unidades. Pra mim eu tenho de agradecer, eu também não tinha perfil, mas eu estou tendo a oportunidade bacana, de estar fazendo uma coisa que eu nunca fiz, difícil pra mim, tenho dificuldade de falar, de liderar, e tudo o mais. Eu tento superar, entendeu?.....Eu era uma pessoa que não tinha noção do que é ser uma coordenadora.

C2: Estou há quase dez anos aqui, e já tem bastante tempo que faço o papel de coordenadora, a gente não fica coordenador da equipe, só para a equipe, então a população já tem esta noção, de quem procura, dos problemas que traz. No meu caso, eu já sinto bastante apoio da comunidade, queixas, sugestão, eles procuram também para fazer o cadastro, nós temos também o conselho local de saúde que o coordenador também atua no conselho local junto com a equipe. Eu vejo o papel do coordenador é mais de ser uma referência..... para a secretaria, para a população.

Outra questão colocada no relato do que fazem os coordenadores que apareceu foi o fato de fazerem a gestão da unidade e a atenção aos pacientes.

C8: A gente põe no consultório, a gente acolhe, faz o acolhimento, faz visita domiciliar, porque não existe somente o papel de coordenador na unidade, a gente se divide, porque eu que sou enfermeira, faço o papel de enfermeira e o papel de coordenador e é difícil,eu sou uma pessoa só, e é difícil porque às vezes a gente está atendendo e tem alguma situação que você tem de parar e raciocinar: agora eu sou coordenador.

C9: Eu realmente acho que a coordenação aqui é muito rica, porque a gente atende também. O fato de estar inserido no atendimento, você está dentro e também está de fato na coordenação.

Nas primeiras reuniões do colegiado foi pactuado que todas as unidades contariam com um coordenador da equipe, um profissional que fosse responsável pela gestão do cuidado e que participasse da construção do projeto de atenção básica para o município.

Em fevereiro de 2001, o colegiado discutiu e aprovou um conjunto de atribuições do coordenador de unidade, que se traduziu numa ordem de serviço. A decisão foi que a coordenação seria assumida pelo médico ou enfermeiro da unidade.

A decisão da gerência ser assumida por um dos membros da equipe tornou-se possível em função não somente do tamanho relativamente pequeno das mesmas, mas também em função do número de famílias atendidas por equipe ser relativamente pequeno.

Por outro lado, entendia que o fato de um mesmo profissional executar ações gerenciais e ações de assistência poderia não só facilitar a gestão do cuidado como também contribuir para evitar a burocratização da gerência das unidades.

Outra questão considerada referia-se às relações de poder dentro da instituição. Pelo fato de Amparo ser um município de médio porte e a Secretaria Municipal de Saúde contar com uma rede de serviços relativamente pequena, entendia que deveria fazer um esforço para reduzir ao mínimo possível os níveis hierárquicos da instituição, de tal maneira que ao instituir dois colegiados de gestão, o central e o de coordenadores,

as decisões pudessem se viabilizar rapidamente, no sentido de favorecer as unidades de produção do cuidado.

Os coordenadores utilizam parte de seu tempo para as atividades de coordenação e parte para assistência. Para isso uma unidade não pode ter mais que duas equipes de Saúde da Família, pois esse aumento exigiria um tempo exclusivo para a coordenação.

Ao assumir a responsabilidade pela assistência e pela coordenação da equipe, o profissional tem que associar a atividade de cuidar das famílias sob sua responsabilidade e, ao mesmo tempo, responsabilizar-se pela gestão do cuidado de todas as famílias adscritas à equipe como um todo.

O universo de atuação do coordenador da unidade amplia-se, quando assume a responsabilidade pela gestão do cuidado. A assistência direta às famílias permite que ele não se distancie do processo de produção do cuidado e aumenta as possibilidades dos interesses dos usuários estarem na agenda do coordenador/cuidador.

Essa organização do processo de trabalho das equipes é freqüentemente discutida nas reuniões do colegiado. Nas unidades em que há muita pressão por atendimento, os coordenadores queixam-se da sobrecarga de trabalho. Isso porque não se consegue estabilizar o número de famílias cadastradas e o aumento das equipes não tem conseguido acompanhar o aumento das famílias atendidas.

Ao meu ver, a coordenação do cuidado direto do usuário ocorre através de processos singulares, definidos por cada uma das equipes e que ocorre através do trabalho vivo em ato, e nenhuma direção que não esteja diretamente envolvida com esse cuidado é capaz de fazer a coordenação de maneira integral, sem distanciar-se da relação tensa com o outro. Essa é a justificativa que me move a insistir na proposta da gerência ser feita por um trabalhador do cuidado. E daí também a minha insistência em evitar um número excessivo de instâncias de gestão.

Cecílio (2003), ao analisar a gestão de um hospital, conclui que há uma polarização do poder real da instituição estudada: no topo está o Núcleo Executivo, onde são tomadas as decisões mais importantes para o cotidiano do hospital, e na base,

nas equipes, está o poder de fazer as definições mais estratégicas relacionadas com o cuidado do paciente. Segundo ele, todos os arranjos de co-gestão intermediários entre esses dois pólos ficariam esvaziados.

Minha tentativa de tornar o mais próximo possível o topo da base, no caso a coordenação da unidade, que é também produtora do cuidado, tinha como objetivo evitar esse distanciamento da direção com o mundo do trabalho.

Esse arranjo organizacional adotado em Amparo por cinco anos potencializou muito o trabalho da gestão, mas trouxe problemas, que são explicitados pelos coordenadores no grupo focal, e este tema será retomado.

12.3- Atenção à saúde em Amparo na visão dos coordenadores

Em relação à atenção oferecida pelo sistema municipal de saúde há uma fala que repete entre todos os componentes do grupo, que é que a ênfase nos aspectos positivos da atenção básica de Amparo; alguns colocam que a experiência de Saúde da Família é uma referência nacional. Há referência em relação ao acolhimento, à responsabilização das equipes pelos usuários, ao cardápio diferenciado de ofertas da atenção básica. Simultaneamente há uma crítica muito forte em relação à atenção secundária, inclusive à falta de compromisso dos médicos especialistas e dos profissionais dos pronto-socorros da cidade, e o quanto isso impacta negativamente a atenção oferecida na rede básica.

C9: Então tem várias coisas que a gente faz no cotidiano que são muito importantes, como ferramentas indispensáveis para este tipo de gestão que nós temos. Uma é o acolhimento, acho que é uma diretriz fundamental que todos nós trabalhamos nos centros de saúde e é uma diretriz da Secretaria, que está implementada de modo muito diverso nos diferentes centros de saúde, mas que é uma ferramenta fundamental para dar conta de um SUS que atende 95% da população de Amparo.

C7: Falhas sempre vai ter, é muito complicado atender a população e tudo, mas do que eu vivi em outros municípios anteriormente, eu acho que o atendimento aqui é bom,mas eu vejo assim, que o que a população busca lá com a gente, a gente tem conseguido oferecer para eles, tanto dentro da equipe dentro da unidade, como fora, de maneira geral a gente consegue, é claro tem coisa que é mais difícil de conseguir, demora mais, mas não vejo ninguém ficando sem atendimento.

C6: A atenção à saúde aqui está bastante avançada comparada com outros locais. Aqui a atenção primária vai muito bem, mas quando chega na atenção secundária, terciária, aí tem muito problema, e não depende muito da gente.

C2: Eu acho que na unidade de SF a gente tem muito vínculo, compromisso, e fica muito pesado, para quem está na ponta, manter este compromisso e responsabilização, porque no secundário e no terciário não tem estas coisas. Então enquanto a gente consegue ser resolutivo na ponta, está ótimo, está excelente, mas quando vai para o secundário e no terciário, a gente vê muito sofrimento do usuário e a gente participa junto, porque ele vai e ele volta, e ele vai e ele volta, e a gente fica impotente, o mais difícil é que a secretaria não consegue atuar, a secretaria não consegue ter governabilidade com os especialistas,....e é um sofrimento muito grande, a gente vê o usuário indo e voltando, falta de postura do profissional, falta de ética, ...sem resolutividade, porque o atendimento é muito ruim.

C2: ...Este bate e volta do paciente, de mau atendimento no especialista, esta falta de compromisso, problema de ética confunde muito o usuário, para ele é o SUS, e nós fazemos parte do SUS, então a gente sofre muito.

C3: Eu acho que toda esta problemática que estão relatando agora é por causa do modelo, o modelo mudandoNo PSF não é assim, a equipe é multiprofissional, as enfermeiras atendem, os técnicos atendem, nós temos os agentes comunitários, tem o excelente trabalho dos Agentes, eles são a figura principal, e o médico está fazendo o seu papel, e nós estamos conseguindo desempenhar o papel que nos foi proposto, de fazer Atenção Primária ...

C8: Eu acho que as equipes têm muito mais a oferecer que só a consulta propriamente dita. E hoje a gente já tem uma gama de coisas que a gente oferece, os grupos que a gente faz, a caminhada, a yoga. Às vezes é isto só que o paciente procura, não é a medicação, nem a parte curativa...

C5:Porque, apesar da gente conseguir oferecer tanta coisa, mas tem caso que precisa, que a gente precisa do especialista, o problema é quando precisa do especialista, quando esgota a possibilidade na unidade do PSF, o que eu tenho percebido é que isto acaba com a integralidade, rompe o princípio da integralidade. O paciente está ali.... não consegue ir para frente, a gente... tentando fazer uma coisa, ...usando recursos que a gente sabe que não é o que ele precisa, e compromete o SUS como um todo.

C1: Aí o paciente paga um médico particular, paga uma consulta particular, paga o especialista, e o especialista, que está nesta luta de força, ele crítica o postinho, e você perde toda sua credibilidade).

Nesses cinco anos de governo, a Saúde em Amparo viveu um intenso processo de mudanças, tanto do ponto de vista da assistência como da gestão.

Houve investimentos de recursos para melhorar a rede física existente e para ampliar e capacitar as equipes das unidades.

Optou-se por investir na rede existente e não implantar novas unidades. Uma única unidade nova foi construída para atender a região central do município, e uma unidade rural - construída e equipada pela Administração anterior, mas que não tinha equipe, foi colocada em funcionamento. Em 2001, eram 13 unidades de saúde da família e esse número permanece o mesmo até o presente momento.

Em cinco anos, dois prédios novos foram construídos, três foram reformados e ampliaram em 100% suas áreas físicas. Outros dois prédios passaram por reforma e ampliação; e duas unidades que funcionavam em prédios alugados mudaram para outros prédios maiores e tiveram suas áreas físicas dobradas de tamanho. Ou seja, dez unidades melhoraram significativamente suas estruturas físicas.

A unidade construída para atender a população da região central da cidade possibilitou a transferência da atenção básica realizada no Centro de Saúde para essa nova unidade. A estrutura física das unidades básicas de saúde de Amparo encontra-se em ótimas condições: as unidades são amplas, bem iluminadas, contam com sala para trabalho de educação em saúde com grupos, consultórios para atendimento médico e de enfermagem, os equipamentos e mobiliário são novos e adequados às ações de atenção básica.

A rede básica está formada, em setembro de 2006, por 13 unidades de Saúde da Família com 18 equipes completas. Todas unidades trabalham com população adstrita e o número de famílias cadastradas por equipe é, em média, de 900 famílias. Todas as famílias que residem no território são cadastradas.

Cada unidade conta com uma equipe de PSF e uma equipe de Saúde Bucal, sendo que hoje o município conta com 14 equipes de Saúde Bucal no PSF. Nas unidades da área rural, com pequeno número de famílias cadastradas, os profissionais dividem a jornada de trabalho em mais de uma unidade.

Para dar conta da realidade local, a rede convive com situações diferenciadas: uma unidade conta com três equipes de PSF (São Dimas); quatro unidades com duas equipes (América, Brasil, Pinheirinho, Camanducaia), duas unidades distritais com uma equipe (Arcadas e Três Pontes); uma equipe atende em três unidades rurais

(Boa Vereda, Pedrosos e Areia Branca), como se cada uma fosse uma micro-área; outra equipe atende uma unidade rural e uma pequena comunidade na área urbana (Marp e Vale Verde); uma unidade conta com uma equipe completa e mais o reforço de profissionais que cumprem 20 horas na unidade (Moreirinha).

Esses arranjos feitos com objetivo de responder às necessidades de cada unidade e a disponibilidades de recursos do município evidenciam a importância dos gestores municipais terem autonomia para organizar as equipes de saúde da família da maneira mais adequada à sua realidade, e que o Ministério da Saúde não pode ter a pretensão de interferir nesses arranjos locais.

Para construir essa rede foram implementadas mudanças que poderiam ser resumidas em 12 itens.

- 1- Criação de Colegiados de Gestão: Colegiado/Equipe Central e Colegiado de Coordenadores do PSF, e construção de equipes de Saúde da Família em cada unidade básica de saúde;
- 2- Adequação do número de profissionais nas equipes que estavam incompletas e ampliação do número de equipes de PSF e de Saúde Bucal;
- 3- Desenvolvimento de um amplo processo de Educação Permanente para qualificar a clínica desenvolvida pelos profissionais e incorporar ações de caráter coletivo no dia-a-dia das equipes;
- 4- Planejamento e construção de indicadores para avaliação do trabalho das equipes;
- 5- Reorganização do processo de trabalho das equipes buscando garantir o acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia dos usuários e das equipes;
- 6- Desenvolvimento de ações preventivas, educativas e curativas voltadas para melhorar a qualidade de vida da população do território;
- 7- Incorporação das ações de Saúde Bucal na Atenção Integral à Saúde das Famílias, garantindo inclusive atendimento aos adultos, com implantação do Tratamento Completado;

- 8- Incorporação de ações básicas de Saúde Mental no atendimento às famílias, através da descentralização do trabalho de psicólogos;
- 9- Implantação de uma política de Assistência Farmacêutica de acordo com as necessidades locais;
- 10- Investimentos na retaguarda laboratorial;
- 11- Contratação de médicos especialistas para o Ambulatório de Especialidades, para dar maior resolutividade nas ações de média complexidade;
- 12- Adequação da área física e dos equipamentos das Unidades de Saúde.

Em termos de oferta de serviços, o SUS tem um peso importante na Saúde local. O SUS de Amparo realizou, em 2004, 187.381 consultas médicas, sendo que a rede própria municipal realizou 64% e os pronto-socorros e ambulatórios dos hospitais conveniados realizaram cerca de 36% do total.

Não houve aumento do número de consultas médicas na rede básica proporcional ao aumento do número de médicos. Nossa avaliação é que os médicos diversificaram suas ações, com maior participação em atividades de saúde, visitas domiciliares e outras.

As enfermeiras participam das equipes de PSF e, em seis unidades, respondem pela coordenação das mesmas. Nas equipes, elas fazem o acolhimento, consultas de enfermagem conforme protocolos pactuados, visitas domiciliares, trabalho de grupo e supervisionam as ações dos técnicos de enfermagem, além de participar das reuniões de equipe. O fechamento das planilhas dos sistemas de informação do SUS, bem como a coordenação do trabalho dos agentes é, na maioria das unidades, de responsabilidade das enfermeiras.

Comparando a produção das enfermeiras ao longo desses anos é possível verificar o aumento expressivo de seu trabalho na produção do cuidado das equipes de Saúde da Família. Em 2000, eram nove enfermeiras e, em 2004, eram 16,

portanto o aumento foi de 78%. O aumento de produção dos enfermeiros de 2000 para 2004 foi de 123%. Além do aumento de produção, houve também nesse período uma inserção mais qualificada dos enfermeiros nos processo de trabalho das unidades. Ao nosso ver os enfermeiros assumiram novas responsabilidades e vêm contribuindo para a construção de um trabalho mais interdisciplinar nas equipes de PSF.

A partir de 2001 colocamos como diretriz a Educação em Saúde, a ser realizada através de grupo de usuários nas unidades com objetivo de criar espaço para troca de experiências entre os participantes, discussão de temas importantes para a prevenção das doenças e a promoção da saúde, autocuidado de cada um e a busca de autonomia para lidar com seus problemas e suas doenças.

Segundo dados do Relatório de Gestão de 2004, o número de atividades em grupos, registradas no Sistema de Informação Ambulatorial/SIASUS, aumentou de 2000 para 2004 em aproximadamente dez vezes. O processo de mudança do CSI para Ambulatório de Especialidades, referência para a rede básica, vem sendo feito ao longo desses cinco anos.

Ainda segundo dados do Relatório de Gestão de 2004, em 2001 as consultas médicas das clínicas básicas (clínica geral, pediatria, ginecologia-obstetrícia) representavam 53% do total de consultas médicas do CSI e as especialidades representavam as outras 37% de CM. Em 2004, as consultas médicas das clínicas básicas representaram 37,6% do total de consultas realizadas no CSI, o que indica uma inversão no perfil de atendimento do Centro de Saúde no sentido planejado em 2001.

Esse aumento do número de profissionais e consultas especializadas melhorou a resolutividade do sistema de saúde como um todo. São médicos de Campinas, contratados através de regime de plantão, com remuneração por hora trabalhada e com uma qualificação profissional bastante significativa.

No entanto, parte dos especialistas que já faziam parte do quadro do Centro de Saúde, inclusive alguns do antigo Ambulatório de Especialidades do Estado, faz um atendimento pouco resolutivo, e a Secretaria da Saúde não tem tido governabilidade para alterar essa situação, o que é muito criticado pelas equipes de Saúde da Família.

Anualmente, os dados de produção são analisados pela Secretaria, colocados nos Relatórios de Gestão e discutidos no Conselho Municipal de Saúde e nos colegiados do nível central e dos coordenadores.

Os processos de mudanças numa rede de serviços de saúde, responsável pela produção do cuidado, com grande quantidade de atores com diferentes projetos, com distintos graus de autonomia, são processos complexos, com espaço para instituir modos novos de produzir saúde, que gerem sentido para os trabalhadores e respondam às necessidades de saúde dos usuários. Assim como há espaço para reprodução de modelos instituídos, construídos em direção oposta àquela que a gestão buscou indicar.

Creio que, após cinco anos coordenando o processo de mudança da gestão de uma rede de serviços de saúde, em um local concreto e num tempo histórico determinado, posso afirmar que muitos trabalhadores foram capazes, com o apoio da gestão, de criar espaços de produção do cuidado, espaços produtores de sujeitos, com autonomia e liberdade. Enquanto outros, que participaram desse mesmo processo de gestão, não conseguiram instituir novas formas de produzir o cuidado.

Há ainda os que trabalharam efetivamente para reproduzir o modelo baseado na oferta de procedimentos, sem construir vínculos e sem responsabilizar-se pela saúde do usuário.

Os gestores podem instituir dispositivos que favoreçam a construção desse novo jeito de produzir saúde; mas isso não garante certeza de mudança dos processos de produção do cuidado, no sentido de serviços efetivamente centrados nas necessidades de saúde dos usuários e que façam sentido para os trabalhadores. É uma aposta de um ator político em situação de governo.

O impacto desses dispositivos é distinto nas equipes: algumas equipes trabalham, na maior parte do tempo, para atender necessidades de saúde e são sujeitos nesse processo, e outras não o fazem. Mas mesmo as equipes que fazem trabalho usuário centrado não o fazem sempre, ou não são todos da equipe que o fazem. Assim como as equipes que não fazem processos de trabalho usuário centrado, fazem-no em determinadas circunstâncias.

A organização do processo de trabalho tendo como diretriz a proposta do acolhimento foi trabalhada durante esses cinco anos, tanto do ponto de vista teórico, enquanto dispositivo de organizar o processo de trabalho para ampliar o vínculo e a responsabilização das equipes para com os usuários, como do ponto de vista operacional, que se expressava na dificuldade de dar conta de uma demanda sempre crescente, com processos de adoecimento difusos, mais relacionados com o modo de andar a vida das pessoas e famílias, e menos com processos mórbidos estruturados.

Houve avanços efetivos na construção da atenção básica em Amparo, no entanto não avançamos na construção da referência hospitalar e do atendimento das urgências e emergências.

Essa referência é oferecida através de dois hospitais filantrópicos da cidade, conveniados com o SUS: Santa Casa e Beneficência Portuguesa que contam com pronto-socorro com atendimento médico de 24 horas, leitos nas áreas básicas e caracterizam-se por oferecer procedimentos de média complexidade.

A baixa qualidade do atendimento às urgências e emergências, e das internações é motivo de muita tensão no colegiado, pois os coordenadores queixam-se da forma como seus pacientes são atendidos nos hospitais e pressionam o gestor municipal para garantir atenção de boa qualidade aos usuários.

Com a municipalização, os gestores em Gestão Plena do Sistema assumiram a responsabilidade de estabelecer contratos e convênios com o setor privado complementar; antes do SUS, essa responsabilidade era do INAMPS.

Uma das maiores dificuldades dos gestores em gerenciar esses contratos e convênios reside justamente no fato dos valores praticados pelo Ministério da Saúde encontrar-se, comprovadamente, abaixo do custo dos serviços ofertados pelos prestadores privados.

A maioria dos municípios brasileiros não conta com hospitais próprios, o que os obriga a estabelecer contratos e convênios com hospitais privados, filantrópicos ou lucrativos, para garantir atenção hospitalar a seus munícipes. Como a tabela de

procedimentos do SUS encontra-se totalmente defasada, os gestores municipais gerenciam convênios em situação de enorme dificuldade, na medida em que pratica remuneração que leva ao desequilíbrio econômico financeiro dos hospitais.

Essa situação fragiliza a gestão municipal e abala a capacidade de governo dos gestores; que muitas vezes, vêm-se obrigados a utilizar recursos financeiros do orçamento próprio para garantir a atenção hospitalar. Paradoxalmente, a gestão do setor privado contratado, que representou um avanço no poder de negociação do gestor municipal, hoje compromete sua governabilidade pela questão do financiamento.

Por outro lado, as secretarias estaduais não têm participado da construção de uma rede de hospitais, resolutivos, humanizados e integrados com a rede ambulatorial, com capacidade para responder às necessidades de saúde de uma determinada loco região.

Como bem disse uma das coordenadoras do PSF, essa baixa qualidade das referências compromete a integralidade da atenção à saúde.

Nesses cinco anos, a Secretaria da Saúde, aumentou significativamente os recursos repassados para os hospitais, com o objetivo de minimizar o impacto negativo da defasagem da Tabela do SUS e garantir um atendimento de boa qualidade para a população; investiu numa nova contratualização com a Santa Casa, e o convênio é baseado em teto global e metas. Mas nenhuma dessas iniciativas conseguiu mudar o perfil de atendimento do hospital, que tem um corpo clínico contrário ao SUS e faz um atendimento de baixa qualidade, principalmente no pronto-socorro.

A questão do modelo médico centrado é citada por uma das coordenadoras, referindo-se ao fato de haver por parte da população uma procura maior pelo atendimento médico. Mas o que mais mobiliza o grupo é a discussão sobre a mudança no papel da enfermeira na equipe, particularmente em relação ao fato de que, a partir de 2001, elas terem a possibilidade de assumirem a coordenação.

C6: Mas tem uma luta nossa ainda muito grande, a questão da centralização médica, eu vejo que aqui em Amparo avançou em muitas coisas, a população colabora, todo mundo se empenha, mas ainda é forte a centralização médica. A gente vem lutando, buscando mudar isto, mas não é um processo fácil, e vejo que a cultura do pessoal daqui de Amparo é diferente, a cultura do pessoal do interior é mais resistente, em São Paulo a gente trabalhava com bolsões de pobreza eram muito maiores, e aceitação era mais flexível, e a população aqui tem uma característica, aqui é muito centrado na figura do médico, a gente vem lutando e buscando mudar isto.

C8: Era uma coisa muito forte esta questão dos médicos, quando eu cheguei aqui, em 1999, eu fiquei com a C 2 e fui para Três Pontes, e na unidade, tinha uma médica e uma assistente social, e o enfermeiro não tinha papel. Eu fui recepcionada assim: aqui você é enfermeira, não precisa se preocupar com nada. A assistente social se responsabiliza pelos agentes comunitários. Eu vim de UTI, eu era chefe há 6 anos de uma UTI de hospital universitário, e o enfermeiro era enfermeiro mesmo. E o enfermeiro vai fazer o que então? Se eu não posso trabalhar com os agentes, não posso atender? Eles falaram: você vai fazer injeção, vai fazer isto. E eu disse nossa! Vou fazer só a parte técnica? Não posso tomar nenhuma decisão, nada! E a partir de 2000, eu já assumi a coordenação. E os médicos foram passando na minha unidade, e foram saindo porque não se adequavam aquilo que era a proposta da gente. Muitos médicos que passaram comigo não aceitavam a figura do enfermeiro como coordenador. Então existia um boicote muito grande ao trabalho que a gente fazia, ainda existe um pouco. A figura.... Quando era um homem que vinha! Por ser mulher e ser enfermeiro, gente, eu cheguei a ouvir cada barbaridade: Você ser minha coordenadora?! Sabe, umas colocações... Colocações bem preconceituosas, hoje é bem menos, porque a gente consegue conversar melhor com alguns médicos, mas não é 100% com os médicos, mas não é, hoje é bem menos, ainda existe infelizmente esta coisa com os enfermeiros.

