

SUZETE MARCHETTO CLAUS

**COMPETÊNCIAS PARA O GERENCIAMENTO DE
PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA:
Contribuições para a formação e a atuação de
profissionais da saúde**

CAMPINAS

2005

SUZETE MARCHETTO CLAUS

**COMPETÊNCIAS PARA O GERENCIAMENTO DE
PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA:
Contribuições para a formação e a atuação de
profissionais da saúde**

*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 em Saúde Coletiva.*

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

CAMPINAS

2005

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

C573c Claus, Suzete Marchetto
 Competências para o gerenciamento de processos de
trabalho na atenção básica: contribuições para a formação e a
atuação de profissionais da saúde / Suzete Marchetto Claus.
Campinas, SP : [s.n.], 2005.

 Orientador : Emerson Elias Merhy
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Saúde coletiva. 2. Competência Profissional. I. Emerson
Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

DEDICATÓRIA

Ao Marcos e Carina, por sua liberdade de pensamento;

Ao Sérgio, por sua inesgotável solidariedade;

Aos três e a muitos outros, pelas experiências e conhecimentos compartilhados.

AGRADECIMENTOS

A Wanderlei Silva Bueno (in memorian), que pelo seu exemplo começou toda esta história.....

Ao Emerson Elias Merhy , mestre, amigo, orientador, que soube dividir, confiar, respeitar meus limites e apoiar em todos os momentos.

A Alcindo, Dagoberto, Dino e Nilva, cuja acolhida, escuta e contribuições foram decisivas para a finalização deste trabalho.

Aos gerentes, protagonistas deste estudo, que se dispuseram a dividir comigo seu mundo de trabalho. Vocês sabem da importância e da efetiva participação de cada um.

A Mara, aluna, bolsista, pela dedicação, compromisso, afeto, incentivo e paciência em dividir comigo tantas horas de trabalho. Obrigada por cuidar de mim.

A Túlio, Giovani e Rodrigo pelo privilégio de compartilhar, junto ao trabalho na SMS, de muitos momentos de conflitos, confrontos, de cooperação e superação.

A Aneli, amiga e companheira de trabalho, onde tivemos a chance de aprender a trabalhar juntas e por me ensinar o significado da solidariedade.

A Leoci, pela disponibilidade, apoio em vários momentos e pela acolhida na UNICAMP.

A Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, por ter permitido a realização desse estudo.

A Universidade de Caxias do Sul e colegas do Departamento de Enfermagem pelo apoio, confiança e carinho.

A Ivone e Diva, que em um tempo restrito realizaram revisão de ortografia e diagramação.

A todas as pessoas que anonimamente contribuíram para a concretização deste estudo.

*Não cobiço nem disputo os teus olhos
não estou sequer à espera que me deixes ver através dos teus olhos
nem sei tampouco se quero ver o que vêem e do modo como vêem os teus olhos
Nada do que possas ver me levará a ver e a pensar contigo
se eu não for capaz de aprender a ver pelos meus olhos e a pensar comigo
não me digas como se caminha e por onde é o caminho
deixa-me simplesmente acompanhar-te quando eu quiser
Se o caminho dos teus passos estiver iluminado
pela mais cintilante das estrelas que espreitam as noites e os dias
mesmo que tu me percas e eu te perca
algures na caminhada certamente nos reencontraremos
Não me expliques como deverei ser
quando um dia as circunstâncias quiserem que eu me encontre
no espaço e no tempo de condições que tu entendes e dominas
Semeia-te como és e oferece-te simplesmente à colheita de todas as horas
Não me prendas as mãos
não faças delas instrumento dócil de inspirações que ainda não vivi
Deixa-me arriscar o molde talvez incerto
deixa-me arriscar o barro talvez impróprio
na oficina onde ganham forma de paixão todos os sonhos que antecipam o futuro
E não me obrigues a ler os livros que eu ainda não adivinhei
nem queiras que eu saiba o que ainda não sou capaz de interrogar
Protege-me das incursões obrigatórias que sufocam o prazer da descoberta
e com o silêncio (intimamente sábio) das tuas palavras e dos teus gestos
ajuda-me serenamente a ler e a escrever a minha própria vida.*