C9: E existe toda a hegemonia do médico. A construção do médico é baseada nisso, a hegemonia do médico é isto. A gente vive desconstruindo isto.... A construção do médico é isto, você tem permanentemente de desconstruir. Nós, lá no C. temos momentos que: como é? De quem é a hegemonia aqui? Qual é? O médico fica chocado, que uma técnica questione, que um agente questione, que uma senhora da faxina questione, é muito difícil de bancar isto. Tem passado muitos médicos, e os que ficam, ficam chocados..... quando chegamos aqui,não existia dentro do projeto, a proposta dos enfermeiros serem diferentes, e eu vou ser diferente? Por quê? Se eu sou diferente e apanho?Este é o processo que estamos vivendo aqui.

C8: Eu acho que as equipes têm muito mais a oferecer que só a consulta propriamente dita. Eu vejo isto porque a questão do médico, então o pacientejá procura o técnico de enfermagem,a própria equipe consegue..... fazer com que o trabalho não seja medico centrado. A equipe tem de estar preparada para isto, nem sempre é a figura do médico que eles vão procurar, o paciente as vezes quer conversar, e não é com o médico, não sou eu que sou a enfermeira, é a técnica de enfermagem, ou é o agente comunitário que foi na casa, e percebeu alguma coisa e trouxe pra gente..... Às vezes é isto só que o paciente procura, não é a medicação, nem a parte curativa.

E a observadora registra: “C 2 se coloca, contando a história na sua visão, e se solta mais, descruza os braços, gesticula, procura manter a palavra que vai sendo disputada. O assunto da posição da enfermeira empolga o grupo e a C 2 fica empolgada, sorri. A fita para, mas a fala de C 2 é assegurada. O assunto faz o grupo ficar atento e envolvido na discussão. A moderadora faz o senso de enfermeiras e médicas, pedindo para levantar as mãos, que foram prontamente respondidas”.

Ao meu ver uma mudança considerável que ocorreu nas relações no interior das equipes foi em relação ao poder médico, no sentido de construir relações de poder mais compartilhadas.

Segundo Cecílio (2006), no hospital a corporação médica impõe-se para proteger seus territórios de saber fazer, construídos historicamente, e mantém seu poder e autonomia para definir a organização do processo de trabalho, muitas vezes na direção oposta ao proposto pela administração central.

Em Amparo, os médicos continuam com mais autonomia e poder na organização do que outras categorias profissionais, mas é significativamente menor que nos hospitais, e mesmo em relação a outros serviços de atenção básica de municípios, que conhecemos pelo relato de gestores e trabalhadores de saúde.

O colegiado de coordenadores tem sido um espaço importante de discussão sobre o poder médico e sobre a necessidade de construir o trabalho interdisciplinar no cotidiano dos serviços.

Mas é importante colocar que, de uma maneira geral, os médicos da rede básica de Amparo, escolheram a Saúde da Família como opção de trabalho, e isto faz uma enorme diferença. Além disso, a maioria dos médicos tem formação em saúde da família: 76% têm formação na área.

Em abril de 2006, Amparo contava com 18 médicos de Saúde da Família de Amparo, dos quais três fizeram Residência Médica de Saúde da Família na FCM–Unicamp; seis fizeram especialização em Saúde da Família na Unicamp, através do Pólo de Educação Permanente do Leste Paulista; um fez especialização em Saúde da Família na USP-SP, através do Pólo de Educação Permanente da Região Metropolitana de São Paulo; um fez doutorado em Medicina Preventiva na FCM–Unicamp; três fizeram especialização em Saúde da Família, através de um curso dado por uma instituição privada, que ministrou um curso aos sábados, em Campinas, e os médicos fizeram o curso por iniciativa própria. Ou seja, apenas quatro médicos não têm formação em Saúde da Família, e onze fizeram formação em instituições de ensino públicas, de reconhecida qualidade, como é a Unicamp e USP.

Essa situação favorece a discussão sobre o poder médico e facilita as mudanças nos processos de trabalho, pois são profissionais que, ao optarem por essa formação, em geral já questionam o modelo médico centrado.

Isso não quer dizer que o problema do poder da corporação médica não esteja presente nas unidades de Saúde da Família de Amparo, mas que, comparando com os hospitais, a situação é bem diferente, tanto pelos dispositivos de gestão que temos utilizado para construir o trabalho interdisciplinar como pelo perfil dos médicos.

Outro tema que o grupo trata é o fato de Amparo ser uma cidade pequena e as pessoas sentirem-se vigiadas. Uma das coordenadoras relata a interferência do próprio prefeito que, a pedido de um vereador, telefonou para a coordenadora e solicitou que ela examinasse um paciente.

C6: Vejo que a cultura do pessoal daqui de Amparo é diferente, a cultura do pessoal do interior é mais resistente.

C6: ...acho que temos medo de ousar em algumas coisas, tem alguma coisa enrustida. Você tem abertura, mas a repercussão que isto pode ter, por ser uma cidade pequena, aqui é tudo vigiado....Mas acho que tem uma coisa com a dra. Aparecida. Mas tem esta coisa de ser cidade pequena. Eu era de São Paulo, e sinto muito esta coisa. Tem a ver com a cidade. Em São Paulo era diferente. Não acho que é só porque é pequena. Acho que a dra. Aparecida tem esta preocupação..

Esta fala é um ruído que evidencia a importância em considerar a análise situacional dos atores políticos: o mesmo problema é visto de maneira diferente pelo coordenador de uma UBS e pela secretária da saúde.

C1:A cidade pequena, a gente é vigiado o tempo, você encontra no supermercado, você tem de dar satisfação de tudo que faz, diferente de São Paulo.

C1: Ou então um vereador, como já aconteceu comigo, que foi direto com o prefeito, o prefeito mandou eu avaliar o paciente como se eu nunca tivesse visto o paciente, era um paciente cadastrado, com VD, que hoje talvez esteja agonizante.

Há que se questionar se o fato de a população controlar e vigiar os serviços de saúde é um problema. Ao meu ver, o problema é outro, trata-se muito mais do problema da cidade ser conservadora e não por ser pequena.

Não se trata de um esforço para publicizar a unidades de saúde, mas sim de submeter o funcionamento da unidade à lógica de interesses privados, seja de vereadores, do prefeito, ou deste ou daquele usuário.

Se Amparo fosse uma cidade progressista, politizada, com uma sociedade civil organizada, e os usuários tivessem consciência de seus direitos e deveres e lutassem por eles, inclusive controlando a qualidade da atenção oferecida à população, isso ajudaria a avançar o SUS no município.

O problema é que a população não se organiza, não participa dos conselhos locais de saúde, não participa das associações de moradores, não participa de ONGs, não participa do Conselho Municipal de Saúde, ou seja, não exerce sua cidadania.

Por outro lado, não podemos fechar os olhos para a realidade concreta do município, para a cultura do lugar. Não se trata de “ter medo” como diz uma coordenadora, trata-se de fazer a leitura do contexto político e tomar decisão. Esse episódio referido pela coordenadora é ilustrativo da questão. Em julho de 2006, houve uma virose respiratória que provocou um aumento enorme na demanda dos prontos-socorros e unidades de saúde da cidade. A Secretaria estava fazendo a revisão do Protocolo de Hipertensão Arterial nesse período, com várias atividades de Educação Permanente, que retirava os profissionais do atendimento.

A oposição da cidade e o diretor do pronto-socorro da cidade estavam fazendo uma campanha nos órgãos de comunicação contra o PSF; segundo eles, os médicos de saúde da família ficavam fazendo reuniões ao invés de atender a população. Essa campanha saía nos programas de rádio, nos jornais locais e nos requerimentos dos vereadores. Mas a maior parte das coordenadoras do PSF não faz essa leitura política da cidade. Mesmo porque dos dez coordenadores, quatro não moram na cidade.

12.4- Mudanças no modelo de gestão e o colegiado de coordenadores

O colegiado de coordenadores é citado como espaço de troca, e os coordenadores que estão há mais tempo na função fazem referência às mudanças ocorridas nos últimos anos.

C9: E a outra coisa que se produz aqui é o colegiado gestor, também temos, é uma possibilidade da gente questionar..... No princípio a gente não se colocava, não falava, não questionava, por medo, por uma série de coisas. Agora a gente ganhou força neste sentido, não o suficiente, acho que falta por parte da gente pegar este espaço como espaço de construção democrática, saber que a gente pode expor, mas tem ganhado muito. Acho que é uma experiência muito interessante por isso, porque a gente fala e constrói junto, e a partir do momento que a gente trabalhou em conjunto,a gente ir construindo junto, que a gente trabalhou com o Laces no ano passado, que a gente escutou o que os outros fazem, que cada um falou da dificuldade que um tem e o outro também tem a mesma dificuldade.

Não podemos esquecer que, se esta conversa fosse há 5 anos não era a mesma, há 7 anos os personagens seriam radicalmente diferentes, não seria hegemonia feminina nem de enfermeiros.....mas é um espaço do projeto desta gestão, é um produto desta gestão, ter um projeto de governo muito claro, que a gente constrói no final do ano, no planejamento, que a gente participa até uma certa medida, depois é espaço da gestora. Não é gratuito. Esta desconstrução de uma coisa que era muito pesada aqui., e aí a população ainda está neste processo, e nós temos de desconstruir isto.

C9: Eu me lembro quando entramos na secretaria, numa reunião de coordenadores, eu e a A. ficamos indignados, porque um médico disse que as enfermeiras não podiam falar, eficamos indignados.

C8: A solução dos conflitos...Eu acho que é nas reuniões do colegiado, como a C9 colocou do colegiado. Eu vejo assim, às vezes a gente está na reunião do colegiado, e alguém fala de suas angustias, eu penso assim: não sou só eu, e isto é muito bom, esta troca, eu trabalho num distrito, distante, me sinto muito sozinha, e no colegiado alguém faz uma pergunta, e alguém coloca, você vê que é o mesmo problema, que não é só seu, e permite esta troca, e quando você está no colegiado e alguém coloca uma questão que você está vivenciando, você se fortalece, eu saio do colegiado alimentada.

C2:... As enfermeiras não eram coordenadoras, somente os médicos eram coordenadores, em 1999, em 1997. Sempre o médico era coordenador, então não sei nem por que a gente vinha nas reuniões. Acho que nem tinha o que falar porque não participávamos das decisões. Nós atendíamos pouco, as decisões, inclusive da equipe de enfermagem, era do coordenador que era médico.....a enfermeira não tinha campo de atuação, era decorativo, era porque o COREN exigia, e aí foram aparecendo as lideranças que, no final, assumiram a coordenação. Nós fomos construindo os espaços. Os enfermeiros foram assumindo a coordenação, eu assumi a coordenação...

C9: Isto tem a ver com um projeto, tem um projeto do nível central, de governo, você cria um espaço para isto, para que os sujeitos se tornem sujeitos, se você não cria este espaço é muito difícil....não existia dentro do projeto, a proposta das enfermeiros serem diferentes, e eu vou ser diferente?

C8: Faz parte de um processo, se nós nos remetermos ao que acabei de falar de quando eu cheguei aqui, era totalmente diferentede hoje. Quando eu vim, tinha reunião, sentava em roda, mas tinha um que falava, que era o coordenador, ele falava, falava, e acabava a reunião, e ninguém podia falar nada, não é somente sentar na roda, há diferença quando só um falava, quando só um manda, há diferença entre as rodas. Este processo foi construído depois que teve esta mudança do gestor, e dos coordenadores, participação de outras pessoas na roda das equipes,

esta desmistificação, esta mudança da figura do coordenador, a mudança com a participação veio com isso, com a desmistificação do papel do coordenador, antes era só ele, vai implantar, vai impor.

C6: A roda aqui é muito forte, eu sinto que este processo da roda é muito forte, poder falar, as reuniões, as rodas são muito presentes. Nas reuniões, as pessoas não guardam o conflito, elas falam, isto é muito presente nas unidades.

C9: Porque a gente tem de se mostrar mais, não se mostrar como um pavão, se mostrar como a gente realmente é. Tem experiências riquíssimas em cada local de trabalho, e a gente não consegue viabilizar para uma exposição de gestão, um congresso. Isto é colocado nas reuniões, mas não tem espaço para viabilizar, não é que não seja estimulado, mas no cotidiano a gente não consegue tempo para escrever. A gente sente que não tem competência para produzir, e a gente só é competente quando faz. Muita riqueza e muito pouco escrito. Esta é uma experiência de construção da estratégia de SF, que é importantíssima. E quando a gente ouve outras experiências, do Ministério, Ceará, de Florianópolis, de São Paulo, a gente vê que aqui tem uma construção muito coerente, muito coeso, o que a gente falou aqui é produto de um trabalho muito detalhado na construção de sujeitos, da gestão da Secretaria, de construção de sujeitos gestores, de sujeitos nas equipes. Uma coisa muito clara do projeto de gestão, gestão da secretaria. É uma pena não mostrar isto. Estamos começando a fazer isto, a mostrar, temos de fazer junto, e temos de pedir mais ajuda, temos de quebrar isto. Mas tem de quebrar mesmo.

Para chegar nessa situação atual, em que os espaços de construção coletiva da gestão são reconhecidos pelos atores políticos responsáveis pela gestão do cuidado, foi necessário investir num processo de fortalecimento de Sujeitos e na construção de espaços de co-gestão; esse processo teve início em 2001 e continua até o momento atual.

O colegiado de coordenadores das equipes de Saúde da Família e o colegiado central foram os principais espaços de construção da co-gestão. E os trabalhadores das equipes de Saúde da Família foram os atores que participaram ativamente do processo de mudanças do modelo de atenção e de gestão, construindo nas unidades as equipes e a co-gestão do processo de produção do cuidado.

Esse colegiado, formado pelos médicos e enfermeiros, constituiu-se como espaço de poder compartilhado, espaço coletivo com papel decisivo no processo de mudança. Cada trabalhador/gerente trazia para o colegiado os problemas do cotidiano dos serviços, e coletivamente buscávamos interrogar os processos de produção do cuidado.

Cecílio (2006), analisando dispositivos de gestão empregados em um Hospital do SUS, faz uma série de reflexões muito interessantes que ajudam também a reflexão sobre os dispositivos de gestão utilizados para gerenciar a rede básica de Amparo.

Segundo esse autor, a realidade do hospital é muito mais complexa do que as normas estabelecidas pela direção, e o cotidiano é atravessado por regras formais e informais que influenciam e modificam o projeto de gestão da administração, pois a lógica da direção é apenas mais uma das lógicas na definição das ações dos profissionais no seu dia-a-dia.

Observando e vivenciando a gestão da rede básica de Amparo, avalio que o projeto da Secretaria conseguiu imprimir no cotidiano das equipes, em alguma medida, o espaço da reunião, da reflexão sobre o processo de trabalho, do poder compartilhado. Mas há que se reconhecer que existem diferenças enormes entre os coordenadores das unidades e também entre as próprias equipes. Diferenças que vão da maneira de conceber o mundo, inserção na saúde pública, capacidade de coordenar coletivos, compreensão da complexidade do processo de produção e gestão do cuidado, compreensão do caráter público do SUS.

A compreensão das propostas debatidas e aprovadas no colegiado; a aceitação delas como sendo as melhores para sua equipe; o encaminhamento do debate destas propostas na equipe; são momentos de um processo extremamente complexo,

que envolve uma quantidade significativa de atores, cada um com seu projeto, seu saber fazer, sua visão de mundo, seu autogoverno.

O colegiado é povoado por diferentes sujeitos, alguns com capacidade de instituir novas relações nesse coletivo e na equipe, trabalhando para construir um novo modelo, e outros agindo para manter o instituído e reproduzir o modelo centrado na produção de procedimentos.

A prática destes coordenadores na gestão do cotidiano é permeada por todas estas questões, que as discussões do colegiado não dão conta e nem pretende dar. É impossível capturar a complexidade da produção do cuidado de uma unidade de Saúde da Família e pretender que um espaço de gestão seja capaz de instituir um novo jeito de fazer saúde.

No cotidiano dos serviços, onde o coordenador é um entre dez a 20 funcionários, que atende pacientes e coordena a equipe, formada por sujeitos com liberdade e autonomia para realizar seu trabalho, nesse espaço, os conflitos são outros.

Ao meu ver, o papel do colegiado é permitir a esses sujeitos interrogar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família num espaço protegido, em diálogo com seus pares, e debater, a partir de algumas diretrizes colocadas pelo nível central, a melhor forma de organizar a produção do cuidado na unidade, ampliando a capacidade de governar suas equipes.

Alguns coordenadores participam ativamente das discussões do colegiado, tensionam o debate e comprometem-se com as propostas pactuadas nesse coletivo; reelaboram e levam para a equipe essas propostas, e fazem o debate nesse outro coletivo, que é a própria equipe. Eles implantam o acolhimento; fazem as reuniões semanais de equipe; implementam o trabalho de educação em saúde; reorganizam o processo de trabalho de forma mais interdisciplinar e solidária; oferecem uma clínica ampliada para os usuários; encaminham a discussão dos indicadores de saúde da unidade com a equipe e vão assim tecendo um novo jeito de produzir o cuidado, sendo sujeito de saberes e das ações,

protagonizando processos de mudanças. Mas é importante dizer que, em outras situações, esses mesmos sujeitos se sujeitam e agem reproduzindo as situações dadas (Merhy, 2002).

Outros enfrentam enormes dificuldades de coordenar a equipe; não conseguem reelaborar e ressignificar as propostas do colegiado para a situação concreta da unidade; não reorganizam o processo de trabalho e reproduzem o modelo procedimento centrado. Mas também esses coordenadores, em certas situações, são sujeitos e instituem processos de produção do cuidado centrados no atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

Ainda em relação ao colegiado de coordenadores, uma das coordenadoras critica a forma como são feitas as pautas das reuniões.

C9: Eu acho que as reuniões de coordenadores têm pouco espaço para colocar nossos conflitos, da gente, é muito fechado para colocar nossos problemas, a pauta é muita fechada, deveria ser aberto para trazer coisas.... Seria interessante ter espaço dentro do ano para por para fora, trabalhar em conjunto.....encontrar solução para os problemas, a agenda é muito fechada. Abrir espaço do colegiado, levar as discussões na equipe. A gente deveria conquistar isto.... A pauta está fechada, e não pode estar fechado. Nós colocamos a pauta com a equipe. Está vindo de cima para baixo e não deveria vir. Nós estamos com uma contradição.

A pauta das reuniões do colegiado é feita a partir da definição de prioridades levantadas no Planejamento Estratégico feito no final de cada ano, com propostas para o ano seguinte.

Além disso, há uma preocupação da Secretaria em levar para esse colegiado, questões relacionadas com a tomada de decisão.

Por outro lado, em vários momentos, a pauta do colegiado foi a discussão do processo de trabalho das equipes, focando temas como o acolhimento, as reuniões de equipe e outros.

Mas não há efetivamente um espaço, com tempo reservado, para troca de experiências e essa proposta de um coordenador deverá ser considerada nas próximas reuniões do colegiado.

Duas coordenadoras referem-se ao período em que a coordenação do colegiado era feita pela secretária de saúde, dizendo que era “pesado”.

C9: Da coisa do colegiado, fiquei pensando em que momento isto mudou? Porque pra mim teve um momento em que a gente foi mudando este colegiado gestor. Eu acho que a conformação da Equipe de Apoio serviu para a gente diminuir a presença da Aparecida, a Aparecida não ficou como a coordenadora, que a gente tinha de ligar para pedir tudo, que sei lá o que, que era uma coisa muito pesada, era extremamente pesada, porque aí misturava o cotidiano, estas minúcias, tipo eu posso tirar uns dias ou sei lá o que, com o projeto de saúde, era muito complicada isto. Agora o Apoio está diferente, tem características diferentes, é um Apoio mesmo, que está se constituindo e tudo né, tirou a figura da Aparecida do cotidiano e agora ela pode centrar nesta coisa de estar coordenação, a figura dela também mudou, porque não era fácil.

C8: Ligar para dra. Aparecida era muito difícil, muito sacrificantes, nem sempre ela estava disponível, nem sempre conseguia passar para ela o que você pretendia. E agora tem o Grupo de Apoio que tem me ajudado muito, que facilitou muito. Vendo com minhas colegas que minhas vitórias, minhas dificuldades, não são só da minha equipe.

Em janeiro de 2001, decidi assumir a coordenação da rede básica, com objetivo de participar diretamente da construção de um novo projeto de atenção básica municipal, que deveria ser estruturante do sistema local de saúde.

Essa decisão foi tomada levando em consideração elementos de natureza técnica e política. Do ponto de vista técnico, não encontrei entre os profissionais que atuavam nas unidades de Saúde da Família nenhum com experiência ou formação em

gestão de serviços e sistemas de saúde, com perfil para coordenar a área considerada prioritária. Por outro lado, se convidasse um bom médico ou enfermeiro da equipe da unidade para compor a equipe central não teria, naquele momento, como substituí-lo.

Como eu tinha atuado na gestão de sistemas de saúde de municípios bem maiores que Amparo, avaliei que seria possível acumular as funções de secretária de saúde e coordenadora da Atenção Básica.

Do ponto de vista político, avaliei que, assumindo essa função, eu poderia aumentar a governabilidade da atenção básica, o que facilitaria a construção de um modelo assistencial centrado na atenção básica.

Entendia que, estando na coordenação, eu poderia estar problematizando com as equipes os limites do Programa, o que facilitaria a construção de um outro PSF. Isto porque eu fazia críticas à maneira como o PSF estava sendo estruturado em vários municípios, inclusive em Amparo. Permaneci nessa função de janeiro de 2001 até o início de 2005.

Depois de vários anos ocupando cargos de direção de governos municipais, estava convencida da impossibilidade de impor uma determinada racionalidade numa organização tão complexa como a Saúde. Entendia que minha posição de governo me possibilitava usar da autoridade desse lugar para disputar um determinado projeto de modelo assistencial e de gestão. Mas para isso era necessário interrogar os sujeitos que, através de seu trabalho cotidiano, produziam a saúde no município.

O conjunto dos trabalhadores de Amparo vinha, há anos, produzindo o cuidado dos usuários através de equipes de Saúde da Família e, como gestora, propus-me a conhecer este processo. Conhecer de maneira implicada com um projeto de mudança, conhecer sem esconder-me atrás de uma falsa neutralidade. Ouvir e aceitar o outro, mas ser ouvida e defender uma proposta de organizar o processo de produção do cuidado, que fosse inovador e voltado para as necessidades de saúde dos usuários.

Desde as primeiras reuniões, discutíamos os pressupostos dos distintos projetos de modelo assistencial colocados como possibilidades de construção do SUS no município, e sempre explicitiei que o modelo com o qual eu mais me identificava era o modelo Defesa

da Vida, por considerar que os atributos desse modelo têm potência para organizar processos de trabalho voltados para atender necessidades de saúde dos usuários, com os trabalhadores sendo protagonistas desse processo.

A incorporação da cultura e da subjetividade na concepção do processo saúde e doença, proposta pelo modelo “Defesa da Vida” tornam possível a construção de processos de produção do cuidado mais efetivos, na medida em que contribuem para que trabalhadores da saúde e usuários conquistem graus maiores de autonomia.

Na medida em que trabalhadores da saúde e usuários consigam estabelecer relações mais solidárias entre si, com os outros e com o mundo, vão adquirindo mais autonomia para viverem a própria vida e contribuem para que os usuários controlem seus processos singulares de adoecimento.

Nesse sentido, a construção de um modelo tecnoassistencial tem uma dimensão técnica, mas é um projeto político adotado por um ator político, com capacidade para compreender os outros projetos que estão em disputa no cenário político e compreender os motivos que o levaram a escolher esse modelo e não o outro.

Em 2005, avaliamos na equipe central, e no colegiado de coordenadores do PSF, que a coordenação da rede básica não deveria continuar sendo feita pela secretária da saúde, por vários motivos. Em primeiro lugar, porque existiam pessoas na Secretaria que poderiam assumir este papel, o que não ocorria nos anos anteriores.

Foi decidido formar o Grupo de Apoio à rede básica, formado por uma enfermeira, uma médica, uma psicóloga e um dentista, sendo que as primeiras exercem também ações assistenciais nas unidades e o dentista exerce a função de gerência em tempo integral. Com a formação dessa equipe de apoio à rede básica, o antigo diretor do departamento de odontologia incorporou-se à equipe e está trabalhando não como apoio exclusivamente em relação às ações de saúde bucal, mas em relação ao processo de produção do cuidado das equipes.

Esse processo de mudança da condição de diretor do departamento de odontologia, atuando de maneira vertical e voltado apenas para a área de odontologia, para coordenador da Saúde Bucal, com um papel mais abrangente de articulador da política de

Saúde Bucal como um todo, até chegar a membro da equipe de apoio à rede básica, representa o próprio movimento de integração das várias áreas da Secretaria.

O grupo de apoio e as equipes de Saúde da Família estão experimentando esse novo dispositivo de gestão, mas não como um outro nível de gestão, pois todos eles fazem parte da equipe central, ou seja, continuam existindo duas pontas: a equipe central e o colegiado de coordenadores de Saúde da Família.

Em segundo lugar, porque, depois de quatro anos, o modelo assistencial, particularmente em relação à atenção básica, está relativamente consolidado, não havendo aquela necessidade inicial da participação direta da secretária da saúde na coordenação da rede de PSF.

Em terceiro lugar, porque outras atividades da gestão acabaram ficando relegadas a um segundo plano em função do tempo que a coordenação da atenção básica consumia do tempo da secretária da saúde.

E, por último, havia a reivindicação de alguns coordenadores de uma presença maior da coordenação no apoio aos problemas do cotidiano das equipes. Com a secretária da saúde na coordenação havia participação na discussão de modelo, na busca de soluções para os principais problemas levantados pelas equipes, mas faltava de fato um acompanhamento mais efetivo dos problemas do dia-a-dia.

Além disso, a produção teórica de Campos (2002) sobre o papel de apoiadores também teve importância nesta decisão. Por mais democrática que eu tenha pretendido ser nesse coletivo da gestão, não tenho a menor dúvida de que usei não somente minha capacidade de governo como minha governabilidade para induzir as mudanças que considerei mais estratégicas. E isso não é pouca coisa, deve ter sido pesado mesmo!

A moderadora do grupo faz uma síntese dos principais pontos e o grupo valida as questões colocadas.

Moderadora: Eu vou tentar fazer, não sei se vou conseguir, de memória, vou tentar pegar alguns pontos que vocês tentaram trazer nesta conversa aqui. Primeiro vocês pontuaram, a partir do pedido para vocês falarem do que fazem na unidade, vocês já avaliaram a gestão, e começaram falando de uma coisa que me chamou atenção, o fato de vocês continuarem atendendo, isto tem permitido que vocês tenham um balizamento mesmo, na atuação como gestores, uma proximidade, uma coisa bastante potente, até mesmo como um dispositivo para vocês atuarem como gestores. Trouxeram neste momento, uma certa evolução no processo de gestão na secretaria parece, num momento que era muito centralizado, muito em cima das coisas que a Cidinha trazia, que vinha muito direto. E o processo que vem sendo construído, inclusive com a própria construção dos fóruns de decisão, dos colegiados, da maneira como foi se estruturando, em cima de um processo político da própria secretaria, e vocês se fortalecendo com o trabalho nas equipes, e isto foi tendo uma qualidade diferente. E no final vocês falaram que se isto fosse há 4 anos, há 7 anos, a composição seria completamente outra. Esta mudança qualitativa que vocês percebem na forma como este processo foi se dando, esta construção, em cima da conversa, da roda. Pegando um pouco a questão da participação de vocês, me pareceu que é um processo, às vezes mais difícil, às vezes mais fácil, às vezes de sentir solitária, mas que já existem germes de troca de experiência, de identificação entre as experiências de cada um, mas que precisaria ser potencializado, precisaria ser institucionalizado talvez, ter momentos de fazer este compartilhamento das experiências, um espelhando na experiência do outro, trazendo para dentro da equipe, para que os colegas das equipes pudessem ver o que está sendo feito de outra forma, ou da mesma forma e que chegou lá na frente e conseguiu alguma coisa, que tem dificuldade agora, mas tem como superar, a coisa do exemplo, da identificação.

Em relação ao processo de tomada de decisão, vocês falaram que tem um processo coletivo que foi construído com o tempo, mas é necessário ter espaço de que vocês vão bancar as decisões, é necessário isto no processo.

Os conflitos são tratados em espaços de roda, as vezes é individualmente, as vezes com outras pessoas junto...Em relação a prestação de serviços, vocês têm resolutividade grande, mas aí empaca em outros níveis do sistema, e isto vem acontecendo, às vezes vem solapar o que vocês fazem. Outra coisa que me chamou atenção foi esta coisa de cidade pequena, que tem facilidades e dificuldades, e influencia a gestão, as pessoas têm olhos na unidade o tempo todo, seria mais fácil se fosse menos, algumas coisas poderiam segurar mais se tivesse menos olhos. A sugestão de ter mais trocas, mais espaços de discussão, ser mais abertos, no colegiado, que vocês pudessem pautar coisas nas reuniões, que o colegiado é muito regado, deveria ser mais solto, as coisas vêm do externo. O Apoio poderia contribuir para isto, fazer o matriciamento, ampliar o número de apoios, inclusive ajudar a trazer os ruídos para o colegiado, estando mais presente no dia-a-dia, ajudaria a trazer ruídos, a leitura talvez seria mais fácil. Se eu estou muito sobrecarregado no dia-a-dia, eu não consigo ouvir os ruídos, eu trabalho muito o imediato e não vejo o que está latente.....Construir a relação com os especialistas, construir solução, alguma coisa para situações mais prementes.

E a observadora anota o seguinte: M. faz uma fala para validação, atentas, tentam acompanhar o pensamento da M., fazem sinal positivo com a cabeça, em total silêncio, em postura de atenção, voltadas para frente. C4 ao ser questionada pela N. porque não falou, apenas murmura que não está bem.

Ao meu ver, o grupo de coordenadores foi capaz de colocar com muita clareza a situação da atenção à saúde em Amparo hoje, explicitando os avanços na atenção básica e os entraves nas referências especializadas, nos pronto-socorros e nos hospitais.

As colocações do grupo de coordenadores sobre as conquistas e as debilidades do colegiado e das equipes coincidem com a avaliação que faço da situação atual da gestão. A grande conquista do processo de gestão da saúde em Amparo foi, e está sendo, porque esse é um processo permanente, a construção das equipes e do próprio colegiado.

***13- A GESTÃO DA SAÚDE EM AMPARO
NA VISÃO DOS TRABALHADORES
DE TRÊS UNIDADES DE
ATENÇÃO BÁSICA***

A proposta de fazer grupo focal com as equipe de três unidades de Saúde da Família de Amparo teve como objetivo analisar a visão que os trabalhadores têm sobre a gestão da unidade e a gestão da Secretaria da Saúde como um todo, bem como ouvir suas opiniões sobre a atenção à saúde oferecida no município.

Durante cinco anos, trabalhamos no sentido de incentivar a gestão coletiva das unidades e, para isso, foram utilizadas várias estratégias para formar os coordenadores das unidades, com capacidade de governar suas equipes e construir com elas processos de trabalho pactuados coletivamente.

Em relação aos coordenadores, o processo está descrito no capítulo 9 dessa tese.

Além de estratégias voltadas para a formação dos coordenadores, foram feitos vários investimentos voltados para o conjunto de trabalhadores das unidades básicas de saúde, que participaram de um amplo processo de educação permanente, com oficinas sobre Educação em Saúde e Grupalidade, oficinas anuais de planejamento estratégico, seminário de atenção básica, capacitação em Saúde Mental, em Saúde do Trabalhador, pactuação de indicadores de monitoramento da Atenção Básica, discussão de protocolos relacionados com as patologias de maior prevalência no município, discussão do Plano Municipal de Saúde, formação de facilitadores de EP do Ministério da Saúde e outros.

Nesse período, a direção da Secretaria trabalhou sistematicamente para implementar e incentivar a instituição de formas mais coletivas de trabalho nas unidades básicas.

Para avaliar em que medida essas estratégias conseguiram modificar o processo de trabalho das equipes, consideramos essencial ouvir a fala desses trabalhadores e a metodologia utilizada para ouvi-la foi a do grupo focal.

Para isso, selecionamos as três maiores unidades para realizar as sessões de grupo focal. Essas unidades, no conjunto, contam com cerca de 80 trabalhadores. Como a rede básica é formada por 13 unidades com cerca de 200 trabalhadores, estão nestas unidades cerca de 40% do total de funcionários da Atenção Básica.

Além disso, elas atendem sete mil famílias, o que representam 43% da cobertura de Saúde da Família, visto que o município conta com cerca de 16.000 famílias cadastradas.

As três unidades escolhidas são bastante diferentes entre si. Uma tem uma experiência mais antiga de Saúde da Família, a maioria dos trabalhadores tem vários anos de trabalho na unidade; a coordenação está sob a responsabilidade do mesmo profissional há cerca de cinco anos; e a unidade tem conselho gestor de saúde. A outra unidade escolhida tem um processo intenso de investimento interno na construção da equipe, os técnicos de enfermagem desempenham funções mais qualificadas do que nas demais unidades de saúde, a unidade é campo de estágio da Residência de Saúde da Família da FCM da UNICAMP, e a coordenadora também está há seis anos na direção da unidade.

A terceira unidade funciona na área central da cidade e foi construída em 2002, quando incorporou a equipe de uma outra pequena unidade, que funcionava num bairro próximo do centro. Os usuários dessa unidade são residentes da área central e de alguns bairros vizinhos ao centro. Os moradores da área central eram atendidos, até 2002, no antigo centro de saúde, que funciona como ambulatório de especialidades. Nesses quatro anos, essa unidade sempre teve muito problema com a comunidade, com várias queixas dos usuários sobre a forma de atendimento dos funcionários. Por outro lado, a equipe nunca conseguiu constituir-se como equipe. Desde 2002, a unidade vinha sendo dirigida por um mesmo profissional, que decidiu afastar-se da função de diretora no final de 2005. Nessa ocasião um dos profissionais do Grupo de Apoio, que estava acompanhando mais de perto a equipe, avaliou que a situação da coordenação da unidade estava muito difícil, e decidimos aceitar o pedido de afastamento da diretora, e a enfermeira do Grupo de Apoio assumiu a coordenação da unidade, em tempo parcial, com objetivo de tentar, com a equipe, reorganizar o processo de trabalho. Outro problema dessa unidade é que a maioria dos agentes comunitários de saúde não tem perfil para desempenhar seu trabalho e, como são concursados, a Secretaria não tem como substituí-los. Ou seja, essa unidade, diferente das outras duas, tem tido muita dificuldade para oferecer atenção básica de boa qualidade para a população e também para constituir-se enquanto equipe, motivos que nos levaram a escolher a unidade para fazer o grupo focal.

A escolha foi intencional, e as informações obtidas a partir da fala desses trabalhadores representam a visão dos próprios trabalhadores, portanto não se pretende fazer nenhuma inferência para a rede básica como um todo a partir dessas falas.

Como estaremos analisando unidades de um município concreto, as unidades não serão identificadas pelo nome real, e os trabalhadores das unidades serão identificados por números, para que seja preservado o anonimato dos participantes da pesquisa.

Assim sendo, as unidades serão identificadas por A, B, C, e os trabalhadores serão identificados pela letra da unidade e por um número.

Os trabalhadores da unidade A serão identificados por A1, A2, A3 e assim sucessivamente; os trabalhadores da unidade B serão identificados por B1, B2, B3, e os da unidade C por C1, C2, C3 e assim sucessivamente.

13.1- Grupo focal na unidade A

Estavam presentes na sessão do grupo focal da unidade A 23 funcionários, sendo dois médicos, três enfermeiros, um dentista, três técnicas de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário, duas recepcionistas, uma auxiliar de serviço e dez agentes comunitários de saúde.

Houve participação da maioria dos presentes nas discussões da sessão do grupo focal, que ocorreu com tranquilidade e muitas brincadeiras entre os participantes, mas também com uma certa tensão, que foi inclusive explicitada por um dos participantes no final da sessão, quando da avaliação do grupo.

13.1.1- A difícil relação da rede básica com o hospital e seus pronto-socorros

A primeira questão colocada para o grupo foi como eles viam a atenção prestada à população pela Secretaria da Saúde, e todos que falaram fizeram referência à boa qualidade da atenção oferecida pelas equipes de PSF e à baixa qualidade dos serviços de referência secundária e dos pronto-socorros da cidade.

A2: Dos que eu conheço, é um dos melhores. Na região é o melhor PSF, sem dúvida. Em termos de oferta de serviço, de capacitação de pessoal, isto é inegável, acho que a secretaria faz um esforço grande pra capacitar, para adequar o pessoal dentro daquela meta, para oferecer serviços de qualidade pra população.

A3: Eu posso falar, não como funcionária, mas como população que veio de fora, que é uma qualidade infinitamente superior, superior a outros municípios bem maiores. A maioria das coisas que se preconiza dentro do PSF, aqui existe e aqui funciona.

A4: Tem uma coisa engraçada aqui, que eu estava comentando, que os profissionais que trabalham são afins de trabalhar, a gente trabalha em outros lugares, ouve outras pessoas falando, são pessoas que estão em fim de carreira, um monte de médicos que esta para aposentar e vai para o PSF, não é verdade? E que faz um horário tipo... “não vou fazer, faço de qualquer jeito, não vou cumprir”. E aqui a gente não vê isso, e é engraçado porque todo mundo é funcionário público. E funcionário público, em geral, tem uma fama horrorosa, e aqui todo mundo cumpre horário, todo mundo faz, todo mundo trabalha. E aqui no município a gente vê isso em todo o PSF, em todas as unidades, não é só a nossa aqui e é engraçado ter esta coisa aqui. A gente vai para um curso e conversa com outros médicos e eles trabalham uma, duas horas por dia, não cumprem horário, isto em outras cidades, em municípios muito próximos, a gente sabe disso. E aqui não tem isso, as pessoas realmente curtem o trabalho delas, elas vão atrás, se envolvem, é uma coisa bacana.

A fala desse trabalhador reflete com precisão a realidade da maioria das unidades básicas de Amparo, que é a responsabilidade que as equipes de Saúde da Família têm com o próprio trabalho, e isso sem dúvida é um dos principais motivos pela boa qualidade da atenção oferecida à população.

Vários trabalhadores falam das dificuldades no relacionamento com os pronto-socorros; e vários membros da equipe fazem referência há uma disputa política entre a Prefeitura, usando o PSF como bandeira, e os médicos do hospital. Nessa discussão

relatam vários exemplos de situações de mau atendimento nos pronto-socorros dos hospitais conveniados.

A6: Aí eu acho que é problema político, um joguete, sabe?

A2: Eu acho... há um descompasso muito grande com a classe médica da cidade, com os profissionais de saúde, é uma coisa dos dois lados, tem muito preconceito, teria que quebrar dos dois lados, não falam a mesma linguagem. Nós do PSF, e como se a gente fosse porta estandarte de uma política de saúde, e de certa forma a gente é.

A12: A divulgação vai além da população, eu acho que devia estar levando para os hospitais, para os médicos que trabalham lá, pra saber como é.

A3: Eu acho que eles sabem, viu? Eles jogam contra, para mim, todos estes exemplos, é jogar contra, é proposital, pra prejudicar o sistema, acho que é por pura politicagem, e quem sofre é a população....

A10: ... Precisa de apoio para divulgar. O prefeito fala que é para procurar os postinhos, quem somos nós, agentes comunitários de saúde, pra falar que não tem? Ele é o dono da cidade. Se o prefeito falou que..... tem consultas médicas das 7 as 5, os agentes comunitários podem falar, falar, que isso não vai adiantar porque o dono da cidade é o prefeito.

A4: Os consultórios particulares estão vazios!

A7: Estas propagandas....passa uma realidade que não é bem a nossa, então eles ficam com isso, que chegou, é atendido, e não é bem assim, né? Aquela propaganda que tem exames, aquela propaganda.

A1: Uma coisa que faz tempo que a gente discute....é a conscientização da população para diferenciar os serviços, sobre o papel de cada um, porque é muito confuso, precisa trabalhar sobre os papéis. Esperei que alguém ia falar, mas como não falou, eu vou falar..... o que foi pregado pela Prefeitura, pelo prefeito, é que os postinhos funcionam o dia inteiro, que tinha médico o dia inteiro, que quando precisasse podia procurar, aí ficou esta idéia que é assim que funciona, e nós estamos pagando caro por isso, por essa forma que foi divulgado. Agora tem de reorientar a população, qual é o papel do PSF, qual é proposta, além das consultas, o que mais os profissionais fazem, então esta questão do uso do serviço, trabalhar bastante.

Para os trabalhadores da Unidade A, há uma disputa política de projetos entre os médicos da rede privada e dos hospitais conveniados, e a Prefeitura, mas não compreendem que a disputa de projetos é entre organizar o sistema de saúde local a partir da centralidade da rede básica ou organizá-lo a partir da lógica dos médicos da cidade e do hospital.

No mundo real, a direcionalidade do projeto de saúde depende das relações entre atores políticos que buscam determinar os rumos e as prioridades de financiamento da Saúde, e a leitura que os diversos atores fazem dos projetos é muito diversificada.

Os usuários podem ter mais ou menos protagonismo na disputa de projetos, dependendo de sua capacidade de organização e pressão. Essa pressão pode contribuir para que a organização dos serviços de saúde seja centrada no consumo de procedimentos ou na produção do cuidado, voltado para o atendimento das necessidades dos usuários. Os trabalhadores da saúde participam dessa disputa em situações concretas, também com maior ou menor protagonismo.

Na situação concreta e singular de Amparo, nem a população nem os trabalhadores da saúde, são protagonistas dessa disputa no conjunto da sociedade. No cotidiano dos serviços, esses trabalhadores através de seus agires em saúde estão construindo um determinado projeto, mas não há uma participação na disputa política local.

Para os trabalhadores da unidade A, o hospital é apenas um local de atendimento e eles explicam as motivações dessa disputa da maneira que conseguem.

Não entendem que o hospital é o espaço privilegiado da prática médica hegemônica, que estimula a dependência da população em relação ao consumo de procedimentos, segundo os interesses da corporação médica, dos serviços terceirizados de apoio diagnóstico que funcionam dentro do hospital e segundo os interesses da indústria farmacêutica. Inclusive porque esses determinantes macroestruturais aparecem mediados por ações e discursos que escondem essa determinação.

No momento em que foi realizado o grupo focal da unidade A, a Secretaria da Saúde estava negociando os termos do novo Convênio do SUS com a Santa Casa. A direção da Santa Casa estava ameaçando não assinar o convênio, se o município não aumentasse consideravelmente os recursos destinados ao pagamento dos médicos, que recebem por plantão, através de recursos municipais repassados para o hospital. Além disso, havia uma situação de muita tensão na relação da Secretaria e a direção do pronto-socorro da Santa Casa, maior hospital da cidade, em função da diminuição de plantonistas do pronto-socorro.

A posição do hospital nesse tensionamento era no sentido de divulgar, nos meios de comunicação local, que era obrigação do município aumentar a complementação dos recursos financeiros para que o hospital pudesse aumentar a remuneração dos plantonistas do pronto-socorro ou mudar a lógica das unidades de Saúde da Família, transformando-as em unidades de pronto atendimento, através do aumento da produção de consultas médicas. A proposta do coordenador desse pronto-socorro, colocada em programas de rádio e defendida por vários vereadores, era no sentido dos médicos do PSF passarem a realizar 40 consultas por dia cada um, para resolver o problema da sobrecarga do hospital. O que ele não dizia é que para isso todas as ações e atividades das equipes de Saúde da Família teriam que ser suspensas, visto que não só os médicos teriam que deixar de realizar várias ações de Atenção Básica, mas que haveria também necessidade de alterar o processo de trabalho da equipe como um todo.

A1:Tem anúncio na rádio que é para procurar os posto de saúde para não sobrecarregar o Hospital Anna Cintra e Beneficência Portuguesa, eu ouvi.

A13: E o locutor falava assim: em caso extremos procure os hospitais, é para procurar os posto de saúde para não sobrecarregar, que tem cada um no seu bairro.

A Secretaria da Saúde de Amparo vem fazendo investimentos, há mais de cinco anos, no sentido de deslocar a atuação das equipes de uma prática centrada na produção de consultas médicas e procedimentos, para uma prática mais centrada na noção de cuidado. E o que o diretor do pronto-socorro estava propondo era mudar a direcionalidade desse projeto. Mas essa proposta era compreendida de maneira diversa pelos diferentes atores políticos envolvidos nos projetos.

Além desse tensionamento na conjuntura local, há uma profunda crise de financiamento e de modelo de gestão dos hospitais filantrópicos conveniados com o SUS em todo país, e Amparo não é exceção.

Os médicos dos hospitais de Amparo explicitam de várias maneiras que a crise financeira dos hospitais filantrópicos poderia ser resolvida se a Secretaria Municipal da Saúde destinasse mais recursos para eles, diminuindo os gastos com a rede básica.

Por isso, quando alguns trabalhadores fazem referência às dificuldades na relação com o hospital, eles estão falando de um problema real. Mas novamente o modelo explicativo é insuficiente.

Há cinco anos, a Secretaria Municipal da Saúde vem buscando construir uma nova relação com o hospital, mas todas as tentativas fracassaram, conforme relatado em vários trechos dessa tese.

Esse tensionamento da Secretaria com o hospital não é conhecido, ou reconhecido, pela equipe, que sugere à Secretaria buscar negociar com o hospital, dando a entender que a Secretaria não tem demonstrado vontade de estabelecer uma

contratualização com o ele, que seja favorável á população e garanta as referências para a rede básica.

Segundo Matus (2005), há conflito cognitivo quando os atores conhecem e apreciam a realidade de modos diferentes, com conseqüentes efeitos sobre a ação; e o conflito emocional surge de relações de simpatia ou antipatia pessoais. Ainda segundo o autor, os conflitos cognitivos aparecem no plano da explicação da realidade e da ação.

Na instância da explicação, as diferenças ocorrem porque as informações sobre os serviços e sobre a situação de saúde do município são diferentes, assim como são diferentes os modos de construir modelos explicativos dessa situação, além de ser diferente o sistema de valores e o peso das tradições para cada um.

A apreciação que os trabalhadores da unidade A fazem da realidade da atenção hospitalar e do atendimento oferecido nos pronto-socorros do município é diferente da apreciação feita pela equipe central da Secretaria: é a cegueira situacional dos atores políticos da Secretaria Municipal de Saúde.

Isso indica uma fragilidade da gestão da Secretaria que, embora tenha pautado esta discussão em várias reuniões de coordenadores de equipes de USF, não conseguiu efetivamente convencer os coordenadores sobre as determinações desta disputa.

A7: Aqui os postinhos funcionam, sempre tem alguém, a gente trabalha com vontade né.

A9: A questão de como a gente enxerga o serviço? Eu acho ótimo, excelente, eu nunca vi isto em outro lugar.

A11: Eu acredito que aqui na região, a cidade de Amparo está bem avançada no PSF. Aqui tem mais investimento, sempre fazendo cursos, atualização.

Tomando o tema da atenção à saúde oferecida no município, compartilho a mesma posição que a equipe em relação a avaliação da Atenção Básica em Amparo. Considero que a atenção oferecida pelas equipes é resolutiva e humanizada.

As unidades de Atenção Básica conseguem de fato resolver cerca de 80 a 90% dos problemas de saúde mais frequentes da população adscrita; as equipes acolhem a demanda, têm vínculos com a população e responsabilizam-se pela saúde dos usuários que vivem no território.

A equipe da unidade A consegue, ao meu ver, desenvolver uma prática centrada mais no cuidado do que em intervenções baseadas no exercício de um certo poder – saber técnico (Guizardi, Pinheiro, 2004) dos profissionais, particularmente do poder – saber médico; apesar de todos os problemas que enfrenta na relação com os demais níveis do sistema de saúde.

A1: Eu acho que neste trabalho a gente tem que ser muito guerreiro pra trabalhar no PSF, porque o que a D2 estava colocando no descompasso com a rede secundária, terciária, dificulta muito o nosso trabalho, atrapalha muito e a gente luta muito pra tentar suprir, então assim, nós tentamos ser bem resolutivos no PSF, nas unidades, mas fica muito atrapalhado quando a gente precisa referir para algum lugar, porque tem muita dificuldade e aí fica um ambiente meio de guerra mesmo, de insistir, de brigar, se indispor com alguns locais e isso dificulta, tem qualidade boa na atenção básica, acho que é muito bom, tem uma cobertura muito boa e eu acho que as pessoas são bem assistidas, mas quando eles saem do nível primário, aí fica muito difícil.

Pelos relatos, há evidências de que essa equipe vem buscando instituir novas formas de relacionar-se com os usuários. Durante toda a sessão do grupo focal, o usuário esteve no centro do debate e foi possível perceber em todas as falas uma busca permanente de arranjos institucionais criativos que dessem conta da complexidade presente na Atenção Básica.

Segundo Campos (1997), a combinação de autonomia profissional e definições de um certo grau de responsabilidades dos trabalhadores seria um dos segredos para assegurar qualidade em saúde. E que a eficácia e resolutividade do trabalho em saúde depende sempre de um certo grau de autonomia dos trabalhadores.

Nesse sentido, considero que a equipe da unidade A tem conseguido produzir uma atenção básica eficaz e resolutiva, inclusive porque os trabalhadores têm autonomia e trabalham com responsabilidade.