Rubem Alves

	<i>Pág.</i>
RESUMO.....	<i>xxiii</i>
ABSTRACT.....	<i>xxvii</i>
1- INTRODUÇÃO.....	31
2- COMPETÊNCIAS GERENCIAIS FACE AOS PARADIGMAS DA FORMAÇÃO E DA ATENÇÃO EM SAÚDE.....	37
2.1- Competências gerenciais e o paradigma da atenção.....	39
2.1.1- Competências gerenciais contemporâneas.....	39
2.1.2- Competências gerenciais no campo da saúde.....	47
2.2- Paradigma da formação profissional em saúde e os desafios para a mudança.....	63
2.2.1- Instituições de ensino como um dos espaços privilegiados para o desenvolvimento de competências no processo de formação dos agentes das práticas em saúde.....	63
2.2.2- Papel do currículo na formação profissional: limites, exigências e desafios.....	68
2.2.3- Em busca do que ensinar sobre gerenciamento em saúde: a competência como referencial para o planejamento do ensino.....	78
2.3- Noção de competência profissional.....	79
2.4- A competência e a educação profissional na área da saúde.....	82
3- PERCURSO METODOLÓGICO.....	87
3.1- Delineamento do Estudo.....	89

3.2- Procedimentos de Investigação.....	91
3.2.1- Formalização do estudo.....	91
3.2.2- Definição dos sujeitos informantes.....	91
3.2.3- Coleta de dados.....	94
3.2.4- Organização e tratamento dos dados.....	97
4- COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS A ENSINAR PARA O TRABALHO DE GERENCIAMENTO LOCAL DE SAÚDE.....	101
4.1- O município de Caxias do Sul e suas características.....	103
4.2- Contextualização histórica e organizacional da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul.....	107
4.2.1- Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul.....	114
4.3- Desenvolvimento gerencial: um processo em construção.....	124
4.3.1- Demanda por desenvolvimento gerencial.....	124
4.3.2- Estratégias de desenvolvimento gerencial.....	129
4.3.3- Objetivos do programa de capacitação gerencial.....	140
4.3.4- Momentos da capacitação gerencial.....	141
4.4- O processo de capacitação gerencial.....	147
4.4.1- Referenciais didático-pedagógicos utilizados na capacitação de gerentes.....	147
4.5- Competências gerenciais como resultado das expressões dos gerentes.....	174
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	199
6- REFERÊNCIAS.....	211
7- ANEXOS.....	231

LISTA DE QUADROS

	<i>Pág.</i>
Quadro 1- Características dos respondentes (2003).....	93
Quadro 2- Síntese dos módulos desenvolvidos na capacitação gerencial.....	143
Quadro 3- Síntese das oficinas desenvolvidas na capacitação gerencial.....	145
Quadro 4- Significados construídos pelos gerentes sobre os conceitos básicos relacionados ao Protocolo de Ações Básicas de Saúde.....	165
Quadro 5- Dificuldades apresentadas para intervir e estratégias de intervenção em relação ao atendimento à gestante.....	168
Quadro 6- (Questão 1) Aprendizagens mais importantes desenvolvidas pelos trabalhadores em saúde, segundo a percepção dos gerentes.....	171
Quadro 7- (Questão 2 e 3): Outras formas de desenvolver oficinas locais.....	172
Quadro 8- Competências gerenciais derivadas das expressões dos gerentes.....	175
Quadro 9- Relação entre constituintes da competência/objetivo e possibilidades pedagógicas para seu desenvolvimento.....	190
Quadro 10- Habilidades definidas em relação à competência/objetivo derivadas das competências gerais apontadas pelos gerentes.....	191
Quadro 11- Habilidades e atributos definidos em relação à competência/objetivo derivadas das competências gerais apontadas pelos gerentes.....	193

LISTA DE FIGURAS

	<i>Pág</i>
Figura 1- Localização de Caxias do Sul no estado do Rio Grande do Sul.....	104
Figura 2- Setorização do município de Caxias do Sul, conforme plano físico urbano de julho de 1996.....	120
Figura 3- Concepção do Protocolo de Ações Básicas em Saúde.....	133
Figura 4- Representação dos momentos da capacitação gerencial realizada em 2002, tendo como eixo norteador o Protocolo de Ações Básicas em Saúde.....	142
Figura 5- Representação do triângulo de governo formulada por Matus (1993).....	152