Campos (1997) afirma que a primeira condição para se pensar em realização profissional e existencial dos profissionais de saúde seria a de eles se sentirem sujeitos do processo de trabalho e reconhecerem-se no resultado desse trabalho.

Quando os trabalhadores da unidade A falam do resultado do próprio trabalho, do envolvimento da equipe com os usuários, percebe-se que eles se sentem de fato sujeitos e identificam-se com o resultado do trabalho. Há um certo orgulho, quando comparam o PSF de Amparo com outros e concluem que o deles é “o melhor, é bacana, é infinitamente superior aos outros”.

A moderadora pede ao grupo para validar os pontos principais da discussão sobre a atenção à saúde em Amparo, o grupo concorda como a síntese lida:

Moderadora: Nós conversamos....sobre o sistema de saúde de Amparo, dizendo que ele tem melhorado sim o atendimento na cidade, é visível isso, é sensível isso, só que vocês vivenciam uma realidade aqui dentro..... E tem a situação em relação às dificuldades em relação aos outros níveis do sistema. E das disputas, muitas vezes vocês se sentem no meio das disputas, tendo que lidar com isso, se sentindo dentro de um campo de batalha. Não sei se estou usando um termo muito forte, mas eu senti isto da fala de vocês. Com a não resolutividade no terciário, mas no secundário também, e os serviços particulares chegando ao ponto, às vezes, de retaliar, não assumindo responsabilidades, deixando responsabilidades que são deles

pra..., como se a responsabilidade fosse toda do PSF. Não sei se eu consegui falar tudo, mas eu percebi desta forma basicamente a nossa conversa aqui. É isso mesmo? Tem alguma coisa que eu esqueci? Não sei se fui sintética demais.

13.1.2- Tensão constitutiva da equipe da unidade A

A maior tensão apontada pela equipe é em relação ao atendimento das intercorrências mais frequentes, o atendimento da chamada demanda espontânea. A equipe aponta a dificuldade de compatibilizar as ações de prevenção, de acompanhamento dos grupos de risco, com o atendimento da demanda pelo pronto atendimento.

A2: Eu acho....tem muito espaço para o trabalho programático, planejado, mas tem uma demanda de pronto atendimento sim. Eles não têm dinheiro para ir ao hospital, para pegar ônibus, coisas assim básicas, fica longe o hospital, eles não tem dinheiro... Aqui é um bairro que tem uma demanda para pronto atendimento muito grande.... É aquela história, né, sempre tem um lado cultural, sempre tem um lado de educação, mas é assim, tem de dar atendimento, vai esperar que ela se eduque pra depois atender? Eu acho que aqui no bairro A...tem de ter as duas coisas.

Apontam o descaso do pronto-socorro para com os usuários e referem que isso aumenta a pressão pelo atendimento na unidade A; e citam como exemplo a recusa de fornecimento de atestado pelos médicos do pronto-socorro, que é um direito do usuário.

A7: O hospital não dá o atestado, a pessoa não pode trabalhar naquele dia, às vezes é 2 horas da tarde, e “ passei mal agora, não posso mais trabalhar agora a tarde, eu precisava de um atestado”, e nós não temos mais como atender, e a gente diz vai no hospital, vai ao pronto-socorro, “ não vou, não adianta ir no hospital, lá não dá atestado, tem um papel escrito: não fornecemos atestado, e eu não posso trabalhar

deste jeito”. E aí eles ficam insistindo que querem o atestado daquele dia, assim fora de hora.

A3: Então eles vão lá, não conseguem atestado, então eles vêm aqui, também não consegue, então eu brigo, pó...eu quero atestado! Todo mundo vai brigar.....aqui ele tem mais liberdade.

A8: Não é só problema de atestado. Muitas vezes, eles dizem: o hospital não quis me atender e me mandou para o posto de saúde. Aí não é problema do atestado.

A7: Se tivesse um plantonista, não precisava ser aqui, tem de ter o plantonista em algum lugar, eu percebo que a pessoa quando chega aqui, ela quer ser atendida, se ela for atendida, ela vai embora feliz e não vai reclamar. Ela não quer saber se é PSF, se é de programa, se é diabético, se é hipertenso, ela quer ser atendida. Se ao invés do agente, de dizer o que é o programa, dizer tudo como a gente faz, então se tivesse aqui um médico que atendesse demanda só, eles não iam reclamar.

A6:....Acho que a maioria da população não sabe como é que funciona o PSF, porque eu acho que a divulgação está faltando um pouco e isto dificulta o nosso trabalho.

Uma das trabalhadoras coloca que um dos problemas da assistência oferecida pela unidade é o fato de a população não saber usar adequadamente os serviços de saúde. Ao serem interrogados pela moderadora sobre o que seria esse mau uso, fazem referência à procura da unidade para casos que poderiam ser resolvidos sem necessitar do serviço, evidenciando uma dependência grande em relação ao serviço. O grupo busca explicar as causas desse mau uso. Alguns colocam que o problema é a falta de informação e a saída seria fazer campanhas de divulgação. Outros colocam que a propaganda que a Prefeitura faz do PSF atrapalha o trabalho da equipe. E outros fazem referência à cultura medicalizante, que leva a população a consumir procedimentos.

A7: Mau uso é assim, a gente tenta explicar, por exemplo, uma mãe no primeiro dia que a criança está com febre, ela não precisa trazer a criança para ser atendida, ela pode observar a criança porque se for uma virose não vai precisar tomar antibiótico, ela pode ficar três dias na casa, eu tenho filho pequeno, a febre sobe, vai embora, nem precisa de atendimento. A criança tem uma febre meio dia e a uma hora da tarde a mãe está aqui querendo atendimento. A outra coisa é atestado médico, tem firmas que é muito ruim trabalhar na firma, a pessoa tem doença profissional, então toda semana o paciente está aqui querendo atestado, entendeu? A Valisere é péssima pra trabalhar, lá as condições são péssimas, então eles não querem trabalhar ou não tem condições, vem aqui... por atestado, porque não quer trabalhar, então é mau uso. Isso atrapalha, agenda tudo cheia, lota a agenda, uma coisa que poderia ser usada em outros programas.

A5: Eu sinto que uma coisa que atrapalha é o mau uso da população, a gente sofre aqui pelo mau uso, se ela soubesse usar um pouquinho melhor o serviço, ele iria ser muito melhor, é que a gente tem que se adaptar, aqui a gente fica sempre tendo reunião pra gente se adaptar, ou a gente faz o acolhimento pra adaptar a demanda, que tem todos os dias e encaixar os programas, então se não fosse tanta demanda, se a população soubesse usar melhor os serviços, a gente teria mais tempo para os programas.

A2: Tem um problema cultural da população muito, muito sério mesmo, que isto tinha de ser trabalhado, tinha de ser investido, porque qualquer pessoa que você converse na cidade, não precisa ser as pessoas pobres aqui do bairro, as pessoas de classe média, elas também não sabem como funciona o PSF...

Na discussão sobre a dependência dos usuários em relação aos serviços, os trabalhadores não conseguem relacionar a baixa autonomia dos usuários para cuidarem dos problemas de saúde mais simples com a qualidade da atenção básica nem com a medicalização da sociedade capitalista no mundo ocidental.

Para compreender essa medicalização é necessário recorrer a história de construção da hegemonia do modelo de saúde, baseado na prática médica realizada no hospital, através da utilização de equipamentos de diagnóstico e de intervenção e no consumo de medicamentos.

Em Schraiber (1989), podemos buscar as origens históricas do modelo médico hegemônico. Essa autora investiga as transformações ocorridas com o trabalho médico no modo de produção capitalista e as mudanças ocorridas na estruturação do hospital, enquanto espaço privilegiado da prática médica. Além disso, seu estudo vai demonstrar que a escola médica também passa por mudanças profundas, no sentido de formar médicos para as práticas sanitárias que estão sendo construídas.

Segundo a autora, no capitalismo ocorre redefinição do objeto de trabalho médico, da atividade do trabalho, dos meios de trabalho, do saber e da educação médica. Com o desenvolvimento do modo de produção capitalista, a prática médica vai qualificando-se na medida em que se torna capaz de responder à totalidade das determinações sociais de seu objeto e assim caracteriza-se como uma prática social vitoriosa; por isso, no capitalismo, o trabalho dos médicos monopoliza o corpo como objeto de ação.

Nesse processo, ocorre um parcelamento de saberes específicos, levando a uma progressiva especialização do trabalho médico, estabelecendo relações hierárquicas entre os médicos, que são também relações de poder, dadas através do saber.

O modelo médico hegemônico tem como paradigma a Medicina Científica, que teve início nos séculos XVIII e XIX, com as descobertas da biologia e da microbiologia, através das pesquisas de Pasteur e Koch. A partir dessa época, as doenças passam a ser vistas como fenômenos de natureza exclusivamente biológica, sem considerar a relação com os determinantes econômicos e sociais do processo de adoecimento. O objeto da Medicina Científica é o indivíduo, dissociado de sua vida social e coletiva.

Um marco da Medicina Científica no século XX foi o Relatório Flexner, que faz uma avaliação das escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá, a pedido da Fundação Carnegie, dos EUA, e elabora um conjunto de recomendações que vão provocar

um forte impacto não só na educação médica, mas na prática médica no mundo ocidental, aprofundando as características do modelo que vinha sendo construído no capitalismo.

Segundo Silva Junior (*op.cit.*), as propostas do Relatório Flexner estabeleciam entre outras diretrizes, o ensino laboratorial; a expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; ênfase na pesquisa biológica; estímulo à especialização médica; tecnificação do ato médico; e controle do exercício profissional pela profissão organizada.

A Medicina Científica inaugurou uma nova forma de relacionamento do médico com o paciente, na medida em que a investigação diagnóstica e a definição da terapêutica passaram a depender de técnicas e equipamentos cada vez mais sofisticados.

Associado a isso, há uma visão que a ciência e tecnologia são capazes, por si só, de resolver os principais problemas da humanidade e sua utilização traria benefícios para toda sociedade, o que confere legitimidade social à Medicina Científica.

A indústria de equipamentos médicos e de diagnóstico, e a indústria farmacêutica vão expandir de forma vertiginosa no século XX. O ato médico passa a ser cada vez mais consumidor dessa tecnologia, e a articulação da corporação médica, da indústria de equipamentos e de medicamentos vai ser responsável pelo fortalecimento do modelo médico hegemônico. No capitalismo, a prática médica estruturou-se com base nas ações curativas e individuais, e na incorporação de toda essa tecnologia.

Nesse sentido, a escola médica, o trabalho médico voltado para a manutenção e recuperação do corpo enfermo, o hospital como espaço coletivo da prática médica centrada na ação sobre a doença, a especialização e a utilização de equipamentos e medicamentos, são partes de uma totalidade, que caracteriza o modelo médico hegemônico.

O modelo médico hegemônico estimula a especialização, a utilização de equipamentos biomédicos e aumenta a dependência da indústria farmacêutica, o que elevou consideravelmente os custos com a assistência médica.

Nesse modelo, o principal ato da assistência a saúde é o procedimento, centrado na especialização, nas máquinas de diagnóstico e de intervenção e nos medicamentos. Esse modelo é denominado por Merhy (*op.cit.*) de “procedimento centrado”, onde a assistência confunde-se com a produção de consultas, de exames e prescrição de medicamentos.

O objetivo da assistência no modelo citado não é produzir maiores graus de autonomia dos usuários, através da relação intersubjetiva entre sujeitos, mas sim produzir procedimentos, que favoreçam os processos de acumulação de capital das indústrias de equipamentos e de medicamentos. Várias estratégias são utilizadas no sentido de transformar os usuários em consumidores desses procedimentos, levando-os a serem cada vez mais dependentes dos serviços de saúde.

Nessa discussão sobre modelo de atenção do grupo focal da unidade A, dois trabalhadores colocam que a população busca sempre o atendimento médico e que há resistência ao atendimento oferecido pelos outros profissionais da equipe.

A3:....E tem a cultura no Brasil que ainda é muito medicalizante. Ele quer remédio, quer o médico, ele não consegue engolir muito a equipe multiprofissional.

A2:....Se o paciente procurou o médico, a qualidade do serviço seria medida pela quantidade de consultas que aquele serviço oferece. Como? Procurou o médico e não tinha consulta?

Então o serviço não presta, isto para pessoas esclarecidas de classe média. Então calcule então estas pessoas que procuram o médico por tudo, né.

Quando a equipe de Saúde da Família reclama dessa dependência e, de certa forma, responsabiliza a falta de informação da população pelo mau uso dos serviços de saúde, ela não se dá conta de que essa dependência é fruto de todo um trabalho ideológico, que vem sendo desenvolvido, com um certo êxito, no mundo ocidental capitalista por vários atores políticos, comprometidos com os interesses das indústrias de equipamentos e da indústria farmacêutica que movimentam bilhões de dólares para que seus produtos sejam consumidos no mercado, através da intermediação do profissional médico.

Um dos principais desafios das equipes de atenção básica é, ao meu ver, trabalhar essa questão da autonomia no modo de andar a vida dos usuários.

No entanto, esse desafio não está colocado para a equipe! Há um reconhecimento do problema, mas como o modelo explicativo é insuficiente, a solução proposta não dá conta de compreender o problema, o que dificulta seu enfrentamento.

Se a equipe entendesse que a dependência dos serviços de saúde por parte da população está relacionada com o modelo médico hegemônico e que há um investimento brutal da mídia para que essa dependência não somente continue, mas se expanda, a equipe poderia desenvolver estratégias para diminuir a dependência e investir na construção de maiores graus de autonomia da população.

Se essas estratégias seriam eficazes, no sentido de ter usuários mais autônomos no seu modo de caminhar a vida, frente ao poder econômico que está por trás da indústria farmacêutica e de equipamentos, é uma outra questão.

Para essa equipe concreta da unidade A, o enfrentamento do problema do mau uso e da dependência dos usuários em relação aos serviços de saúde deve ser feito mediante um trabalho de divulgação da Prefeitura, explicando o funcionamento dos serviços. Ou seja, eles abdicam de serem os protagonistas de um processo de construção de autonomia em conjunto com os usuários.

Embora a proporção entre o número de equipes de Saúde da Família da unidade A e o número de famílias atendidas e cadastradas esteja de acordo com o que o Ministério da Saúde preconiza, o que tenho observado é que as equipes não têm conseguido dar conta da atenção básica a essa população, justamente pela grande procura pelo serviço. Essa grande procura tem a ver com um conjunto de determinantes, muitas delas colocadas pela equipe na sessão do grupo focal.

Quando defendem a necessidade de um pronto atendimento no bairro, não o fazem desqualificando a demanda espontânea e defendendo uma suposta superioridade do atendimento programático, mas ao contrário, entendendo que é uma necessidade da população que deve ser atendida.

Um dos trabalhadores comenta que, muitas vezes, os usuários procuram a unidade para tratar de problemas que não têm uma relação direta com a saúde.

A4: A nossa comunidade não é uma comunidade que consegue alcançar uma autonomia, eles têm uma dependência do posto de saúde que não está relacionada, muitas vezes, só com saúde, envolve outros aspectos, inclusive da vida pessoal mesmo, do problema no banco, problema de que quer separar e não sabe o que fazer, e demanda a nossa atenção, essa é uma outra coisa que eu acho acaba interferindo no serviço. Não que isso não faça parte da saúde, mas eu, pelo menos acredito que tem determinadas fontes de resolução, ou uma escuta resolutiva em relação a algumas coisas, que não está aqui, que a gente não sabe....

Acredito que de fato essa situação ocorre com bastante frequência e a maioria das equipes de Saúde da Família de Amparo refere essa busca crescente e contínua pela atenção à saúde, a partir de uma demanda difusa, relacionada com o mal estar das populações.

Madel T. Luz (2004), ao discutir a questão da fragilidade crescente das populações na sociedade contemporânea, bem como a busca contínua de cuidado, levanta algumas hipóteses para compreender a relação entre vulnerabilidade e busca de atenção à saúde.

A primeira hipótese é que a crise econômica, social e política do capitalismo tem uma dimensão ética, que está levando ao esboroamento de certos valores fundamentais para a coesão social, com efeitos sobre a saúde da população.

A segunda hipótese é que a crise ética do capitalismo leva à perda ou diminuição de valores sociais milenares, ao incorporar, no mundo das relações socioculturais, os valores próprios da racionalidade do mercado, tais como competição, sucesso visto como vitória pessoal, lucro, vantagens sobre os outros e consumismo, em que “ter” é a expressão máxima do “ser”.

Segundo essa autora, a incorporação da lógica econômica nas relações sociais leva à ruptura do tecido social e destrói as bases de sociabilidade das instituições e coletividades, produzindo perdas de sentido culturais e, com isso, acarretando sentimentos de instabilidade, perigo, isolamento e desamparo, o que levaria a uma crise sanitária.

Ainda segundo Madel T. Luz, outros elementos característicos dessa crise sanitária contemporânea seriam a precarização do emprego e do trabalho; a perda de certos direitos sociais, sobretudo previdenciários; queda de valores de solidariedade social e a constatação de um mal estar coletivo difuso. Tudo isso, segundo a autora, estaria levando não só a uma maior busca de atenção à saúde e ao cuidado, mas também ao crescimento da demanda por serviços que oferecem a chamada medicina alternativa.

Na situação particular de Amparo, todos os elementos característicos dessa crise estão presentes e há de fato sentimentos de instabilidade, isolamento e desamparo, o que poderia, de certa forma explicar a busca crescente pelos serviços de saúde.

Por outro lado, a população que vive na periferia da cidade não conta com infraestrutura de lazer nem de cultura nem de esporte. Ou seja, a presença do poder público nos bairros se dá somente através das unidades de Saúde da Família e das escolas de educação infantil e de ensino fundamental. Outro agravante é que em Amparo não existe tradição política de movimento social organizado, o que também limita a construção de redes de apoio.

O espaço público, que tem a porta aberta, que tem escuta, é a unidade de Saúde da Família. Na medida em que as ações intersetoriais são escassas e que há uma crise, fazendo que a população sinta-se doente, ela acaba medicalizando as suas necessidades e buscando a unidade de saúde para suprir essas necessidades.

13.1.3- Cuidado integral e vínculo com o usuário

Analisando o conjunto das falas dessa equipe, percebe-se que há um forte vínculo dos trabalhadores de saúde com os usuários e que ele muitas vezes trás sofrimento para a equipe, pois as necessidades da população são maiores do que a capacidade de resposta da equipe. Há também vários relatos de situações concreta, que evidenciam a responsabilização da equipe com os usuários.

A2: É como se a gente fosse assim...dono do paciente....., a gente tem um vínculo muito grande, o que é muito bom, mas por outro lado, acaba trazendo problemas também para a gente.....A gente acaba sendo referência para tudo, tem o lado bom da gente passar por estas situações porque o vínculo realmente fica muito grande, e as pessoas acabam tendo um respeito muito grande por nós, porque você conhece a vida delas toda, a gente interfere até na vida do casal, coisas deste tipo.....Este vínculo.....tem efeitos colaterais, este vínculo assim faz a gente sofrer muito, as vezes você se envolve muito com os pacientes, e você vê que eles estão ficando mal acostumados, usando e abusando de você.....Eu tento fazer as coisas profissionalmente, mas tem certos lances que me pegam assim, puxa! Aí eu fico meio desarmada. Como nestas situações, as pessoas são muito pobres, são muito carentes, são muito..... Você sente assim que o que você tem, não que você tenha que dar tudo que você tem pros outros, mas o que você tem é tanto, e o que eles tem é tão pouco, que você fala: o que eu tenho de fazer alguma coisa a este respeito.

A3: Se a gente se colocar no lugar, eu também iria, e eles vêm quebrar o barraco é aqui, porque o vínculo é muito maior aqui..... Pra eles é como se aqui fosse a segunda casa deles, porque se a agente comunitária entra na casa deles, eles têm o direito de entrar aqui, como se fosse a própria casa. Então eles não vão xingar o hospital, eles vêm aqui....Não sei.....acho que você tem de conseguir equilibrar, porque este trabalho só tem graça, só é válido se você se envolver. Mas como você se envolve pouco, qual é o limite?

Os trabalhadores da unidade A cuidam de seus pacientes, envolvendo-se com seus problemas, respeitando seus sofrimentos e suas histórias de vida.

O cuidado, segundo Lacerda e Valla (2004), deve incluir o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos; e ainda que os profissionais não possam resolver os problemas que interferem no processo saúde e doença, o cuidado pode diminuir o impacto do adoecimento.

A2: Então calcule então estas pessoas que procuram o médico por tudo, né? Porque brigou com o marido em casa, então, acontece de tudo, marido que vem brigar com a mulher aqui na portaria, porque acaba que vem resolver confusão de casa aqui. A gente acaba sendo referência para tudo, tem o lado bom da gente passar por estas situações porque o vínculo realmente fica muito grande, e as pessoas acabam tendo um respeito muito grande por nós, porque você conhece a vida delas toda, a gente interfere até na vida do casal, coisas deste tipo, mas também fica muita.... as coisas não ficam bem divididas, por causa da nossa função também..... Medicina não é matemática, tudo bem, só que é muita exceção, tem dias que a gente discute um caso, e puxa vida! A gente vê que tem necessidade realmente de passar, passar a criança com febre, tem caso que... é complicado...

A3:Eles têm o direito de entrar aqui, como se fosse a própria casa. Então eles não vão xingar o hospital, eles vêm aqui.....: Este vínculo, como tem efeitos colaterais, este vínculo assim faz a gente sofrer muito, as vezes você se envolve muito com os pacientes, e você vê que eles estão ficando mal acostumados, usando e abusando de você, aí é outra coisa.....Não sei, talvez o lado ruim assim, acho que você tem de conseguir equilibrar, porque este trabalho só tem graça, só é válido se você se envolver. Mas como você se envolve pouco, qual é o limite?

Ao falar da paciente, a trabalhadora que estava de férias e veio na unidade para participar do grupo focal, revela seus sentimentos de compaixão e solidariedade diante do sofrimento do outro.

A2: Eu estava conversando sobre uma gestante minha que estava passando com ela, e eu tive muita raiva dela no início,...aí eu numa consulta, eu fiquei morrendo de dó dela, porque ela tinha muita dor nas costas, e ela me contou a história dela, que ela engravidou, e o marido estava para lá e ela pra cá, porque estava na irmã dela, e dormia num colchão, num colchonete na sala, no chão, e grávida, ela é bem magrinha,

então nesta hora assim, aí meu Deus de Céu, dói em você, puxa vida, dá dó. Só que lógico, agora ela vai se aproveitar da dó e vai vir todo o dia aqui. Inclusive ela veio aqui hoje porque ela achou que eu tava, né? (Risos). Agora ela está com a A4, e a A4 fez tudo certo, mas eu tive muita pena dela, puxa vida, grávida, dormir num colchonete..

E a trabalhadora continua compartilhando com a equipe seus sentimentos em relação aos seus pacientes.

Ana: Olha a minha responsabilidade agora, então assim é complicado, eu tenho muita dificuldade com isso, porque eu sou uma pessoa assim muito extremista, ou eu tenho muita dó e aí eu me derreto mesmo, ou eu fico muito brava, eu não consigo ter um equilíbrio nestas coisas. Eu tento fazer as coisas profissionalmente, mas tem certos lances que me pegam assim, puxa! Aí eu fico meio desarmada. Como nestas situações, as pessoas são muito pobres, são muito carentes, são muito..... Você sente assim que o que você tem, não que você que dar tudo que você tem pros outros, mas o que você tem é tanto, e o que eles tem é tão pouco, que você fala: o que eu tenho de fazer alguma coisa, a este respeito.

No trabalho vivo em ato dessa equipe percebe-se um predomínio das tecnologias leves, e o vínculo está presente em toda discussão.

Eles relatam os acertos e erros no processo coletivo de organização do acolhimento; fazem referência à dificuldade de estabelecer limites no vínculo com os usuários. Relatam o sofrimento da equipe pela dificuldade de garantir as referências para os pacientes. As falas refletem um investimento coletivo nas tecnologias leves, nas relações intersubjetivas com os usuários.

13.1.4- As rodas da unidade e a legitimidade da coordenadora

Após essa fala, a moderadora coloca o tema da gestão. O grupo tem dificuldade em entender a proposta de discussão sobre a gestão na Secretaria, a forma de tomar decisão e o modo de lidar com os conflitos.

A moderadora sugere, para facilitar, que os participantes falem da tomada de decisão na equipe e da tomada de decisão na Secretaria.

As falas evidenciam que as tomadas de decisões na unidade são no coletivo, e as reuniões de equipe são de fato o espaço para discussão dos conflitos e de contratualizar as relações entre os membros da equipe e a coordenação, que tem bastante legitimidade na equipe. Além das reuniões da equipe, fazem referência às conversas em pequenos grupos, ou por categoria profissional, ou por micro área, ou para discutir problemas específicos, ou seja, ocorrem muitas conversas na equipe. Há também vários relatos que reforçam que esse é um processo de aprendizagem para a própria equipe e para coordenação, inclusive com altos e baixos, momentos de crise que abalam o trabalho coletivo e esforço da equipe para superar esses momentos de crise. Este tema mobiliza o grupo e vários participantes manifestam concordância.

A1: Obedecer as normas é mais cômodo do que participar da construção, porque você faz o que mandam e o responsável é quem inventou. Construir junto é mais difícil. E nós estamos sofrendo por causa disso, porque a gente elabora, monta, discute, define em reunião, e no dia-a-dia não dá certo, aí você tem de voltar atrás. E aí a gente vai apanhando e vai fazendo, mas nós ainda estamos aprendendo a ser gestor do nosso serviço, estamos ainda em aprendizagem....

Quando a moderadora questiona: Como é para cada um participar disso?
É legal, é sofrido?

A3: É tudo junto.....é um conjunto...Cada dia a gente está aprendendo com nossos próprios erros.

Várias falas simultâneas:...Acho que tem uma realização...É, de ver as coisas construídas...é uma realização.

A12: É legal porque aqui ficou o mesmo coordenador, e a gente tem liberdade de poder falar o que a gente sente, às vezes, a gente fala sem pensar, pode ofender, mas não na maldade, então tem uma construção legal dentro da nossa equipe, porque a gente trabalha em equipe porque a gente acredita...

A1: Os conflitos a gente discute em equipe, às vezes tem algumas questões que a gente trás os envolvidos, tem ocasião que a gente senta com os agentes, senta com a recepção, e algumas ocasiões a gente discute em grupo, em geral. Nós já tivemos experiências muito desagradáveis de estar lidando com estes conflitos no grupo.....Hoje eu estou até trabalhando com mais cautela a questão de estar numa roda grande e estar lidando com certas situações..... E assim, eu acho que é fase que a equipe vive, né? Aqui a gente tem muito isso, a gente dá uma erguida, e de repente, a gente dá uma baixada, e dá uma baixada feia. Nós tivemos há pouco tempo uma fase bem... há 2,3 meses atrás não foi? Daí vem um que tenta puxar, vem outro que puxa, daí a gente consegue se reerguer. Eu acho que isto faz parte do trabalho em grupo também, né? Nestas horas que você vê a equipe no chão, é que você avalia, né? Que o coordenador se avalia. Então coloca: será que sou eu? Será que sou que não estou conseguindo manter o grupo funcionando bem? O que será que está acontecendo? Dá uma baqueada em quem coordena também. E a gente sofre muito isso, isso é muito de época. Agora na época do inverno é terrível aqui, todo mundo se estressa, um tanto fica doente, daí tem uma caída feia, começa acontecer... A demanda aumenta muito no inverno, e aí fica todo mundo estressado, muito nervoso, e aí lidar com isso...Nós já tentamos fazer terapia em grupo com um psicólogo, depois a gente começou a ver que não era bem isso, e aí a gente tem de planejar outras coisas, inventar, fazer trabalho fora da unidade, inventar, mas é meio de época também.

A3: Eu vejo que a equipe se apóia muito um no outro. Não tem a terapia em grupo, mas tem terapia o dia inteiro.....A gente conversa muito, isto não é terapia em grupo, mas sempre tem um desabafo, e tem alguém para te escutar, isto é uma coisa legal.

A7: Não vai para frente, aconteceu um problema é resolvido naquele dia, não deixa a coisa aumentar. Ela (a coordenadora) chega e chama, e é com todos, se você fez uma coisa errada, ela não deixa para amanhã... ela tenta resolver, cada dia é uma lição.

A2: Quando ela (a coordenadora) precisa ser dura, ela é, não tenho a menor dúvida. Você vê a carinha dela assim, mas se ela precisar ser dura, ela é. Mas assim ela também é receptiva, e quando ela é dura, ela obtém o respeito e as pessoas entendem que tem de dar razão para ela naquele momento. Então eu acho que este relaxamento ajuda bastante, ajuda muito, muito.

As falas no grupo tornam evidente que o principal dispositivo utilizado pelos trabalhadores para instituir estas novas formas de organizar o processo de trabalho é a construção da equipe.

Há um esforço de toda a equipe para, além de produzir ações de saúde, constituir-se enquanto coletivo responsável e comprometido com o resultado do próprio trabalho. Um coletivo que, como todo coletivo autêntico, comete erros, reconhece-os, busca superá-los apoiando-se uns nos outros e, com muita roda de conversa, muita contratualização, vai construindo o cuidado do usuário e construindo-se enquanto coletivo.

Na discussão da gestão da unidade, a equipe coloca que os arranjos são sempre provisórios, que há momentos criativos, gratificantes, mas há também momentos de crise e, nesses momentos, a própria coordenação se avalia, interroga o modo de gestão.

Segundo a fala dos trabalhadores da unidade A as decisões são tomadas no coletivo; os conflitos são tratados também no coletivo e há de fato uma co-gestão da equipe.

Há um predomínio das tecnologias leves na forma como a coordenadora e a equipe organizam a gestão da unidade A.

13.1.5- A secretaria e a secretária de saúde

Ao serem questionados sobre a forma de tomar decisões na Secretaria, as falas fazem referência à secretária da saúde e ao Grupo de Apoio, e três participantes manifestam-se sobre a questão, afirmando que as decisões são centralizadas e que o Grupo de Apoio funciona mais como um intermediário entre as equipes e a secretária, sem autonomia para tomar decisão. Quando a moderadora pede ao grupo que faça sugestões, as mesmas pessoas que fizeram as críticas sugerem uma presença maior da secretária na unidade e maior autonomia do Grupo de Apoio em suas funções.

A2: As decisões são bem centralizadas. Acho que a secretaria faz um discurso da gestão coletiva, e tal..., mas o bater o martelo, a decisão é centralizada. É inegável que eles tentam isso....

Eu acho que isto é uma coisa que bate muito; o modelo de gestão, teoricamente, ele é democrático, mas na prática ele não é, na prática existe uma intocabilidade da secretária, uma coisa distante, até quando a secretária vem aqui é uma coisa assim..., a gente fica tudo intimidado realmente.

A gente sente da secretária inclusive, um interesse muito grande da secretária em melhorar, em melhorar este acesso, acho que é muito claro assim isso, agora não tem fórmula né? É um esforço, tem de ir atrás mesmo, eu acho que tem um respeito muito grande pelo trabalho da secretaria,.....um reconhecimento, e isto é inegável, né? Mas a questão da relação é complicada, é complicada, é distanciada, isto é um ponto que tem de mudar. Uma coisa é você ouvir falar teoricamente, outra coisa é você ver na prática, é vivenciar...

A Secretaria deveria conviver mais com o dia a dia das unidades, o dia a dia mesmo, porque cada unidade é uma realidade, não tem como homogeneizar tudo, é muito diferente, eu acho que a própria população sente isso, sente falta da presença da secretária, das pessoas da coordenação da secretaria, a gente tem Conselho Local de Saúde, nós já convidamos várias vezes, o prefeito veio, a secretária nunca veio.....

O Grupo de Apoio está funcionando meio precário.....Mas a gente sente que fica uma coisa assim de: tá, vou passar isso que você está me colocando, depois vem a resposta, fica uma coisa assim..., não é resolutivo, o Grupo de Apoio não interpreta, não constrói, não porque ele não queira... : parece que ele é um só um intermediário, então é assim. Eu sinto falta de decisões, de sugestões, as demandas que surgem nos bairros, nas unidades, que elas sejam levadas.....precisava definir melhor as tarefas de cada um deles, quando eu precisei do apoio, eu tive. Mas a gente esperava mais, precisa de mais autonomia.

A3: O Grupo de Apoio não é resolutivo!.....parece que ele é só uma parede ali. Precisa saber deles se eles estão amarrados ou não. A gente não sabe como que é...

A1: O Apoio.....quando a gente pede socorro eles vêm, mas a hora que engatilha, eles somem. Acho que eles têm de estar mais presente no dia a dia, que não seja em intercorrências, para conhecer e ver bem nosso trabalho, porque a gente está aqui..... não conhece muito as outras realidades, eles podem trazer outras experiências, sugestões, coisas que a gente pode discutir, porque eles podem ver coisas que a gente não enxerga, e eles precisam ter autonomia porque também vir conhecer e levar o recado não adianta, precisa autonomia.

Em relação à gestão da Secretaria, apenas dois funcionários se posicionaram, mas como o grupo não contestou, a opinião explicitada foi que a tomada de decisões é centralizada e, embora o discurso seja de espaços coletivos de gestão, na prática não é assim que as coisas acontecem e, segundo esse mesmo trabalhador, a secretária de saúde é “intocável”.

Quando são solicitados a fazer propostas de mudanças para a Secretaria, esse mesmo trabalhador sugere que a secretária esteja mais presente no dia-a-dia da unidade.

O grupo não discutiu que tipo de decisão é tomada centralizadamente nem o significado da referência à intocabilidade (palavra usada no grupo) da secretária. Mas concretamente a percepção desse funcionário, e que não foi contestada nem mesmo pela coordenadora da unidade, é que as decisões são centralizadas.

Ao meu ver, apesar de todo investimento na criação de espaços coletivos de planejamento, de apresentação e discussão de relatórios de gestão, de prestação de contas do uso dos recursos da saúde, da realização de pré-conferências e conferências municipais de saúde, de dezenas de oficinas de trabalho de discussão sobre o projeto de saúde do município e suas prioridades, apesar de todo esse processo, não é claro para o conjunto dos trabalhadores como se dá na prática a tomada de decisão no que se refere à construção do SUS no município.

Os constrangimentos que o gestor municipal enfrenta, seja pelo financiamento insuficiente do SUS, seja pela forma como o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde tratam a gestão municipal, não são compreendidos pelos trabalhadores que identificam no gestor municipal o responsável pelas carências do sistema municipal de saúde, que são de fato, enormes.

No imaginário do trabalhador que se manifestou sobre a secretária, e talvez no imaginário da equipe, a presença física da secretária, o contato pessoal, é que define se a instituição é democrática ou não. E isso provavelmente tem relação com o fato de a cidade ser pequena, e com as questões levantadas pela equipe central sobre essa forte relação pessoal de todos com todos.

Esta fala sobre o distanciamento da secretária de saúde em relação ao dia a dia das unidades é um ruído presente em vários espaços da instituição.

Acredito que houve um avanço considerável na construção da co-gestão da unidade e as equipes de Saúde da Família são, na maioria, de fato sujeitos do processo de produção do cuidado.

Mas o colegiado de coordenadores não conseguiu constituir-se de fato num espaço de construção de capacidade de análise em relação aos determinantes das políticas de saúde e os constrangimentos envolvidos na tomada de decisões em relação ao SUS no

município. E, alguns coordenadores não conseguiram levar para o cotidiano dos serviços de saúde as questões mais relevantes do sistema municipal de saúde.

Em nenhum momento do grupo focal é possível perceber na coordenadora da unidade A um discurso mais articulado em relação à gestão ou mesmo em relação aos embates da Secretaria com os outros atores políticos da saúde local. Não há diferença significativa entre o modelo explicativo da realidade local explicitado pela coordenadora da equipe e dos demais trabalhadores da unidade.

A coordenadora tem legitimidade para coordenar a equipe, para construir a co gestão, mas não se identifica, diante do grupo, como uma trabalhadora com capacidade de compreender e explicar os limites da gestão municipal, nem se sente responsável pela defesa de um projeto de saúde que extrapole a unidade. Ela tem clareza do acolhimento, da responsabilização, e do trabalho em equipe. Mas não tem um modelo explicativo do contexto do SUS municipal e nacional que a diferencie da equipe.

Essa proposta de uma maior presença da secretária nas unidades é uma divergência que tenho com alguns coordenadores e trabalhadores da saúde de Amparo. Entendo que meu papel como gestora é outro e que contribuo muito mais para a construção do SUS no município participando de outros espaços técnico políticos do que estando nas unidades de Saúde da Família. Essa proposta ou cobrança não é somente desse trabalhador; também o prefeito considera que eu deveria ter uma relação mais direta não só com os trabalhadores da saúde, mas também com outros atores políticos da cidade.

Essa coordenadora não vive o papel da deusa grega Janus, citada por Cecílio (2006), que tem de voltar seu olhar ora para os interesses da direção, e exercer seu papel de governo, e ora ter de olhar para o movimento dos trabalhadores com seus autogovernos. A coordenadora da unidade A tem seu olhar voltado somente para o conjunto de trabalhadores da unidade.

Ao meu ver, construir uma gestão democrática é criar espaços coletivos de tomada de decisão e prestar contas a esses coletivos do que foi executado em relação ao que foi decidido, através de um processo permanente de planejamento e gestão, envolvendo o maior número possível de atores comprometidos com o projeto.

Esse processo é complexo, tenso, conflituoso, cheio de idas e vindas, e procurei explicitar a maneira como entendo a gestão municipal do SUS no capítulo 4 dessa tese.

Em relação ao Grupo de Apoio, considero que é um dispositivo de gestão que está contribuindo para a discussão e o aperfeiçoamento da atenção básica municipal. A construção da própria grupalidade e da autonomia dessa equipe faz parte de um processo, que a meu ver, está contribuindo sim para melhorar a qualidade da atenção básica no município.

13. 2- Grupo focal da unidade B

Estavam presentes na sessão do grupo focal da unidade A 23 funcionários, sendo três médicos, um enfermeiro, um dentista, três técnicas de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário, duas recepcionistas, uma auxiliar de serviço, dois residentes de saúde da família, uma psicóloga e sete agentes comunitários de saúde. Todos os participantes manifestaram suas opiniões e houve muita interação durante a sessão.

13.2.1- Atenção básica em Amparo na visão dos trabalhadores

A primeira questão colocada para o grupo foi como eles viam a atenção prestada à população pela Secretaria da Saúde, e todos apontaram pontos positivos da atenção oferecida pelas equipes de PSF.

B1: Estou há 3 anos em Amparo, e venho de MG. Eu trabalhava com PSF em Minas, e não dá nem para comparar. Valeu a pena. As pessoas são muito comprometidas. Se eu não tivesse conhecido aqui, eu não acreditaria no PSF. Em Minas, no postinho não tinha medicação, os profissionais não eram comprometidos, não cumpriam horário, no modelo antigo, só mudou o nome. Trabalhei em Ibiá, que era reconhecido, mas era diferente. Muita alegria de ter trabalhado com a dra Aparecida, a dra B2.

Amparo realmente tem um serviço que funciona. Quase 22 anos de profissão, e Amparo a saúde realmente funciona, não só o PSF, as especialidades. Estou muito feliz de participar deste processo.

B2: Já trabalhei em Campinas, já fui docente na PUC, Unicamp, passei por muitos lugares. Quando cheguei aqui em Amparo era, no concreto, pronto atendimento, eu cheguei aqui há quase sete anos. O que a gente vê que mudou: mudou tudo, saiu de um pronto atendimento, de famílias atendidas individualmente, a se constituir uma estratégia de SF, que tem muitos avanços e.... muitos problemas.

B3: Sou prata da casa, vou ser patrimoniado pela Prefeitura. Vou dizer como era e como é o PSF O atendimento básico realmente é nota 10! O PSF é a solução, sem dúvida alguma, para todos os problemas de saúde do Brasil. Eu me orgulho muito de estar trabalhando no PSF....., e só tenho de tirar o chapéu, e elogiar o atendimento básico.

B5: Queria ressaltar a importância do programa de saúde da família aqui de Amparo, porque nós estamos sendo visitados por pessoas de outras cidades, para ver como funciona. Inclusive veio o ministro de Luanda, de Angola. Ele veio para conhecer o trabalho do programa de saúde da família de Amparo e ele saiu satisfeito.....nós também estamos, a gente trabalha e vê que funciona.

B6: Eu decidi minha residência o ano passado..... Eu acreditava muito neste programa do PSF, e eu vim este ano para Amparo, e está sendo uma experiência ótima....e a gente tem um ótimo retorno, a população fica satisfeita com o serviço. Em Campinas na atenção secundária a gente vê que tem muita coisa deixada de lado, e que a gente dá esta atenção básica aqui.

B7: Queria falar da odontologia. Acho que a odontologia teve o privilégio de integrar ao PSF, acho que é bem legal. O PSF estava avançando e faltava a odontologia entrar. Teve dificuldades, a gente teve de aprender muitas coisas, acho que é um processo. Hoje em Amparo é um orgulho para gente fazer parte..... O serviço melhorou muito.

B8:..... Residente tem de falar um pouquinho.... A residência da Unicamp, que é uma universidade renomada no Brasil, e não é a toa que a residência é aqui em Amparo, se é em Amparo é por algum motivo. Campinas tem vários postos de saúde que a gente podia estar trabalhando, tem várias cidades próximas, pequenas, que tem PSF, e a gente vem Amparo porque, como a gente brinca, é o padrão ouro do que a gente queria. A gente aprende no melhor lugar que a gente tem contato, por enquanto. Eu estou há um ano e meio trabalhando aqui, e Amparo está sendo uma experiência super produtiva, e Amparo está me proporcionando situações que nenhum lugar eu poderia ter.

B9: Antes de eu trabalhar aqui na saúde pública, eu trabalhei 7 anos na saúde privada, e quando eu cheguei aqui eu pensei que ia ser a mesma coisa, e o meu susto foi que eu vi que a saúde pública aqui, o SUS vai muito além da saúde privada, porque lá os pacientes eram simplesmente um número no cartãozinho. Aqui eles são pessoas, que a gente faz visita domiciliar,....a gente dá atenção.....acolhe as pessoas, como seres humanos e não como número de cartão.

B10: Se a gente for falar do que era antes e o que é agora, mudou muito..... Antes era tudo centralizado, colhia sangue era no centro de saúde, fazer vacina era no centro de saúde, aqui era só passar no médico e tiau, só um PA. Agora tem tudo, tem de descentralizar mais ainda,....aqui tem a nutricionista, tem psicólogo.

B11: Aqui em Amparo, a gente vê que teve avanço, na assistência, na ampliação de tudo, aumentou o número de postos, e isto foi aceito pela população. Também para nós profissionais, a gente acabou vendo que funciona, isto foi motivando as pessoas a dar o melhor de si, a gente faz um trabalho diferenciado como técnicas de enfermagem...

B12: Ninguém precisa ficar vigiando, nem a dra (coordenadora) estar vigiando a gente, nós temos nossos momentos de troca, e nem a dra Aparecida. Eu acho que é isto, as pessoas são muito comprometidas.

O atendimento realizado pelo hospital é criticado pelo trabalhador da unidade B.

B3: O atendimento secundário, em termos de especialistas, nós estamos em 70% do ideal. Agora, a dependência do atendimento terciário, ou secundário de terceiros, como é o caso do hospital, deixa muito a desejar, exatamente porque não há comprometimento dos demais profissionais com qualquer noção de saúde, lamentavelmente eles fazem concorrência com o PSF, alegando que estão perdendo dinheiro por causa do PSF; e a realidade é esta, os consultórios privados estão reduzindo seu movimento, porque a população inteligentemente, consciente de seus direitos, vem procurar o nosso serviço.....Tem até uma brincadeira que eu ouvi de alguém: o problema do especialista é aquele cara que vai sabendo cada vez mais de cada vez menos, até saber tudo sobre nada. O cara que sabe tudo sobre nada não consegue enxergar o cidadão na frente dele como cidadão, como uma pessoa, como um ser humano, que é isto que acontece. Minha crítica ao hospital é ferina; é lamentável o serviço de urgência e emergência, de internação que nós temos na nossa cidade, em função até do paradoxo do bom andamento do atendimento básico.

Merhy (1997) coloca que um dos nós críticos no processo da reforma brasileira tem sido a dificuldade enfrentada para mudar o modo como estruturam-se e gerenciam-se os processos de trabalho nos diferentes serviços de saúde, comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva. Ainda segundo o autor, essa mudança só se concretiza, se o conjunto de trabalhadores assumir como tarefa coletiva o projeto de mudanças no seu modo de operar o trabalho no cotidiano dos serviços.

Ao meu ver, a fala dos trabalhadores da unidade B evidencia esse desejo de estar permanentemente construindo, refletindo e revendo seus processos de trabalho, com objetivo de constituírem-se enquanto equipe e produzirem o cuidado dos usuários.

Merhy (2003), ao discutir os desafios dos gestores do SUS, coloca que é necessário olhar e analisar cada situação na sua singularidade, na maneira como os atores procuram construir o mundo para si e como jogam com os outros, ainda que essa situação

singular exponha a natureza geral e particular do conjunto das relações sociais e históricas que estão contribuindo para delimitar os territórios dos trabalhadores de saúde, dos usuários e dos gestores.

Esse autor parte da idéia que qualquer modelo de atenção à saúde faz referência ao modo como se constrói a gestão dos processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com os atos de cuidar, voltados para a construção da saúde.

Portanto para pensar em modelos de atenção à saúde é necessário perceber que ele expressa relações de contratos, de acordos entre os três tipos de atores centrais no conjunto das ações de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Nesse sentido, embora a construção de modelos se apresente como de caráter tecnológico, há antes de tudo processos políticos em jogo, com disputas de poder e da direcionalidade de projetos.

Para construir um modelo que queira orientar-se pela centralidade dos usuários, é necessário que os atores envolvidos disponham, segundo Merhy (2003) de uma caixa de ferramentas conceitual e operacional desse complexo processo de contratualização social, político e técnico. Além disso, é necessário viabilizar encontros destes três atores para que explicitem e disputem seus projetos.

Para Merhy (2003), a finalidade última de qualquer trabalho em saúde é a produção do cuidado individual e coletivo que promete a cura e a saúde e, para isso, os trabalhadores operam com saberes tecnológicos de expressão material e não material. Nesse sentido, o conjunto dos processos de trabalho em saúde e sua micropolítica são marcados pelo ato de cuidar, que depende de distintos modos tecnológicos de operar esses atos produtivos. Os trabalhadores fazem clínica cuidadora, utilizando tecnologias leve, leve-dura e dura (Merhy, 2003), independente do recorte profissional.

Para que esses processos de trabalho de produção do cuidado sejam efetivos, é necessário submetê-los a processos de avaliação coletiva no interior das equipes de trabalhadores de saúde, tomando a produção da saúde como centro dessa avaliação. Para isso, é fundamental reconhecer a tensão constitutiva do processo, que determina dificuldades de operar a gestão cotidiana dos serviços, onde o protagonismo do coletivo de trabalhadores deve contribuir para centrar o processo de trabalho no usuário.

A situação concreta da unidade B reflete a maneira como o coordenador e a própria equipe compreendem o processo de produção do cuidado.

As falas dos trabalhadores que tratam da atenção básica oferecida pela equipe de Saúde da Família da Unidade B fazem referência a um conjunto de atributos que segundo eles caracterizariam a boa qualidade da atenção. Citam, entre outros, o compromisso da equipe com os usuários; a construção da estratégia de Saúde da Família, como superação do modelo do Pronto Atendimento; o tratamento dos usuários como pessoas e não como coisas; a maior resolutividade da unidade, com a descentralização de ações que antes eram realizadas exclusivamente no centro de saúde I; a maior integração das ações de Saúde Bucal às ações de atenção básica como um todo; a expansão de cobertura, através da criação de mais postos de saúde; a implantação do acolhimento; usuários tratados como seres humanos integrais, como cidadãos.

Há ainda na fala sobre a atenção oferecida pela Saúde da Família em Amparo a referência a situações que parecem significar boa qualidade dos serviços, como o esvaziamento dos consultórios particulares, o fato do município ter sido escolhido para ser campo da residência médica de Saúde da Família da Unicamp e as visitas de outros lugares para conhecer o PSF do município.

13.2.2- A gestão da unidade B

Em seguida, a moderadora coloca para o grupo o tema da gestão e vários trabalhadores manifestam-se sobre a gestão da unidade, dando ênfase no trabalho em equipe, na construção de uma maior autonomia dos técnicos de enfermagem, que mudaram o processo de trabalho da unidade com objetivo de terem uma inserção mais qualificada na equipe, e isso é muito valorizado por todos. A coordenadora da unidade é apontada como gestora efetiva do processo de construção da equipe e do trabalho em equipe. A integração da equipe de Saúde Bucal com a equipe de PSF é muito valorizada pelo dentista, que cita a mudança da coordenação para a unidade como fundamental para essa integração.

B4: Aqui quando a gente faz planejamento, no nível primário, a gente levanta todos os problemas e tenta dar soluções, e a dra. Aparecida vem dizer dos nossos limites, até que ponto vamos. Aqui as agentes... participam das decisões, têm uma ética profissional ótima em relação ao usuário. Aqui a gente não passa aperto nenhum, as agentes, ninguém é individual, as técnicas ajudam, tira dúvida, educação em saúde, para ajudar o paciente, isto é legal no PSF todo mundo envolvido, é nota 10, não só para trabalhar. Sempre melhorando. É a eterna procura de fazer o certo. E nestas tentativas sempre tem dado certo, e este trabalho das técnicas, a população já aceita mais a consulta da enfermeira. E o resultado é tão bom quanto o trabalho do médico.....os programas de educação, é sensacional o trabalho das técnicas.