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1- Evolução do número de trabalhadores na Secretaria Municipal da Saúde.....	121

RESUMO

Este estudo objetivou identificar quais as competências necessárias para gerenciar processos de trabalho na atenção básica, a partir de um contexto de mudanças na organização das práticas de saúde e de gestão que vêm ocorrendo no município de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Para esta identificação foram utilizadas expressões de doze gerentes de unidades básicas de saúde da rede de serviços do município, com base em matriz construtivista de identificação de competências. A coleta de dados se processou em duas fases: 1) identificação de um rol de competências apontadas pelos gerentes a partir da realização de uma capacitação gerencial realizada pela Secretaria Municipal de Saúde e ocorrida no período de fevereiro a dezembro de 2002, por meio de análise documental dos instrumentos de auto-avaliação realizados; 2) identificação de um rol de competências obtidos com os mesmos gerentes após um ano de realização da capacitação gerencial (dezembro 2003 a fevereiro de 2004), por meio de questionário aberto. Concomitantemente foi realizada análise de contexto no qual os gerentes estão inseridos por meio de exame documental. Estes dados permitiram construir um elenco de competências que evidenciaram diferentes dimensões (núcleos de competências) do trabalho gerencial com ênfase naquelas referentes ao planejamento local de saúde, trabalho com coletivos, educação em saúde e condução do trabalho gerencial. Estas competências podem se constituir em objetivos de ensino de forma a subsidiar cursos de graduação e desenvolvimento profissional no campo da saúde quanto aos tipos de competências que podem ser desenvolvidas para gerenciar processos de trabalho produtores de atos cuidadores em Unidades Básicas de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify the abilities necessary to manage processes of work in primary care settings, in a context of changes in the organization of the practices of health and management that come occurring in the city of Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. For this identification, expressions of twelve managers of Basic Units of Health, of the net of services of the city, had been used, on the basis of a constructional matrix to the identification of the abilities. The collection of data was processed in two phases: 1) identification of the roll of the abilities pointed by the managers, during a course of management qualification carried through by the City Department of Health, between February and December of 2002, by means of documentation analysis of the carried through instruments of self-evaluation; 2) identification of the roll of abilities gotten with the same managers after one year of accomplishment of the course (December 2003 the February of 2004), by means of opened questionnaire, concomitantly analysis of context in which was carried through the manager is inserted by means of documentation examination. These data had allowed to construct a cast of abilities that had evidenced different dimensions (nuclei of abilities) of the management work with emphasis in those referring ones to the local planning of health, work with collective, education in health and conduction of the management work. These abilities can consist in educational objectives to subsidize courses of graduation and professional development in the field of the health in relation to the types of abilities that can be developed to management processes to produce caregiver acts in Basic Units of Health.

1- INTRODUÇÃO

Este estudo é decorrência de uma experiência como docente e trabalhadora em serviço público de saúde que, devido à riqueza de desafios, tem me propiciado articular as inquietações da vivência do cotidiano dos serviços em saúde com a necessidade de repensar os processos de formação profissional aliada ao compromisso de produzir conhecimento de forma a contribuir com a qualificação do trabalho nos dois cenários.

As inquietações, referidas especificamente ao campo da gerência, tiveram sua origem desde muito cedo na prática profissional como docente da disciplina de Administração Aplicada à Enfermagem e, mais recentemente, de Estágio Curricular em Enfermagem do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul-RS. Nos espaços que foram se constituindo em campos de estágio teve-se a oportunidade de compartilhar com profissionais dos serviços, alunos e colegas docentes muitas questões referentes à gestão dos serviços nas instituições de saúde. Essas revelaram-se como um dos maiores problemas para “fazer andar” as instituições, inclusive no que diz respeito ao modo como as enfermeiras constituem formas ou estilos de produzir e organizar o trabalho da enfermagem, ao protagonizar papéis institucionais que reproduzem ações normatizadas, rotinizadas, repetitivas e centradas nas tarefas e na burocracia. Em certo sentido, isso contribui para que as relações institucionais se tornem, muitas vezes, conflituosas, desumanizadas, descompromissadas e autoritárias. (PIRES, 1999).