B2: Nossa equipe toma decisões assim, a gente tem construído isso. Aqui temos construção de sujeitos muito forte, a coisa de lidar com conflito sempre se faz aqui, não só conflitos laborais, conflitos emocionais, a gente tem uma coisa muito rica. Fazemos acolhimento realmente emocional que a gente tem muito forte. Temos enorme resiliência construída, temos uma área que o acesso é muito fácil, não tem barreira. A gente implantou o acolhimento, a gente estuda, tem o acolhimento, ninguém sai sem resposta.

B7: Apesar de todas dificuldades, a gente conseguiu vencer as barreiras. A integração da equipe; as reuniões da equipe. A gente (da odontologia) quase não participava, era uma célula a parte. O serviço melhorou muito, a gente faz parte da equipe, participa das tomadas de decisão..... Graças a Deus a gente faz parte... A sugestão que eu dou é que os dentistas atuassem mais na parte da saúde coletiva, nem todos participam...

B11: Eu vejo que a atuação da técnica de enfermagem mudou muito, por esta visão da equipe, da coletividade, isto trouxe para nós técnicas de enfermagem, outras oportunidades não só do trabalho técnico, do trabalho específico de cada profissional, porque cada um trabalhando em equipe, comunicando-se uns com os outros, isto foi o que mais gerou qualidade para a população.

B10: Este ganho não foi fácil, de reuniões...Quando a gente começou mesmo a fechar as portas para reunião foi uma briga feia. A população não aceita que você feche as portas, hoje a população entende que a gente se reúne não por benefício nosso, também nosso, mas também para eles. Antes a gente não ouvia falar de reuniões, não tinha reunião com coordenadores no centro de saúde não tinha.

B3:O ideal seria a gente tivesse 14 (cita nome da coordenadora) aqui em Amparo. Eu já passei por cinco ou seis unidades..... Quando eu falei em 16 (cita nome da coordenadora) é o modo de gerenciar. O que eu estou vivenciando aqui é o que eu queria ter vivido.. Gerenciar não é controlar horário. Aqui ninguém chega depois da.... horas, ninguém sai antes da hora.

B7: A grande facilidade na inserção da odontologia foi quando mudou a coordenação, a nossa coordenação passou a ser feita dentro da unidade. Antigamente você tinha de responder ao coordenador da odontologia, que ficava em outro local, não conhecia as dificuldades do local onde a gente trabalhava, existia aquela regra geral que tinha de valer para todas unidades, acaba não funcionando. Com a coordenação local, a gente acaba participando das reuniões de equipe, deste processo, desta construção das tomadas de decisão, e se responsabilizando mais, e você se compromete mais, assume mais risco, e torna-se mais co responsável, a gente divide as vitórias. É o grande barato.

Essa equipe tem conseguido desenvolver um rico processo de análise da própria constituição enquanto equipe. Eles estão sempre, em suas reuniões olhando e cuidando do processo de relações internas da equipe, buscando possibilidades de significados e respostas para as situações vividas e enfrentadas pela equipe.

O fato da coordenadora da unidade contar com uma caixa de ferramentas de gestora, que lhe permite trabalhar com o planejamento estratégico e gestão colegiada; que considera o conflito como constitutivo da vida da unidade; e que enfrenta o desafio de

construir uma equipe em que os trabalhadores sejam de fato sujeitos de seu processo de trabalho, contribui de maneira significativa para esse processo.

O trabalho dessa equipe vai sendo construído no dia-a-dia e é objeto de análise dos próprios trabalhadores que, nas suas reuniões semanais, refletem e discutem sobre este dia-a-dia. Sabem e reconhecem que a decisão de fechar as portas semanalmente para reunião foi uma dura conquista por parte da própria equipe e da Secretaria, pois os usuários não aceitavam essa decisão e fizeram muita pressão para que a Secretaria voltasse atrás, inclusive envolvendo vereadores na questão.

Além da coordenadora, com sua caixa de ferramentas de gestora, a unidade B conta com profissionais que aceitaram o desafio de se constituírem enquanto equipe e serem sujeitos no processo de trabalho de produção do cuidado.

Ao meu ver, os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde da unidade B têm construído processos de trabalho bastante qualificados; e a participação dos técnicos de enfermagem da unidade no processo de trabalho diferencia-se das demais unidades. As mudanças do trabalho das técnicas de enfermagem foram discutidas e apoiadas pela Secretaria, mas foi uma construção da própria equipe.

B2: Agora uma coisa que é fundamental, a Aparecida é extremamente corajosa, uma pessoa que eu admiro,...ela tem uma coisa incrível, ela aceitou que as técnicas de enfermagem, fizessem o protocolo delas de trabalho, elas que quiseram trabalhar como elas trabalham, com o nível de independência, que quiseram atender pacientes, que quiseram entrar nos programas. E a Aparecida bancou, bancou da gente levar para o Congresso, e isto é uma coisa que vai contra o COREN, que é horroroso o COREN de São Paulo, contra um monte de coisas que aqui mesmo, quando eu coloquei isto para os coordenadores: aí, que horror, sei lá o que, pápápá... Isto são coisas que foi porque ela bancou.

Vários trabalhadores da Unidade B comentam que nas outras unidades da rede básica de Amparo o processo de trabalho não se dá da mesma forma que nessa unidade e que não há a mesma participação de todos no processo de construção da equipe.

B4: Mas eu tenho familiares que moram em outras localidades, e infelizmente não é da mesma forma, e a gente que trabalha dentro sabe que muitas vezes depende do profissional que está atendendo, não tem a coordenação que deveria ter. É bom, mas poderia ser melhor em algumas coisas, principalmente na zona rural, eu tenho familiares lá e é bem diferente. Não tem profissional que atende, não tem uma conduta legal, estou falando frente ao profissional, não faz uma visita.

B12: Trabalhava na zona rural,. perdia muito tempo na ida e na vinda... Passava o tempo viajando, 3 horas.

B14: Eu vim da zona rural, a pessoa quando entra vai pra zona rural, e pra promover vem para cá. Lá é tudo de 2ª plano, o equipamento que não usa aqui, leva para lá. A zona rural é um castigo. Tem um estigma. E é importante mudar isto, a zona é deixada de lado, isto tem de modificar.

B3: Em outras unidades o autoritarismo é presente. O maior problema é não aceitar as diferenças. Gerenciar não é controlar horário.

B10: Eu acho que fica bem claro quando a gente encontra outras técnicas (de enfermagem), que elas fazem o que mandam fazer.

B5: Uma vez nós fomos conhecer uma outra unidade aqui de Amparo,e logo de cara deu para perceber que é bem diferente. Lá é bem centralizado no médico, na figura médica, é bem diferente.

Vários trabalhadores colocam sobre a necessidade de realizar capacitações para todas as categorias, mas particularmente para os agentes comunitários.

B4: Eu vejo a necessidade, tem de ter capacitação específica para o ACS. Tem de ter uma capacitação para esta função nossa.

Em 2004, os agentes comunitários de saúde participaram de uma capacitação específica, com duração de 40 horas, onde foram abordados vários temas relacionados com o processo de trabalho nas unidades e no domicílio. Essa capacitação foi coordenada pelos residentes de Saúde da Família da Unicamp. Em 2005, esse processo ocorreu novamente para os novos agentes. Além disso, os agentes participam das capacitações voltadas para elaboração de protocolos e/ou atualizações das equipes.

Mas a formação básica dos agentes comunitários está iniciando, pela primeira vez, nesse ano de 2006, para uma turma de 38 agentes, com duração de 400 horas.

B9: Capacitação isto faltaria para toda categoria. Até para o técnico. O que você aprende na escola e o que você faz é completamente diferente quando você vai para a SF. Quando você chega você não sabe como é, o que você vai encontrar, porque é completamente diferente. Como você vai atuar.

B3: A saúde de Amparo precisa incorporar o treinamento de uma semana para funcionário novo, como o calouro da Faculdade, para explicar como é o dia-a-dia da unidade. O funcionário tem uma visão hospitalocêntrica.

Mas o que mais chama atenção na avaliação coletiva que o conjunto de trabalhadores da unidade B faz do próprio processo de trabalho é o significado altamente positivo que este trabalho tem para os próprios trabalhadores. Há também a subjetividade, os desejos e o afeto dos trabalhadores que se manifestam nas várias falas.

Segundo Campos (2000), o trabalho é um dos planos essenciais para a constituição de sujeitos, de coletivos e da sociedade como um todo; trabalho como um modo essencial de expressão do sujeito no mundo, através da produção de obras, que sejam como um espelho que torne possível a reflexão crítica do próprio trabalho. Para o autor, a reconstituição da noção de sujeito ou a constituição concreta de coletivos dependem em larga medida da democratização da possibilidade de autoria.

O coletivo de trabalhadores da unidade B parece reconhecer-se na obra e assumir a autoria do próprio trabalho.

Algumas expressões utilizadas pelos trabalhadores evidenciam este reconhecimento da obra e da autoria. O trabalho efetivamente faz sentido para este coletivo.

“Estou muito feliz de participar deste processo”; ou **“Eu me orgulho muito de estar trabalhando no PSF.....**, e só tenho de tirar o chapéu, e elogiar o atendimento básico”; ou “e Amparo está me proporcionando situações que nenhum lugar eu poderia ter”; ou “nós construímos durante 6 anos este trabalho, e é uma coisa que a gente está sistematicamente trabalhando aqui para que cada um de nós se sinta coordenador de si mesmo, de sua área, e consiga colocar o que pensa. Isto não pode depender da figura do (coordenador). Porque esta figura que, às vezes, é aumentada, isto não é legal, Que cada um tome conta do seu pedaço como coordenador.”

Chama atenção na fala desse coletivo o esforço para instituir de fato um processo de trabalho compartilhado e de co-gestão, com investimentos de todos para que as decisões sejam tomadas coletivamente e que os conflitos sejam resolvidos também no espaço coletivo. Para isso, relatam sobre o planejamento do trabalho da equipe; da construção de um processo de trabalho em que cada trabalhador seja sujeito do próprio trabalho; da instituição de processos de trabalho que incorporem outras categorias profissionais no trabalho interdisciplinar, como os técnicos de enfermagem e dentistas.

As falas explicitam de maneira muito clara o desejo coletivo de grupalidade e a criação de um processo de existência grupal, com definição de tarefas e motivações para constituir-se enquanto grupo.

Segundo Chacra (2006), para um agrupamento tornar-se grupo é fundamental que seus membros desejem constituir-se como grupo e esse desejo pode ser percebido nas falas da equipe da unidade B.

A equipe da unidade B reflete um modo de operar da unidade como um todo na sua contratualização interna com o conjunto de trabalhadores, mas também com os usuários do serviço. E, nesse modo de operar, a equipe produz seus trabalhadores e suas subjetividades.

A grande queixa da equipe refere-se à insuficiência do quadro de enfermagem e à falta de tempo para as atividades de coordenação. A unidade conta com duas equipes de Saúde da Família, todas com jornada de 40 horas semanais, inclusive duas equipes de Saúde Bucal, além do apoio matricial de uma psicóloga e mais um médico que faz 20 horas nesta unidade e 20 horas em outra unidade. Como a unidade conta com 2.000 famílias cadastradas, a proposta da Secretaria é que um médico de jornada integral atenda mil famílias. Esse médico com jornada de 20 horas semanais atenda 500 famílias, e a coordenadora atenda as outras 500 famílias, incluídas aí as 200 atendidas pelos dois médicos residentes. Isso para que a coordenadora possa utilizar parte de sua jornada de trabalho para as atividades de coordenação.

Em relação à equipe de enfermagem, essa unidade está passando por problemas temporários. Em junho, uma das enfermeiras pediu demissão e, antes de sair, entrou em férias; a nova enfermeira, que foi chamada do concurso, está cumprindo aviso prévio em outro serviço e a unidade está há quase três meses com apenas uma enfermeira, o que realmente sobrecarrega a equipe.

Por outro lado, uma das quatro técnicas de enfermagem está cursando a faculdade de enfermagem e solicitou alguns períodos para fazer a parte de estágio; a Secretaria informou que não havia como repor esses períodos e a coordenação da

unidade foi consultada e decidiu dispensá-la para o estágio. Logo que os estágios tiveram início, a coordenadora percebeu que as demais técnicas de enfermagem estavam ficando sobrecarregadas, solicitou à Secretaria a contratação de mais profissionais e não foi atendida.

B2: Eu acho assim, é um privilégio a gente atender e ao mesmo tempo gerenciar, isto nos dá uma noção de realidade muito maior, mas também está no limite, chega um momento que precisa tempo para coordenar, precisa tempo para ser gestor... Somente que eu tenho o problema que eu consigo fazer....alguma coisa de gestão, porque o grupo tem se consolidado tanto, que a figura do coordenador é a figura que coordena mesmo, que ajuda a organizar, mas não é o que toma decisões, não é nada disso. Então eu acho assim..... Nós produzimos aqui teoria sim, diariamente, teoria interessantíssima, que eu gostaria de estar escrevendo, que a gente consegue escrever para um congresso, mas é até as 10 da noite, porque a gente não consegue produzir sobre o que a gente faz, sobre esta construção bonita, esta é uma chamada: que os gestores locais tenham espaço real para ser gestor local, sem deixar de atender, acho que tem de continuar a atender, mas muitíssimo menos, para conseguir ser gestor...problema na falta de enfermeiro e de técnico de enfermagem. Estamos reféns do nosso nível de organização.....o cotidiano está esmagador. Temos outras tecnologias e oferecemos coisa a mais, mas não temos mais resolutividade porque falta pessoal. E aí as possibilidades de resiliência ficam comprometidas.

B13: Eu gostaria de ressaltar o problema de pessoal, iria funcionar muito melhor, o nível de stress é muito alto...

B9: Quanto melhor o serviço, maior a demanda, os pacientes vão encurralando a gente, e a gente não pode estacionar. A gente quer inovar, crescer. Se continuar como está não vai dar para crescer. A gente quer fazer certinho, e você fica pressionada.

Um dos maiores problemas que estamos enfrentando hoje no processo de construção do SUS no município é a escassez de recursos financeiros frente às necessidades de ampliação dos serviços de saúde. O município já investe em torno de 21% de recursos próprios em saúde e nem assim conseguimos responder às necessidades da população.

Apesar de todo investimento que fazemos na atenção básica, há ainda muito a ser feito, e a diminuição do número de famílias adscritas por equipe é um dos nossos objetivos, mas que não estamos conseguindo atingir, por insuficiência de recursos, provocada principalmente pelo fato da secretaria estadual de saúde de São Paulo não participar do financiamento da atenção básica nos municípios.

13.2.3- A gestão da secretaria da saúde na visão dos trabalhadores da unidade B

A coordenadora e membros da equipe manifestam opiniões sobre gestão na Secretaria e sobre a secretária de saúde

B2:... Que avanços? Investiu muito em educação, em capacitação, em todos os níveis, acho que menos capacitou foi a porta mesmo. Mas o restante enfim...acho que com o planejamento que se faz no fim de ano, que os coordenadores, os enfermeiros, as pessoas participam tem se levantado uma série de coisas que tem sido sistematicamente cumprido.....Uma delas é capacitação, o grau de saber que chegamos aqui e o grau de saber que temos hoje é outro, e isto é dado pela Secretaria, não que a gente trabalha aqui, que também faz parte, é óbvioTodos somos concursados, absolutamente todos. Nós temos uma estabilidade laboral, uma série de garantias.E porque tem uma gestora que permite que a gente faça, e a gente faz com coerência, e isto é fundamental pra gente conseguir trabalhar em equipe, e quando precisa, ela fala não e pronto..... As coisas são muito claras e isto nos permite ser gestores no tempo que temos para ser gestores.

Uma das principais estratégias adotadas pela atual equipe de gestão da Secretaria foi a implantação de um Programa de Educação Permanente, que a B2 faz referência, quando fala na mudança do grau de conhecimento que os trabalhadores tinham no início dessa gestão e o grau que atingiram hoje. A construção de uma rede básica com potência para responder às necessidades individuais e coletivas da população de um determinado território precisa incorporar a complexidade do biológico, do cultural, do psicológico e do social.

Para dar conta dessa complexidade, é necessário praticar uma clínica ampliada, em que os profissionais considerem o sujeito no seu contexto, e que sejam capazes de estabelecer vínculos e comprometer-se com o alívio do sofrimento do usuário e com a defesa da vida.

A equipe central entendia que, para que as equipes pudessem exercer uma clínica ampliada, seria necessário investir num programa de educação permanente que contribuísse para qualificar tecnicamente todos os profissionais das equipes.

Essa clínica deveria possibilitar a realização de bons diagnósticos e elaboração de projetos terapêuticos capazes de contribuir para elevar o grau de autonomia dos pacientes e também incorporar, nos processos de trabalho, recursos tecnológicos variados tais como educação em saúde, atividades de grupos, visitas domiciliares, intervenções intersetoriais.

As equipes de Saúde da Família também demandavam capacitações técnicas que qualificasse os profissionais para suas ações cotidianas. Essa demanda é muito importante, pois significa que reconhecem os próprios limites na produção do cuidado.

Tenho percebido que a demanda por capacitação é muito freqüente nas equipes de Saúde da Família, inclusive por parte dos médicos, em diferentes locais, e isso faz uma enorme diferença para os gestores, pois a capacitação vem para atender uma necessidade das equipes e, não, porque os gestores decidiram fazer este ou aquele programa de qualificação das equipes.

A partir do levantamento de problemas pelas equipes, foram definidos Programas de Educação Permanente, que vêm sendo executados desde 2001.

Todas as atividades de Educação Permanente ocorrem em horário de trabalho, o que exige organização das agendas das unidades para que a população não fique prejudicada no seu direito de atendimento.

Para alguns grupos mais vulneráveis, foram definidos protocolos para orientar a conduta das equipes. A implantação dos protocolos foi feita com amplos processos de discussão e capacitação de todos os membros das equipes, e a definição dos indicadores para avaliação das ações estabelecidas nos protocolos. Atualmente estão implantados protocolos para Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, Saúde da Mulher, com ênfase na Assistência Pré-Natal, e Protocolo de Saúde da Criança.

Além desses protocolos, a solicitação de exames complementares de média e alta complexidade também depende de critérios, que foram pactuados nas reuniões de Educação Permanente.

Trabalhamos sempre com as ferramentas da Educação Permanente, partindo da aprendizagem significativa do trabalho. Tanto o ponto de partida como o ponto de chegada do processo educativo é sempre o trabalhador, inserido no seu processo de trabalho. Para organizar anualmente os temas a serem discutidos nas reuniões de EP, partíamos dos problemas detectados nos processos de trabalho e trabalhamos sempre com a perspectiva de que esse processo pedagógico tinha como objetivo principal melhorar a qualidade da atenção oferecida à população.

As propostas sobre Educação Permanente, elaboradas pela Secretaria da Gestão do Trabalho e de Educação em Saúde/ SEGESTES, do Ministério da Saúde, a partir de 2003, contribuíram bastante para orientar o trabalho que a Secretaria Municipal de Saúde de Amparo já vinha desenvolvendo desde 2001.

O município foi incluído num projeto da SEGESTES, voltado para um conjunto de municípios chamados municípios colaboradores, que eram aqueles que já vinham investindo em processos de Educação Permanente, com formação de tutores e facilitadores da Educação Permanente.

Esse processo de EP, com capacitações; formação de tutores e facilitadores; reuniões de equipe, de coordenadores e da equipe central; oficinas de planejamento estratégico; oficinas para elaboração e ou pactuação de protocolos; oficinas para discutir o Plano Municipal de Saúde/2005 a 2008; todo esse processo favorece o questionamento pedagógico das práticas, seja na atenção à saúde seja na gestão, e movimenta de tal maneira a organização de saúde que facilita as mudanças e previne a cristalização das práticas.

B9: Sobre a gestão, sobre a dra. Aparecida, uma vez um vereador veio aqui, junto com o prefeito, ele veio questionar se a dra Aparecida.....vinha sempre aqui na unidade, quantas vezes a doutora Aparecida veio aqui, ela deve ter vindo umas duas vezes, foi a resposta que era a verdade. E a resposta que a (coordenadora) deu, surpreendeu a mim e a todo mundo, foi: ela não precisa vir aqui toda semana, todo mês, a doutora (coordenadora) tem a reunião lá com a dra Aparecida , semanalmente, e tudo que acontece é passado para ela lá, então não tem necessidade dela estar aqui constantemente na unidade....., mesmo porque são muitas unidades na cidade, seria difícil ela vir periodicamente aqui, então tudo que acontece ela está sabendo, não é necessário que ela esteja aqui, porque a dra (coordenadora) representa ela aqui, e faz com que ela saiba quais as nossas dificuldades, quais as nossas necessidades, quais nossos..., tudo aquilo que a gente faz.

B9: Eu gostei muito do planejamento que foi feito na Secretaria, que teve a participação de cada equipe, e ali foi surgindo os enrosocos de cada área, e fui surgindo as propostas. E foi uma coisa inovadora..que não tinha antes e eu espero que continue.

B4: E a doutora sempre lembra, a dra. Aparecida autorizou e vamos tentar, eu me responsabilizo por isso, vamos tentar.

B12: O que funciona aqui são as coordenações, a dra Aparecida, ela tem outros grupos,o apoio..... tem um monte, né? A forma de se organizar é que faz a diferença. E a maior diferença é a liderança de cada coordenador, a personalidade de cada coordenador.

Em relação à gestão da Secretaria, esse coletivo faz referência ao projeto de construção da atenção básica, a construção efetiva da estratégia da Saúde de Família no município; ao investimento feito para capacitar as equipes; ao apoio dado nas iniciativas da equipe para instituir processos de trabalho mais democráticos; ao planejamento com participação ampla dos trabalhadores das unidades.

Há também uma compreensão bastante clara da relação da coordenação da unidade com a gestão da Secretaria, inclusive em relação aos questionamentos do fato da secretária não ir com frequência na unidade.

Segundo Merhy (1997), os gestores devem saber que, para fazer uma intervenção institucional no sentido da mudança de processos de trabalho, não basta ter uma receita de programação para esse processo, ou um conjunto de técnicas administrativas, pois trata-se de trabalhar com uma dinâmica profundamente complexa.

Uma unidade básica de saúde é um espaço de relações complexas, com os autogovernos dos trabalhadores e todo o jogo de interesses que atuam na micropolítica do cotidiano do serviço, tanto os interesses dos próprios trabalhadores como dos usuários.

Ainda segundo esse autor, os gestores, interessados em promover mudanças nos processos de trabalho, devem perceber que terão que enfrentar situações de alta complexidade, em termos qualitativos, que caracterizam as instituições de saúde. Para isso, é necessário instituir processos que interfiram na dinâmica privatização e publicização dos autogovernos dos trabalhadores.

Nesses cinco anos, a Secretaria de Saúde de Amparo tem atuado no sentido de criar condições para que os coordenadores e suas equipes possam fazer as mudanças nos processos de trabalho, alterando de fato a micropolítica do trabalho vivo, no sentido de produzir saúde e constituírem-se enquanto sujeitos.

A escolha desse caminho não tem sido fácil no meu cotidiano de gestora. E é importante que fique claro que a compreensão da equipe da unidade B em relação ao projeto da Secretaria não é consenso entre os trabalhadores das distintas unidades.

Considereei sempre a potência dos processos do trabalho vivo em ato como a principal força capaz de provocar mudanças na produção de saúde.

Nesse sentido trabalhei, nesses cinco anos, com a proposta de debater projetos, diretrizes, rumos, e sempre me recusei a ter um modelo prévio de organização do processo de trabalho nas unidades, pois entendia que a tarefa de escolher a melhor forma de organizar o processo de trabalho era do conjunto dos trabalhadores de cada unidade de saúde.

Mas há a expectativa de uma parte dos trabalhadores que a Secretaria, mas principalmente que a secretária, vá até a unidade ouvir os problemas da equipe e propor soluções. Como se fosse possível encontrar soluções externas à própria equipe.

Evidentemente que sempre entendi o papel da Secretaria no sentido de garantir as condições para o funcionamento das unidades, não somente do ponto de vista das tecnologias duras e leve-duras, mas também no sentido de estar instrumentalizando os coordenadores e suas equipes para a produção do cuidado.

E isso, ao meu ver, está sendo feito através dos colegiados, do planejamento estratégico, da educação permanente e das inúmeras rodas de conversa que ocorrem no cotidiano da gestão.

Outro aspecto que considero fundamental no processo de gestão que vimos experimentando em Amparo é o respaldo político que temos dado às propostas das equipes, enfrentando as forças contrárias ao projeto, que se manifestam no discurso e na prática política de vereadores, médicos dos “corpos clínicos” dos hospitais locais e outros.

Um exemplo desse enfrentamento tem sido a incorporação dos enfermeiros nas equipes de Saúde da Família para desenvolverem ações e atividades que, até 2000, eram exclusivas dos médicos em Amparo. A Secretaria já respondeu a três processos do Conselho Regional de Medicina, referentes ao trabalho dos enfermeiros.

Outro exemplo, já citado, foi a decisão de suspender o atendimento e fechar a unidade para a realização de reuniões, conforme a dinâmica estabelecida pela equipe.

A oposição também tem criticado a Secretaria da Saúde pelo Programa de Educação Permanente, que exige a participação dos trabalhadores em oficinas, capacitações, seminários e, conseqüentemente, fora do atendimento à população.

A fala dos trabalhadores da Unidade B indica que a equipe conhece o projeto de saúde da Secretaria, compartilha com as diretrizes gerais desse projeto e acompanha o processo de gestão da Secretaria.

13.3- Grupo focal na unidade C

Na sessão do grupo focal da unidade C, participaram 20 profissionais: três médicos, três enfermeiras, duas dentistas, uma psicóloga, três técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e dois agentes administrativos.

Como nos outros grupos, a moderadora colocou questões para o grupo discutir, mas diferente das equipes anteriores, a equipe da unidade C não conseguiu discutir a Gestão da Saúde em Amparo como nas outras unidades, pois a maioria do grupo permaneceu em silêncio durante as duas horas que durou a sessão.

Uma das dificuldades dos outros dois grupos foi organizar as falas dos participantes, pois todos queriam manifestar-se, e muitos se manifestaram diversas vezes, com falas longas, sempre procurando expor seus pontos de vistas, apontando pontos positivos, limites e fragilidades do sistema de saúde local e do modelo de gestão da Secretaria e da unidade. Inclusive, ouvindo as gravações, houve nos dois grupos das outras unidades dificuldade em terminar a sessão do grupo focal; várias vezes a moderadora lembra que o tempo estava esgotando-se e era necessário fazer as conclusões, mesmo assim os grupos continuavam motivados e manifestando suas opiniões. Além disso, quando solicitados a avaliar a sessão de grupo focal, todos manifestaram que gostaram, apontaram a tensão da discussão, mas sempre ressaltando o lado positivo desse tipo de discussão.

Nas sessões do grupo focal das unidades A e B muitos trabalhadores falaram e poucos permaneceram em silêncio; ou seja, os grupos das unidades A e B participaram efetivamente da sessão do grupo focal.

Durante a sessão, cerca de 60% dos trabalhadores da unidade C não falou, ou seja, a maioria permaneceu em silêncio; não falaram as duas dentistas, as duas enfermeiras, as três técnicas de enfermagem, uma médica e duas agentes comunitárias de saúde; a coordenadora da unidade colocou que preferia ficar calada para não constranger a equipe; um dos médicos fez duas intervenções e permaneceu também em silêncio.

Para garantir a confiabilidade das transcrições, devolvemos às equipes as transcrições, solicitando que cada um lesse e conferisse a própria fala e que cada um assinasse na primeira página que estava de acordo com a transcrição.

Quando a transcrição das falas foi devolvida para validação, os cinco funcionários que falaram no grupo disseram que a transcrição não correspondia ao que falaram no grupo. Para resolver o problema, sugerimos que esse grupo ouvisse a fita e corrigisse as transcrições que não correspondiam às falas. O grupo aceitou a proposta, os funcionários ouviram a fita, disseram que a transcrição estava correta, não fizeram nenhuma correção, mas se recusaram a assinar que estavam de acordo com a transcrição.

Por esse motivo, decidi não incluir as falas dos participantes, mas fazer um breve relato das críticas e discussão dos pontos levantados na unidade C, tendo em vista que a equipe assinou o Termo de Consentimento para gravar e analisar as falas da sessão do grupo focal.

As discussões do grupo focal da unidade C foram conduzidas por duas agentes comunitárias que falaram praticamente o tempo todo, fazendo críticas à atenção a saúde no município, à gestão da unidade, à gestão da Secretaria, à figura da secretária, aos colegas da equipe e aos usuários. Outras duas agentes também fizeram algumas intervenções, todas acrescentando argumentos para concordar com as críticas.

Evidentemente que esse silêncio diz muitas coisas em relação ao entendimento que a equipe da unidade C tem da atenção oferecida pela Secretaria da Saúde e também em relação ao modelo de gestão.

As críticas das agentes comunitárias de saúde da unidade C e o silêncio do grupo estão sendo tratados pela gestão da unidade e da Secretaria, mas do ponto de vista do objetivo do grupo focal, que era conhecer como as equipes, enquanto equipes, entendiam a atenção oferecida à população e o modelo de gestão da secretaria, esse grupo ficou prejudicado.

O silêncio do grupo frente às críticas que os agentes comunitários fizeram à gestão pode significar concordância com elas, aliado ao receio de falar e comprometer-se, embora não seja possível saber ao certo o significado do silêncio.

Por outro lado, as contribuições que este grupo focal trouxe para a auto análise da gestão das unidades e da Secretaria da Saúde foram fundamentais.

No entanto fica muito claro que a comunicação daquela equipe com a gestão está totalmente comprometida, e que a coordenadora, que inclusive é do Grupo de Apoio, não está conseguindo fazer uma gestão coletiva dos processos de trabalho da equipe C.

Uma questão a ser considerada é o fato desses agentes comunitários saberem que a fala deles está sendo gravada, para ser ouvida e analisada pela própria secretária. Embora coloquem sobre o medo de represália, elas demonstram que efetivamente sabem que podem falar tudo que pensam e que não haverá represálias, pois não há nenhum cuidado com as palavras, ou com o tom, ou com as ironias. É uma fala de quem se sente seguro dentro da instituição para expor seu modo de pensar, ou seja, a instituição possibilita a seus membros explicitar um discurso de discordância de todas as diretrizes da Secretaria e da própria secretária.

Uma das principais crítica da agente comunitária de saúde é contra o fato da secretária de saúde e as coordenadoras das unidades de saúde não serem de Amparo.

Como as coordenadoras são concursadas e como os concursos em Amparo são concursos públicos, com as inscrições divulgadas em jornais de circulação nacional, o preenchimento dos cargos vem ocorrendo com profissionais de diferentes locais e realmente a absoluta maioria dos médicos e enfermeiros do PSF de Amparo são nascidos em outros municípios.

A opção política dessa administração foi de acabar com a contratação dos profissionais do PSF por indicação política, como era na administração anterior, e instituir os cargos e garantir a contratação de pessoal exclusivamente por concursos públicos.

A Constituição Brasileira de 1988 garante a todo cidadão brasileiro o direito de participar de concurso público em todo território nacional. E é o respeito a esse direito constitucional que a agente critica.

Outro dado importante é que Amparo, como outros municípios de pequeno e médio porte, não conta com profissionais, particularmente médicos e enfermeiros, em número suficiente para garantir a expansão das equipes de PSF. Mesmo nos municípios em que as contratações são feitas por empresas terceirizadas, ou por Organizações Sociais, a maioria dos profissionais não é desses municípios de pequeno e médio porte.

A figura da secretária foi citada uma vez na discussão da unidade A, quando um funcionário criticou o fato de a secretária não estar mais presente no dia-a-dia da unidade; e foi citada de maneira bastante positiva por alguns trabalhadores e pela coordenadora da unidade B. Mas em ambos os casos, a figura da secretária apareceu na discussão da gestão da Secretaria, num contexto que fazia sentido destacar e discutir esse tema.

No caso da unidade C, desde o primeiro momento a figura da secretária foi criticada, e durante toda a sessão, esse tema foi recolocado pelas agentes comunitárias.

O que chama atenção na fala desta agente comunitária de saúde da unidade C é seu discurso articulado e representativo dos atores políticos de Amparo que fazem oposição ao projeto de saúde da atual administração. Esse fato demonstra que, na vida real, os trabalhadores da saúde têm projetos, disputam esses projetos no cotidiano dos serviços e nem sempre a categoria profissional determina a posição do trabalhador em relação aos projetos em disputa. Em Amparo hoje, o grupo de médicos do PSF é, na sua maioria, parceiro da atual administração na construção de um projeto de atenção básica com as características já explicitadas nessa tese.

E, no caso da unidade C, é justamente uma agente comunitária que faz à Secretaria as mesmas críticas que a categoria médica, vinculada ao setor privado, inclusive conveniado com o SUS, faz à gestão municipal da saúde.

Por outro lado, é importante referir que há mal estar com “os de fora”, principalmente com aqueles que desempenham funções de chefia, que manifesta-se através de ruídos da instituição.

Uma das críticas levantada na Unidade C refere-se às mudanças na política de assistência farmacêutica implantadas pela atual administração, afirmando que antes “as receitas dos consultórios particulares eram atendidas”, e que “a assistente social tinha dinheiro para comprar remédio e agora não tem mais”.

Na administração anterior, o município recebia os medicamentos do Programa Dose Certa da Secretaria Estadual de Saúde e destinava cerca de 50 centavos por habitante por ano, conforme preconizava Portaria do Ministério da Saúde. No entanto, não somente o quantitativo recebido da SES como o elenco do Dose Certa eram totalmente insuficientes para as necessidades do município. Além disso, a assistente social da Secretaria e a assistente social do Departamento de Assistência Social/DAS avaliavam alguns casos e comprava-se medicamentos para alguns pacientes, porém não havia nenhum critério estabelecido publicamente.

Realmente essa forma de organizar a distribuição de medicamentos foi totalmente eliminada.

Um dos elementos fundamentais para a realização de uma clínica ampliada é a garantia do fornecimento daqueles medicamentos essenciais para recuperação ou controle das condições de saúde dos usuários, o que levou a Secretaria a priorizar a construção de uma Política de Assistência Farmacêutica.

Em 2002, foi criado um Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica, com a participação de médicos e farmacêuticos, com a tarefa de definir uma lista básica de medicamentos complementar à lista do Dose Certa, baseada no perfil epidemiológico municipal e no perfil dos serviços, para garantir o fornecimento dos medicamentos prescritos pelos médicos da rede própria do município, conforme proposto no Plano Municipal.

A lista básica vem sendo atualizada anualmente e está se conseguindo garantir o fornecimento regular da maioria dos medicamentos utilizados pelos usuários do SUS, principalmente os de uso contínuo para as doenças crônicas não transmissíveis e para as patologias da mulher, que não fazem parte do Programa Dose Certa.

A partir dessa lista, o município passou a fazer duas grandes licitações por ano, inclusive através de Pregão Eletrônico. O município aumentou em dez vezes o gasto com assistência farmacêutica: passou de 50 centavos para cinco reais por habitante por ano; e hoje as unidades conseguem dispensar a maioria dos medicamentos prescritos pelos médicos, principalmente os de uso contínuo para as patologias crônicas. O Departamento de Assistência Social não fornece mais medicamentos, e o medicamento que não é padronizado e o paciente do SUS realmente necessita passam por uma avaliação da assistente social da Secretaria da Saúde, e o medicamento é comprado numa farmácia, escolhida através de processo licitatório feito anualmente. Para isso, foi necessário aumentar em 100% as despesas com medicamentos, pagas com recursos próprios do município: passando de uma despesa anual de R\$ 177.887,07 em 2001 para R\$ 350.728,60 em 2004.

Embora a Secretaria tenha trabalhado para desmedicalização e para evitar o uso desnecessário de medicamentos, o medicamento é um recurso indispensável para garantia da integralidade da Atenção à Saúde.

A decisão mais polêmica da Política de Assistência Farmacêutica dessa Administração é a de não fornecer medicamentos para pacientes que não são usuários do SUS. Hoje cerca de 90% da população de Amparo está cadastrada no PSF e é acompanhada pelas equipes de Atenção Básica.

Nosso entendimento é que a Constituição garante acesso universal e integral aos serviços de saúde do SUS, incluindo a assistência farmacêutica. Mas isso não significa atender pacientes que optaram pela saúde oferecida pelos consultórios privados, com prescrições de medicamentos com nomes comerciais, muitos de eficácia duvidosa.

Esse é hoje um dos maiores dilemas do SUS, que envolve desde a compra obrigatória de medicamentos para pacientes da rede privada, com destinação de vultuosa quantidade de recursos financeiros públicos para atender demandas judiciais; passa pelas farmácias populares do governo Lula e as farmácias do metrô do governo Alkimin e tem como pano de fundo o poder das indústrias farmacêuticas.

Uma das agentes fala “irritada” sobre as capacitações da Secretaria, afirmando que não servem para nada, pois os funcionários participam de discussões em grupos de temas já resolvidos. Critica também a capacitação sobre grupalidade, feita em 2005 com o LACES que, segundo ela, foi “dinheiro jogado fora”.

Em 2005, decidimos apresentar e discutir o Plano Municipal de Saúde para o conjunto dos trabalhadores da saúde. Foram realizadas oito oficinas com duração de quatro horas para grupos de 25 a 30 funcionários. Inicialmente, era apresentada a forma como o Plano foi elaborado, os objetivos de um Plano de Saúde. Em seguida, os participantes eram distribuídos em pequenos grupos para discutir sobre o SUS municipal, a partir de um roteiro elaborado pela equipe central. No final, os grupos voltavam para a roda, apresentavam seu produto, que era discutido coletivamente. Na discussão, eram apresentadas as propostas para o período de 2005 a 2008.

Participaram dessas oficinas cerca de 60% dos trabalhadores da Secretaria e a avaliação da maioria é que este processo foi muito positivo, pois permitiu que as diferentes áreas conhecessem umas as outras e que todos tivessem uma visão do conjunto das ações e atividades do SUS no município, além de terem conhecido as propostas para os próximos quatro anos. Mas essa funcionária da Unidade C avaliou negativamente o processo de discussão.

Em 2005, a secretaria desenvolveu um projeto de EP baseada nos conceitos da aprendizagem significativa, com técnicos do LACES, que teve a participação de todos os membros das equipes de Saúde da Família. As equipes foram divididas em oito grupos de 25 pessoas, de diferentes categorias profissionais, e mensalmente participavam de oficinas de quatro horas de duração, num total de oito oficinas no período de maio a dezembro de 2005.

Vários temas relacionados à educação em saúde foram abordados: o processo de trabalho enquanto projeto de um coletivo de trabalhadores; o desafio da transdisciplinariedade para produzir cuidado integral; o acolhimento; a aceitação do outro como condição fundamental para construção de vínculos, entre outros. Todos os temas eram discutidos através de dinâmicas que permitiam a participação de todos.

Cerca de 30% dos trabalhadores da rede básica não participaram das oficinas por opção própria e preferiram trabalhar no horário em que elas estavam ocorrendo.

Ainda não foi feita uma avaliação mais sistemática das oficinas, mas a maioria dos participantes avaliou que foi um processo rico em termos de vivência em grupo, mas que faltou aprofundar questões relacionadas com a operacionalização da educação em saúde.

Para a agente comunitária da Unidade C, esse processo foi avaliado como desperdício, pois “não adiantou nada”.

A fala desta funcionária reflete as dificuldades em construir espaços coletivos de discussão, e evidencia que para alguns funcionários, a própria roda de discussão é entendida como imposição do nível central.

A psicóloga da unidade conta sobre a dinâmica de decisões em reuniões semanais, dizendo que a equipe consegue discutir e resolver muitas coisas, mas existem coisas que não dependem da equipe e não se resolvem. Faz a defesa da mudança do processo de trabalho através das mini-equipes, afirmando que essa sistemática possibilita a construção de projetos terapêuticos para os pacientes. Afirma que nas reuniões de toda a equipe, a discussão trata mais das questões organizacionais e burocráticas, e nas reuniões de mini-equipe as discussões são mais produtivas. Afirma que todos os funcionários são chamados a participar nas reuniões de equipe, mas que, como nesse grupo focal, as pessoas não participam da forma esperada. Faz críticas à equipe, que deveria ter mais autonomia em relação à coordenadora, mas que poucos falam.

Essa fala permaneceu totalmente isolada, e agente comunitária retomou a palavra e continuou levantando os pontos negativos da gestão, referindo-se ao fato de a coordenadora ser do Grupo de Apoio.

A unidade C conta com 2.000 famílias cadastradas, e a equipe é formada por dois médicos, duas enfermeiras, duas dentistas, quatro técnicas de enfermagem, duas auxiliares de consultório dentário, dez agentes comunitários de saúde, dois agentes administrativos, uma auxiliar de serviços, todos com jornada de trabalho de 40 horas semanais, e mais um médico de 20 horas e uma enfermeira de 20 horas, que cumprem as outras 20 horas no Grupo de Apoio.

A decisão de colocar mais um médico de 20 horas para reforçar a equipe foi justamente para tentar conseguir melhorar o desempenho dela. E a decisão de colocar a enfermeira do Grupo de Apoio na unidade foi em função do pedido de afastamento da função de coordenação da enfermeira e pelo fato de a Secretaria não ter encontrado nenhum profissional disposto a assumir essa unidade, entre aqueles que, na avaliação do nível central da Secretaria, teriam perfil para a função e particularmente para esta unidade. A unidade C é a unidade que, comparada com as demais unidades de Amparo, tem o maior número de profissionais em relação ao número de famílias cadastradas e atendidas.

Além disso, a unidade C vinha recebendo muitas queixas dos usuários, e a proposta era a de que a nova coordenadora reorganizasse o processo de trabalho das equipes, com objetivo de atender melhor a população. Houve realmente uma série de mudanças no processo de trabalho da equipe e uma diminuição muito expressiva no número de reclamações dos usuários. Um dos maiores problemas enfrentados pela nova coordenadora foi no sentido de rever o processo de trabalho dos agentes que faziam um número de visitas domiciliares bem menor do que o necessário e menor do que as outras unidades do município.

Outro ponto criticado pela mesma agente comunitária foi essa decisão da nova coordenadora de dividir as equipes por micro-área, responsabilizando as equipes por um conjunto de famílias de determinada micro-área. Anteriormente, apenas os agentes trabalhavam com famílias adscritas por micro-área. A nova coordenadora propôs em reunião e a equipe aprovou a formação de mini-equipes de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde por micro-área, com objetivo de aumentar a responsabilização das equipes. Essa decisão é duramente criticada pela agente e nenhum membro do grupo manifesta-se em relação a uma decisão tomada em equipe.

A escolha da unidade C para fazer parte da amostra da pesquisa foi feita com a intenção de entender as dificuldades da Secretaria, da coordenação e dos trabalhadores da unidade, em constituir um coletivo de fato, capaz não só de responsabilizar-se pela produção do cuidado, mas também pela própria constituição da equipe.

O grupo focal não deu conta de colocar a equipe em análise. O grupo deu conta de colher as informações de uma parte da equipe a respeito dos temas principais e essas informações estão na síntese colocada acima.

Mas o grupo focal deu conta de dar a dimensão das dificuldades da equipe para constituir-se enquanto equipe. Por isso, esse é um material extremamente valioso para a gestão da unidade e da Secretaria, no sentido de repensar estratégias voltadas para a construção da equipe da unidade C e no de garantir a Atenção Básica aos usuários.

14- CONCLUSÕES

Enquanto sujeito e objeto dessa investigação, fui expondo meu ponto de vista sobre os vários aspectos da gestão, sejam aqueles referentes ao processo de construção do SUS, ao longo dos seus 16 anos de história, sejam os relacionados com minha experiência em outros municípios, ou mesmo a minha visão sobre o processo de construção do Programa de Saúde da Família de Amparo, tanto no período anterior a 2001, como a partir de 2001, quando assumi a gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Ao expor minha visão de sujeito implicado em todo esse processo, de certa forma fui construindo as minhas conclusões no próprio texto.

Em relação à análise das falas dos gestores, dos coordenadores de unidades e dos trabalhadores das três unidades, explicitarei algumas das minhas conclusões sobre o processo de construção de espaços de gestão como estratégia para construir uma rede de serviços de saúde, centrada no cuidado do usuário e na constituição dos trabalhadores enquanto sujeitos desse processo.

Ao construir os capítulos que trataram dos grupos focais com gestores, gerentes e trabalhadores, decidi agregar as falas por temas que considere “marcadores” significativos para minha investigação, tais como: a tensão constitutiva destes coletivos, a visão dos atores sobre a gestão e sobre atenção a saúde no município, a questão do conflito, e outros tratados no texto da tese.

Optei por colocar maioria das falas dos atores em “estado bruto”, e explicitar a minha visão sobre estes marcadores, deixando para o leitor a análise comparativa da visão dos atores que falam sobre a gestão em Amparo e a visão do ator-investigador.

Com esta ressalva, faço algumas poucas conclusões desse processo de investigação, a partir das falas destes outros sujeitos envolvidos com a gestão e com o cuidado.

A primeira conclusão é que a maioria das equipes de Saúde da Família de Amparo é, de fato, um coletivo que se organiza no cotidiano dos serviços, para produzir saúde e também para atender a seus interesses e desejos, constituindo-se enquanto sujeitos envolvidos no processo de trabalho. Maioria não é o universo das unidades, e ainda hoje

existem unidades nas quais os trabalhadores não conseguiram constituir-se enquanto coletivo voltado para a produção de saúde. Na maioria das unidades, há um esforço para superar a produção de procedimentos e a visão do usuário como objeto, através da construção de vínculos com a população e responsabilização pela saúde das famílias adscritas. As falas dos coordenadores das unidades e dos trabalhadores das unidades A e B e minha percepção como gestora permitem essa conclusão.

A segunda conclusão é que a equipe central, os coordenadores e as equipes de Saúde da Família utilizam mais as tecnologias leves e leve-duras para fazer a gestão e para produzir o cuidado do que as tecnologias duras. A micropolítica do trabalho no cotidiano das equipes de Saúde da Família, e de outros serviços de saúde, está voltada não só para a produção do cuidado, mas também para a produção de subjetividades; e as relações entre os membros da equipe, e entre estes e a população, constitui-se em objeto de discussão permanente e reflexão da equipe central, dos coordenadores e das equipes.

A terceira conclusão é que esses coletivos desejam e trabalham para constituir-se enquanto coletivos e há muito investimento para construírem a própria grupalidade, seja da equipe central, seja da maioria das equipes de Saúde da Família. E nessa construção conseguiram, em grande medida, deslocar o poder médico e construir relações mais solidárias e compartilhadas.

A quarta conclusão é que o conflito está presente em todos esses espaços coletivos de gestão. Saber lidar com eles é fundamental para coordenar e conviver nesses coletivos. Mas há que se reconhecer que faltam ferramentas de gestão para lidar com os conflitos, seja nas equipes, seja nos colegiados.

A quinta conclusão é que a disputa de projetos está presente em cada espaço da gestão; a disputa pela direcionalidade do trabalho vivo é permanente em cada dia, e ela se manifesta das mais diferentes maneiras e através dos mais diversos atores, inclusive dos mais imprevisíveis.

A sexta conclusão é que a gestão das organizações de saúde é uma atividade complexa, e que exige muito investimento da equipe de gestão e dos trabalhadores para lograr resultados satisfatórios para os usuários e para os próprios trabalhadores.

E uma última conclusão: a complexidade da gestão das organizações de saúde, num contexto econômico, político, social e cultural altamente desfavorável à vida, aos coletivos, e à solidariedade, como esse que vivemos hoje, torna extremamente imponderável o resultado, no médio e no longo prazo, de todo esse investimento. Ou seja, há sempre incerteza em relação ao resultado deste trabalho, pois no cotidiano dos serviços, o projeto de saúde está sempre em construção. Mas ainda assim, creio que há que continuar tensionando no sentido da construção de novos modos de produção da vida no plano coletivo, investindo em projetos construídos com base na igualdade e na convivência democrática (Merhy, 2002). Sem isso a vida não tem sentido e a alma fica pequena...

15- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMPARO, **Plano Municipal de Saúde – 2001 a 2004**, Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, 2001.

AMPARO, **Relatório de Gestão de 2001**, Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, 2002.

AMPARO, **Relatório de Gestão de 2002**, Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, 2003.

AMPARO, **Relatório de Gestão de 2003**, Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, 2004.

AMPARO, **Relatório de Gestão de 2004**, Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, 2005.

AMPARO, **Relatório de Gestão de 2005**, Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, 2006.

AMPARO, **Plano Municipal de Saúde – 2005 a 2008**, Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, 2008.

AMPARO, **Livro de Atas das Reuniões do Colegiado de Coordenadores de Saúde da Família**, Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, 2001 a 2005.

ANDERSON, P. **Balanço do Neoliberalismo**. IN: SADER, E. (ORG) Pós Neoliberalismo -As políticas Sociais e o Estado Democrático, São Paulo, Paz e Terra, 1995.

ANDRADE, L.O.M. **Sistema de salud de Brasil, Normas, Gestion y Financiamiento**. São Paulo, CONASEMS, OPAS-Hucitec, 1981.

AROUCA, A. S. da S. **O Dilema Preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. São Paulo, Unesp, Fiocruz, 2003.

BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. **Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996.

BRAGA, J. C. de S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência**: estudos de política social, São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. D.O.U. de 6/11/96. Brasília, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde: descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério de Saúde, 1993.