Os processos de produzir e/ou de reproduzir determinadas ações no interior da enfermagem, em particular aqueles que se referem à crise de modelos, por que têm passado essa profissão e seus modos de gerenciamento, têm, para Ferraz (1995), relação direta com os estilos de administrar o serviço de enfermagem. Segundo a autora, parece estar havendo, nas ações de enfermagem, a construção de relações de trabalho insípidas, o que, em última instância, produz também uma prática cujos atos implicam um fazer/saber desprovido de significados, sendo propiciadores de situações associadas à condição de impropriedade ou inautenticidade das enfermeiras, apontando o processo de formação como um dos mecanismos de reprodução dessas situações.

Muitas dessas características puderam ser aprofundadas durante o Mestrado (iniciado em 1993) com a aproximação feita em relação às situações com as quais os enfermeiros lidam para planejar ações profissionais e aos comportamentos necessários para desenvolver na formação desse profissional para realizar esse tipo de trabalho. Essa aproximação possibilitou dialogar com as questões do cotidiano dos profissionais que revelaram algumas dificuldades em gerenciar o cuidado nas instituições ao lidar com situações como: as más condições de trabalho; a acentuada desumanização da assistência; a banalização das intercorrências; a piora das relações entre os trabalhadores e/ou usuários; a ausência de um método de trabalho *a priori* definido, como integrador do trabalho na instituição; a ausência do planejamento de ações; o descompromisso e as fragilidades dos modelos de gestão para viabilizar mudanças nas políticas de saúde e mesmo para provocar impactos no cotidiano da instituição.

No campo da formação profissional, o mestrado também gerou reflexões sobre a forma com que tem se processado o ensino-aprendizagem e que é reveladora de situações como: o conhecimento estruturado é o fim do próprio processo de aprendizagem e é utilizado como ponto de partida para a tomada de decisões sobre o que ensinar; a seleção e a organização dos saberes são marcadamente influenciados pelo ambiente interno das instituições formadoras, reproduzindo uma lógica de transmissão de conteúdos teóricos; a forma de organizar o currículo é fragmentada se constituindo na soma de disciplinas estabelecidas que se preservam por seu status acadêmico; e/ou disciplinas que organizam e codificam o conhecimento acumulado na profissão, em diferentes áreas do saber, e portanto, geram atos de ensino alheios a natureza do conhecimento requerido para o exercício da profissão; práticas pedagógicas centradas no professor colocando o aluno como receptor do conhecimento, no lugar de dependente do saber de outro, não reconhecendo seu próprio saber como importante; práticas que reforçam a dicotomia entre teoria e prática, conhecimento formal e conhecimento tácito, entre ensino e serviço. Situações estas que instigaram questionamentos sobre como transpor a lógica de formação baseada em conteúdos para outra baseada em competências; e outros relacionados a possíveis formas de identificação de competências para que possam se constituir em objetivos de ensino para os cursos de formação no campo da saúde. Estas questões nortearam este estudo no sentido de que é possível pensar o planejamento de situações de

aprendizagem a partir de outro ponto de partida que não esteja restrito ao conhecimento estruturado.

Concomitantemente a essa trajetória, em 1992, ingressei (como estatutária), na Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Caxias do Sul, exercendo atividades como enfermeira em Unidade Básica de Saúde (UBS) até 1995 quando foi assumida a função de Coordenadora do Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos da referida secretaria. Nesse cenário, a aproximação com o campo da gerência ocorreu mais intensamente pelo fato de que a administração que assumiu o governo municipal (em 1997) tomou para si a responsabilidade plena de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e definiu a *saúde* como sua área prioritária, surgindo uma discussão central que se referiu ao modelo técnico-assistencial e de gestão a ser tomado como referência, no sentido de estruturar e gerir um sistema público de saúde capaz de efetivar a concepção de saúde, entendida como um direito de cidadania, e atender às reais necessidades da população e produzir melhores condições de saúde. Esse contexto fez emergir a necessidade de criar dispositivos para efetivar mudanças nas práticas de saúde e na reorganização da produção de serviços, bem como das tecnologias utilizadas, no sentido de qualificar o modo de produção do cuidado, entre elas, àquelas referentes às ações básicas de saúde.

Para efetivar essas mudanças, a SMS apostou num ator estratégico para a condução desse processo: criou em 1998 a função de Gerente de Unidade Básica de Saúde, cuja missão era conduzir técnica, política e administrativamente os processos de trabalho produtores de cuidado em saúde de forma a garantir mudanças nas práticas dos trabalhadores. Ou seja, um gerente da mudança. Também apostou em processos de desenvolvimento gerencial que possibilitassem a esses profissionais – trabalhadores em saúde e de diferentes categorias profissionais (em nível de graduação) – estar suficientemente instrumentalizados para o alcance dos resultados desejados. Essa realidade me colocou em contato sistemático com o trabalho cotidiano dos gerentes que, pela convivência, aguçou as inquietudes já existentes, considerando que, na criação da função gerencial, não havia por parte dos gerentes clareza suficiente sobre seu complexo papel, nem a formalização pela SMS das atribuições desse profissional desejado com a especificação das competências necessárias para exercer tal atividade.

Essa situação, associada ao fato de que a maioria dos profissionais não foi suficientemente preparada, em sua graduação, para o gerenciamento de processos de trabalho (considerando a ausência desses campos temáticos nos currículos mínimos a que esses profissionais foram submetidos em sua formação), muito menos para aqueles que pretendem se constituir em dispositivos de transformação das práticas de saúde, me levou a alguns questionamentos: que fazer gerencial está se conformando a partir de novos enfoques e de novas propostas de cuidado e de gestão? Que competências são necessárias para gerenciar unidades básicas de saúde num contexto de mudanças de modelo de atenção à saúde? De que forma é possível viabilizar o desenvolvimento dessas competências na formação (principalmente a universitária) dos profissionais da saúde?

As tentativas de resposta a essas questões contribuíram para a delimitação deste estudo que tem o objetivo de identificar as competências necessárias para gerenciar unidades básicas de saúde, num contexto de mudanças de práticas, de forma que tais competências possam subsidiar o ensino nos cursos de formação, nos cenários da academia e dos serviços.

***2- COMPETÊNCIAS GERENCIAIS FACE
AOS PARADIGMAS DA FORMAÇÃO
E DA ATENÇÃO EM SAÚDE***

A formação e a gestão de recursos humanos em saúde, face aos desafios para a transformação das práticas profissionais e a consolidação do SUS, se percebem em crise diante da incapacidade de o conhecimento atual e de as práticas hegemônicas responderem aos novos problemas e às necessidades das áreas da saúde e da educação.

No campo da saúde, a crise se explicita principalmente na contradição entre o paradigma dominante que vê a saúde de um ponto de vista biologista, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologias; e num outro, baseado no fortalecimento do cuidado, de cura, da proteção, promoção e manutenção à saúde, na ação intersetorial e na crescente autonomia das pessoas e populações em relação à saúde. Esse novo paradigma pretende ser capaz de reorientar as relações entre profissionais da saúde e população em geral e de redefinir o peso e o papel do setor de prestação de serviços na construção da saúde. (MERHY; ONOCKO, 1997; FEURWERKER; LIMA, 2002).

Na educação, a crise se revela na contraposição entre a concepção hegemônica tradicional e a concepção crítico-reflexiva. A primeira utiliza a pedagogia da transmissão – prática pedagógica centrada no professor – e a aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade; a segunda se fundamenta na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação teoria/prática e na participação ativa do estudante no processo ensino/aprendizagem.

Esses aspectos apontam à necessidade de mudanças profundas nos referenciais que orientam a própria universidade e os serviços em saúde. Por isso, ambos se encontram desafiados em sua missão e na capacidade de produzir resultados significativos para a sociedade.

2.1- Competências gerenciais e o paradigma da atenção em saúde

2.1.1- Competências gerenciais contemporâneas

As organizações estão sendo desafiadas a lidar com ambientes cada vez mais complexos e dinâmicos, demandando novas exigências de gestão e novos perfis de lideranças. Grande ênfase tem se dado à questão das competências da organização e das

competências do indivíduo. No novo contexto econômico, parece haver uma concordância generalizada que a organização do passado tem poucas chances de sobrevivência. As mudanças não são decorrentes apenas dos avanços tecnológicos: são decorrentes do ambiente que se tornou complexo, demandando transformações permanentes.

Para enfrentar esse cenário, as organizações preparam suas estratégias enfatizando novas competências organizacionais: flexibilidade, inovação, horizontalidade, criatividade, agilidade, compartilhamento de informação, aprendizagem, gestão do conhecimento, planejamento participativo e estratégia competitiva. Como as organizações não têm competências, são os indivíduos que as detêm. Nesse sentido, é fácil compreender quem é o grande protagonista dessa história. De fato, em nenhuma outra época, na história das organizações, as pessoas com suas competências e talentos foram tão valorizadas como atualmente. (OLIVEIRA, 1989; MELLO, 2002).

Faz parte dos velhos modelos de gestão a busca apenas por desempenho eficiente. A visão ordenada e tradicional de gerência fazia crer que o dirigente era – ou deveria ser – um decisor racional, um planejador sistemático e um coordenador e supervisor eficiente das atividades organizacionais. Entretanto, pesquisas sobre a função gerencial, mesmo nas grandes organizações consideradas eficientes, têm revelado que o lugar comum da gerência é exatamente o contrário. (MOTTA, 2001).

Segundo o autor, a maioria dos dirigentes, quando questionados sobre o seu trabalho, informam que encontram sempre uma carga inesperada de tarefas imprevistas, com reuniões, interrupções e trabalhos administrativos intensos, descontínuos e de natureza variável. Sua atenção é constantemente desviada por chamados diversos, o que fragmenta sua ação e torna intermitente o seu envolvimento no processo decisório organizacional. Tomam decisões por meio de interações diversas, ações isoladas e opiniões manifestadas esparsamente, às vezes pouco coerentes. Aproximam-se dos problemas à medida que vão surgindo, na busca de soluções baseadas em informações parciais, imperfeitas e de primeira mão, quase sempre envoltas por grandes incertezas. Revelam, também, que gostariam de ser mais racionais de, ter mais tempo para pensar sobre o futuro e planejar, mas se rendem à inevitabilidade da fragmentação e do imediatismo da função gerencial. Vivem pressionados para adotar ações de curto prazo na busca de recursos e solução de problemas; porém, os

resultados de seu trabalho só podem ser avaliados a longo prazo. A maioria dos gerentes dedica-se intensamente à função e se preocupa com ela fora dos horários normais de trabalho; leva problemas para casa e tenta evitar, sem sucesso, que eles invadam o seu tempo de lazer. São normalmente pressionados por demandas urgentes e raramente encontram tempo para analisar um problema e pensar no futuro de sua empresa.

Outro aspecto a considerar é que a visão ordenada do mundo organizacional, implícita na própria idéia de organização, induzia a pensar a realidade administrativa como racional, controlável e passível de ser uniformizada. Essa visão tem se provado enganadora, pela constatação cada vez mais freqüente de que a organização é, significativamente, uma realidade caótica. A combinação dessas perspectivas sobre a função gerencial e a organização do trabalho produziu, ao longo dos anos, a idéia de que um dirigente podia ser eficaz simplesmente pela sua centralidade nos objetivos da organização e pela sua capacidade de comandar e coordenar um trabalho coletivo.

Entretanto, se for considerado que praticamente toda a produção de bens e serviços no mundo moderno é obtida por meio de organizações com certo grau de complexidade, a compreensão dos processos organizacionais de ação e decisão torna-se extremamente importante para a ação gerencial no meio organizacional. E a essência do trabalho gerencial é fazer as organizações operarem com eficiência e eficácia. Não é uma tarefa simples, pois exige competências no trato das questões sociais e técnicas que constituem os processos organizacionais.

Para Motta (2001) os dirigentes devem conhecer as dimensões formais e previsíveis do processo decisório organizacional, ou seja: as formas de divisão e especialização do trabalho, bem como de distribuição do poder e autoridade para melhor utilizar recursos hierárquicos e de poder; a maneira de captar, processar e analisar informações externas e internas para melhor agir na formulação de políticas, de estratégias organizacionais e na solução de problemas; as alternativas de definição de processos sequenciais interdependentes que levem ao alcance de resultados, para poder atuar na coordenação e no controle; e, as formas comportamentais