BRASIL Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**. 3º Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Cadernos do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente**. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde, EAD/ENSP FIOCRUZ. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM**, de 22/02/2006, Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Publicada no DOU de 23/02/2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 699/GM**, de 30/03/2006, Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, 2006. Publicada no DOU de 03/04/2006

BRASIL, Ministério da Saúde. www.saude.gov.br Acessado em agosto de 2006.

CAMPOS, F.C.B. e HENRIQUES, C.M.P. **Contra a Maré à Beira-Mar**: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Scritta, 1996.

CAMPOS, G. W. de S. **A Saúde Pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da Reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.) **Inventando a mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W de S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E. E ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997

CAMPOS, G. W de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000

CAPAZZOLO, A.A. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família**, Tese (Doutorado)- FCM-UNICAMP, Campinas, SP, 2003. Mimeo.

Carvalho, G. **Financiamento Federal para a Saúde, 1988-2001**. São Paulo: Papercrom, 2002.

CECÍLIO, L. C. de O. Prólogo. In: CECÍLIO, L.C. de O. (Org.) **Inventando a mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

CECÍLIO, L. C. de O. **É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão em saúde?** São Paulo, 2002, mimeo.

CECÍLIO, L. C. de O. **Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?** São Paulo, 2005, mimeo.

CECÍLIO, L. C. de O. **O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito.** São Paulo, 2006, mimeo.

CECÍLIO, L. C. de O. **Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde.** São Paulo, 2006, mimeo.

CHACRA, F. C. **Grupo e Grupalidade no trabalho em Saúde: reflexões para uma prática comunitária, afetiva e democrática.** São Paulo. 2006, mimeo.

CONASEMS, Revista: **15 anos de lutas pela saúde dos brasileiros**, Brasília, 2003.

CONASEMS, **Carta de Natal**, XX Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 20 de março de 2004, Revista do CONASEMS, abr.-maio.2004.p.34-35

CONASEMS, **Núcleo de Gestão do trabalho e da Educação Permanente**, Brasília, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª CNS, 1986, Brasília, Anais do Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12ª CNS, 2003, Brasília, Série D Reuniões e Conferências. Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.** Brasília. Ministério da Saúde/CNS, 2002.

DONNÂNGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade.** São Paulo: Pioneiras ,1975.

DONNÂNGELO, M. C. F., PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** 2.ed. São Paulo: Duas Cidades,1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo, Paz e Terra, Coleção Leitura, 28º edição, 2003.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: JATENE, A.; LANCETTI, A.; MATTOS, S.A. F.; CRUZ, M. L. S.; RODRIGUES, M. S. M.; ROCHA, S. M. et al. **Saúde Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2000.

LUZ, M.T. Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje, in PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org) **Cuidado, as Fronteiras da Integralidade**. São Paulo – Rio de Janeiro, Hucitec, IMS, UERJ, ABRASCO–2004.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente**. Recife: Litteris, 1989.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília, IPEA, 1996.

MATUS, C. **Teoria do jogo social**. São Paulo, FUNDAP, 2005.

MENDES, E.V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social das mudanças das práticas sanitárias no SUS**. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1993.

MENDES, E.V; **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES, E.V; PESTANA, M. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Publicação Oficial da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte MG, 2004.

MERHY, E. E. **A Saúde Pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C. de O. (Org.) **Inventando a mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E **Organizações Sociais: autonomia de que e para que?** Campinas, 1998, mimeo.

MERHY, E. E. **Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: O desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B; PERES, M.A.A; FOSCHIERA, M.M.P; PANIZZI (Org) **Acolher Chapecó.** São Paulo. Hucitec, 2004.

MERHY, E.E; MAGALHÃES JUNIOR, H.M; RIMOLI, J; FRANCO; BUENO, W, S. (Org) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo, Hucitec, 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MOTA, F.C.P. **Teoria Geral da Administração.** São Paulo: Pioneira de Administração e Negócios, 1975

OLIVEIRA, Francisco de. Neoliberalismo À Brasileira. IN: SADER, E. (ORG) **Pós Neoliberalismo-** As políticas Sociais e o Estado Democrático, São Paulo, Paz e Terra, 1995.

ONOCKO, R. **O Planejamento no Labirinto – uma viagem hermenêutica.** São Paulo: Hucitec, 2003.

PIMENTA, A. L. CAPISTRANO FILHO, D. (Org), **Saúde para todos:** Desafio ao Município. São Paulo: Hucitec , 1988.

PIMENTA, A. L. CAPISTRANO FILHO, D. (Org), **Saúde do trabalhador.** São Paulo: Hucitec, 1988.

PIMENTA, A.L. e MACEDO, J. L. M. O Financiamento da Saúde em Santos. In CAMPOS, F.C.B. E HENRIQUES, C.M.P. **Contra a Maré à Beira-Mar:** a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Scritta, 1996.

PIMENTA, A. L. (Org) **Saúde e humanização: A experiência em Chapecó.** São Paulo: Hucitec - Prefeitura de Chapecó, 2000. p.159-182.

PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org) **Cuidado, as Fronteiras da Integralidade.** São Paulo – Rio de Janeiro, Hucitec, IMS, UERJ, ABRASCO –2004.

SANTOS, N.R. **O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para visualização dos rumos: a necessidade de acompanhamento.** Brasília, 2006, Mimeo.

SCHRAIBER, L. B. **Educação Médica e Capitalismo.** São Paulo: Hucitec, 1989.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde.** O debate no campo da saúde coletiva, São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, S.F. **Municipalização da Saúde e Poder Local, sujeitos, atores e políticas.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, S.F. DOBASHI, B.F, **Um novo Pacto no SUS**, in Revista Divulgação em Saúde para Debate, Série CONASEMS/ CEBES. Rio de Janeiro. 2006.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J.S. e VILASBOAS, L. 2002. **Promoção e Vigilância a Saúde**, Salvador, ISC, 2002

TESTA, M. **Pensar em Saúde.** 1992. Artes Médicas. Porto Alegre

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C.M. e FARIA, M. M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim OPAS** 120(6), 473-482, 1996.

WESTPHAL, M. F.; Grupos Focais. In **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista.** São Paulo, 1992. Tese de livre docência, FSP-USP.

16- ANEXOS

Pautas das reuniões do colegiado de coordenadores do PSF: de 2001 a 2005

Ano de 2001

19/01/2001: Planejamento do PSF em Amparo: dimensionamento das equipes em função do número de famílias; discussão sobre Pronto Atendimento e outras atividades das equipes; Integração dos serviços ao PSF: VISA, VE, CSI, Odontologia, UAC; Programa de Educação Continuada para o ano de 2001; Residência Médica de Saúde da Família em Amparo; Concurso Público para cargos do PSF.

19/02/2001: Proposta de funcionamento do Colegiado de Saúde da Família; Preparação para Oficina de Planejamento em março, com professor Emerson Merhy, da UNICAMP; Apresentação do diagnóstico da produção de consultas médicas nos serviços da SMS em 2000; Proposta de Reorganização da Saúde em Amparo.

22/02/2001: Continuação da discussão da Proposta de Reorganização da Saúde em Amparo; Continuação da discussão sobre a produção de consultas médicas em 2000; Laboratório Municipal: avaliação das cotas de exames e propostas para superar dificuldades.

01/03/01: Informes; Discussão sobre as atribuições dos médicos coordenadores das equipes; Discussão da Resolução do COFEN que autoriza enfermeiros a solicitar exames; Programa de Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde.

08/03/01: Avaliação dos dados do SIAB sobre cadastro de famílias e proposta para cadastrar todas as famílias da área de abrangência; Apresentação da Proposta de Educação Continuada para o 1º semestre de 2001; Discussão de Indicadores para acompanhar os grupos prioritários.

15/03/01: Discussão de propostas para integração da Saúde Mental com o PSF.

22/03/01: Discussão de propostas de saúde bucal no PSF: integração das equipes, incorporação dos adultos no atendimento através do Tratamento Completado: planejamento para quatro anos.

24/03/01: Primeira Oficina de Planejamento Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde com equipe central e coordenadores do PSF e de outros serviços, Coordenação Professor Emerson Merhy.

17/05/01: Informes: Orçamento participativo; Aprovação de seis equipes de saúde bucal para o PSF; Construção de nova unidade para atender ao centro da cidade; grupo para discutir PCCS; contratação de mais uma médica e uma enfermeira para o PSF; próxima capacitação de educação Continuada; Apresentação para discussão da primeira versão do Plano Municipal de Saúde para 2001 a 2004.

02/08/01: Discussão sobre o trabalho do enfermeiro na equipe, coordenação das equipes pelos enfermeiros, protocolos de atendimento dos enfermeiros.

29/08/01: Discussão da NOAS e do Cartão SUS.

06/11/01: Apresentação do balanço de 2001 pela secretaria e pelos coordenadores de saúde da família.

22/11/01: Discussão sobre Indicadores de Saúde; Papel dos enfermeiros nas equipes; Projeto de Lei para criação de cargos para o PSF.

Ano de 2002

27/03/02: Mudanças das equipes em função dos resultados do Concurso Público do PSF; Agenda e pauta das próximas reuniões.

03/04/02: Diretrizes do PSF de Amparo e formação das equipes; Relatório de Indicadores do SISPRENATAL.

10/04/02: Papel do colegiado de coordenadores do PSF; Programa de controle da hipertensão arterial: dados existentes e dados necessários.

17/04/02: Relato e discussão sobre a rotina de reuniões das equipes; Informes sobre o KIT de medicamentos dos MS para o PSF.

23/04/02: Discussão sobre organização do ACOLHIMENTO nas unidades; Discussão de pauta para próximas reuniões.

08/05/02: Continuação da discussão sobre organização do ACOLHIMENTO nas unidades; Discussão sobre retaguarda hospitalar em Amparo: Santa Casa e Beneficência Portuguesa.

15/05/02: Continuação da discussão sobre retaguarda hospitalar em Amparo: Santa Casa e Beneficência Portuguesa.

22/05/02: Informes; Discussão sobre a integração da Vigilância Epidemiológica com o PSF.

29/05/02: Apresentação e discussão do acolhimento e sistemática de agendamento das unidades: discussão com o prefeito César Pagan; Apresentação da proposta das capacitações do PEC para o próximo trimestre.

05/06/02: Discussão sobre informações para avaliar o Programa de Controle da Hipertensão Arterial.

12/06/02: Discussão sobre referência hospitalar com os diretores clínicos da Santa Casa.

19/06/02: Discussão sobre ações de Saúde Mental no PSF.

03/07/02: Continuação da discussão sobre Saúde Mental no PSF.

17/07/02: Discussão sobre modelo assistencial DEFESA EM VIDA e CO GESTÃO da rede básica.

24/07/02: Continuidade da discussão sobre Co Gestão e método da roda.

31/07/02: Continuidade da discussão sobre Co Gestão, método da roda e grupalidade.

07/08/02: Discussão sobre abordagem de pacientes usuários de drogas na rede básica.

14/08/02: Discussão sobre Indicadores de avaliação da Atenção Básica.

21/08/02: Discussão sobre ações de Saúde Mental, com William Valentin.

04/09/02: Avaliação dos indicadores do programa de Hipertensão Arterial e Diabetes; Balanço das atividades da Secretaria de Saúde do 1º semestre de 2002.

11/09/02: Proposta de discussão sobre organização do processo de trabalho de cada unidade, com ênfase no Acolhimento, a partir da próxima reunião. Programa de Educação Continuada. SISPRENATAL.

18/09/02: Apresentação e discussão do processo de trabalho e acolhimento na USF do Jardim Brasil.

18/09/02: Apresentação e discussão do processo de trabalho e acolhimento na USF Três Pontes.

02/10/02: Apresentação e discussão do processo de trabalho e acolhimento na USF do Camanducaia.

09/10/02: Apresentação e discussão do processo de trabalho e acolhimento na USF do São Dimas.

16/10/02: Apresentação e discussão do processo de trabalho e acolhimento na USF do jardim Moreirinha. Discussão sobre a 4ª Conferência Municipal de saúde.

11/12/02: Informe. Planejamento dos próximos 50 dias.

Ano de 2003

12/02/03: Planejamento das atividades do colegiado no 1º semestre de 2003.

26/02/03: Atendimento do psiquiatra no PSF.

19/03/03: Educação Continuada: prioridades para 2003.

26/03/03: Saúde Mental no PSF.

09/04/03: Campanha de detecção de hanseníase e campanha de vacinação de idosos.

16/04/03: Informes; Indicadores de controle da hipertensão arterial e diabetes de 2002.

23/04/03: Proposta de implantação de Saúde do Trabalhador em Amparo.

28/05/03: Relatório de gestão de 2001 e 2002.

05/06/03: Integração do Laboratório e o PSF; Discussão sobre projeto de PCCS.

17/06/03: Propostas do novo Ministério da Saúde.

02/07/03: Discussão sobre atenção aos portadores de hipertensão e diabetes pelo PSF.

30/07/03: Automação do Laboratório; Discussão sobre projeto de PCCS.

13/08/03: Produção das unidades no 1º semestre de 2002; Educação Continuada: prioridades para 2º semestre de 2003; Acolhimento nas unidades.

03/09/03: Comitê de Mortalidade Materna e Infantil; Acolhimento nas unidades.

01/10/03: Apresentação e discussão de dados epidemiológicos de Amparo.

01/10/03: Continuação da discussão de dados epidemiológicos de Amparo; Orçamento de 2004; Organograma da Secretaria com a Reforma Administrativa e PCCS; Saúde Bucal.

12/11/03: Informe; Oficina de Planejamento Estratégico para 2004.

26/11/03: Informe; Oficina de Planejamento Estratégico para 2004.

Ano de 2004

07/01/2004: Informe; Apresentação e discussão das propostas do Planejamento Estratégico Situacional/PES para 2004.

11/02/2004: Informe; Apresentação e discussão de Indicadores de 2003 da Hipertensão e Diabetes na Atenção Básica.

10/03/2004: Informe; Continuação da discussão: Indicadores de Hipertensão Arterial e Diabetes; Proposta de formação de um grupo para discutir e propor Indicadores de Saúde da Criança.

24/03/2004: Informes; Ampliação no número de profissionais nas equipes e novos concursos; Discussão sobre queixas de pacientes (ruídos das unidades).

06/04/2004: Informe; Discussão sobre Conselho Local de Saúde; Apresentação do relatório de Gestão de 2003.

14/04/2004: Informe; Acolhimento nas unidades: relato das equipes e discussão.

12/05/2004: Informe; Apresentação dos Indicadores de Atenção Básica; Trabalho do Enfermeiro nas Equipes e Ato Médico.

02/06/2004: Informe; Discussão do Protocolo e Indicadores de Atenção a Saúde da Criança.

16/06/2004: Informe; Continuação da discussão sobre Saúde da Criança; Discussão sobre Saúde Mental na rede básica.

07/07/2004: Informe da Saúde Bucal; Avaliação do que já foi executado do Planejamento para 2004 – PES.

22/07/2004: Continuação da avaliação do Planejamento Estratégico de 2004; Discussão sobre Saúde do Trabalhador no PSF.

04/08/2004: Situação Atual das Equipes do PSF; Saúde Mental no PSF; Continuidade do Trabalho sobre Sexualidade e Prevenção de DST/AIDS; Critério para distribuição de prótese dentária para usuários das USF.

18/08/2004: Campanha de Vacinação; Medicamentos; Folheto PSF.

15/09/2004: Informe; Campanha Raiva, Amamentação, Semana do Idoso, DST/AIDS, Folheto PSF; Saúde Mental nas unidades.

22/09/2004: Informe; Apresentação sobre Médico de Família na Inglaterra pelo médico residente Giuliano.

13/10/2004: Informes: DST/AIDS, Saúde do Trabalhador, mudanças nas ESF; apresentação do trabalho da equipe da USF Camanducaia.

20/10/2004: Informe; Apresentação do trabalho das equipes de Arcadas e do São Dimas.

03/11/2004: Discussão sobre o Sistema de Informação – SIAB.

19/11/2004: Oficina de Planejamento Estratégico para 2005.

01/12/2004: Oficina de Planejamento Estratégico para 2005.

Ano de 2005

19/01/2005: Informes: dados de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; Relatório Gestão 2004; agenda dos psicólogos e da nutricionista no PSF; material educativo de DST/AIDS; Planejamento Saúde Mental em Amparo.

26/01/2005: Oficina de Planejamento da Saúde Mental em Amparo.

16/02/2005: Continuidade da Oficina de Planejamento Saúde Mental; Calendário de Reuniões; Projetos de Educação Permanente.

01/03/2005: Apresentação e Discussão do Relatório de Gestão 2004.

15/03/2005: Informe; Relato e discussão sobre Trabalho em Grupo nas unidades de PSF.

05/04/2005: V Conferência Municipal de Saúde.

19/04/2005: Projeto de EP e formação de Grupos; Controle de HA e DM – Relatório de 2004.

03/05/2005: Situação do convênio com a Santa Casa “Anna Cintra”; V Conferência Municipal de Saúde; Oficinas de EP.

17/05/2005: Coordenação da Rede de Saúde da Família: proposta de ter uma Equipe de Apoio; Educação Permanente.

08/06/2005: Discussão e Avaliação do Projeto de Gestão e Educação em Saúde em Amparo e Micro Região/2005 (Projeto do Pólo de EP/LACES/Chacra); Enfermeiros nas Equipes de Saúde da Família.

22/06/2005: Avaliação das Oficinas de Gestão e Educação em Saúde/Projeto do Pólo de EP/LACES/Fernando Chacra.

19/07/2005: Informe; Apresentação do Programa de Pesquisa sobre Idosos de Amparo – Profª Drª. Arlete – Unicamp.

09/08/2005: Informes; Apresentação do Plano Municipal de Saúde para 2005 a 2008; Eventos em comemoração dos 10 anos PSF Amparo.

23/08/2005: Informe; Continuação da apresentação do Plano Municipal de Saúde de 2005/2008.

27/09/2005: Informes (Diabetes/Concursos/Cursos); Mudança da dinâmica do Colegiado.

24/11/2005: 13:30 às 17 horas: Saúde Mental na Atenção Básica.

01/12/2005: 13:30 às 17 horas: Saúde Mental na Atenção Básica.

**Termos de consentimento dos gestores, coordenadores e trabalhadores da
Secretaria de Saúde de Amparo**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Amparo, / / 2006

Prezado(a) senhor(a)

O(a) senhor (a) foi escolhido para participar da Pesquisa **A Saúde em Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão**. Esta pesquisa está sendo realizada como parte do doutorado em Saúde Coletiva da pesquisadora Aparecida Linhares Pimenta.

O objetivo da pesquisa é analisar as estratégias de gestão adotadas para implementar o Sistema Único de Saúde no município no período de 2001 a 2005.

Sua participação consistirá em participar de uma sessão de Grupo Focal com os demais membros que compõem a **Equipe Central** da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo.

O tema do Grupo será o modelo de atenção e o modelo de gestão em Amparo. A sessão será gravada, transcrita e analisada, e terá como objetivo conhecer a opinião dos gestores sobre o processo de gestão construído em Amparo no período de 2001 a 2005.

Haverá um moderador externo e um observador, que irão coordenar a sessão do Grupo Focal. A sessão terá duração de cerca de três horas.

As informações obtidas com o Grupo Focal serão analisadas em conjunto, e será garantido sigilo sobre as manifestações dos membros da Equipe Central.

A sua participação é voluntária e de seu livre arbítrio, podendo se recusar a participar da sessão. A participação na pesquisa não trará nenhum benefício individual e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a Secretaria Municipal de Saúde, ou com a pesquisadora.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o senhor (a).

Assinatura do participante do Grupo: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura do orientador da pesquisa: _____

Qualquer dúvida entrar em contato com a Pesquisadora pelo telefone: (19)38 17 3105 ou 3807 6622.

Qualquer dúvida ou denúncia entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone: (19)3788 8936.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Amparo, / / 2006

Prezada senhora,

A senhora foi escolhida para participar da Pesquisa **A Saúde em Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão**. Esta pesquisa está sendo realizada como parte do doutorado em Saúde Coletiva da pesquisadora Aparecida Linhares Pimenta.

O objetivo da pesquisa é analisar as estratégias de gestão adotadas para implementar o Sistema Único de Saúde no município no período de 2001 a 2005.

Sua participação consistirá em participar de uma sessão de Grupo Focal com os demais membros que compõem o **Colegiado de Coordenadores** das Unidades de Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo.

O tema do Grupo será o modelo de atenção e o modelo de gestão em Amparo. A sessão será gravada, transcrita e analisada, e terá como objetivo conhecer a opinião dos gestores sobre o processo de gestão construído em Amparo no período de 2001 a 2005.

Haverá um moderador externo e um observador, que irão coordenar a sessão do Grupo Focal. A sessão terá duração de cerca de três horas.

As informações obtidas com o Grupo Focal serão analisadas em conjunto, e será garantido sigilo sobre as manifestações dos membros do Colegiado.

A sua participação é voluntária e de seu livre arbítrio, podendo se recusar a participar da sessão. A participação na pesquisa não trará nenhum benefício individual e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a Secretaria Municipal de Saúde, ou com a pesquisadora.

Assinatura do participante do Grupo: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura do orientador da pesquisa: _____

Qualquer dúvida entrar em contato com a Pesquisadora pelo telefone: (19)38 17 3105 ou 3807 6622.

Qualquer dúvida ou denúncia entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone: (19)3788 8936.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Amparo, / / 2006

Prezado(a) senhor(a),

O(a) senhor (a) foi escolhido para participar da Pesquisa **A Saúde em Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão**. Esta pesquisa está sendo realizada como parte do doutorado em Saúde Coletiva da pesquisadora Aparecida Linhares Pimenta.

O objetivo da pesquisa é analisar as estratégias de gestão adotadas para implementar o Sistema Único de Saúde no município no período de 2001 a 2005.

Sua participação consistirá em participar de uma sessão de Grupo Focal com os demais membros que compõem a Equipe da unidade.

O tema do Grupo será o modelo de atenção e o modelo de gestão em Amparo. A sessão será gravada, transcrita e analisada, e terá como objetivo conhecer a opinião dos trabalhadores sobre o processo de gestão construído em Amparo no período de 2001 a 2005.

Haverá um moderador externo e um observador, que irão coordenar a sessão do Grupo Focal. A sessão terá duração de cerca de três horas.

As informações obtidas com o Grupo Focal serão analisadas em conjunto, e será garantido sigilo sobre as manifestações dos membros da Equipe.

A sua participação é voluntária e de seu livre arbítrio, podendo se recusar a participar da sessão. A participação na pesquisa não trará nenhum benefício individual e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a Secretaria Municipal de Saúde, ou com a pesquisadora.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o senhor (a)

Assinatura do participante do Grupo: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Assinatura do orientador da pesquisa: _____

Qualquer dúvida entrar em contato com a Pesquisadora pelo telefone: (19)38 17 3105 ou 3807 6622.

Qualquer dúvida ou denúncia entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone: (19)3788 8936.

CEP, 25/07/06.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 246/2006 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0179.0.146.000-06

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “A SAÚDE EM AMPARO: ESTRATÉGIAS PARA CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS COLETIVOS DE GESTÃO”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Aparecida Linhares Pimenta

INSTITUIÇÃO: Secretaria Municipal de Saúde de Amparo - SP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 02/06/06

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 28/06/07 (O formulário encontra-se no site acima)

II - OBJETIVOS

Apesar da indicação do objetivo da pesquisa constar à análise do processo de construção de espaços coletivos de gestão, implementados na Secretaria Municipal de Saúde de Amparo no período de 2001 a 2005, o estudo proposto é mais amplo, incluindo, na pesquisa documental, outros municípios e período de tempo. Nota-se que os objetivos específicos formam um todo mais amplo que o contexto proposto no objetivo geral.

III - SUMÁRIO

A pesquisa prevê uma etapa de pesquisa cuja natureza é documental e outra por meio da realização de grupos focais. Em ambas as etapas a pesquisadora contará com a memória pessoal da experiência vivida. A coleta por meio dos grupos focais será desenvolvida com uma sessão com cada um dos seguintes grupos: 1. doze membros que participaram do colegiado central da secretaria - equipe de dirigente; 2. dez coordenadores das equipes de saúde da família que participaram do colegiado de coordenadores de saúde da família em 2005 - equipe de gerentes; 3, 4 e 5. equipes das três maiores unidades básicas de saúde do município - equipe de trabalhadores. Os temas debatidos: características do modelo de atenção, do modelo de gestão em Amparo e trabalho em equipe. As sessões serão coordenadas por um moderador externo, contarão com um observador e serão gravadas.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto é adequado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi readequado e apresentado um para cada grupo participante. A pesquisadora respondeu adequadamente às questões solicitadas pelos assessores.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa (Versão 2 incorporando a Emenda Nº 1 de 28/03/06), bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (Versão de 28/03/06 incorporando a Emenda Nº 1), assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

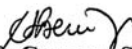
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de junho de 2006.


Prof. Dr. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP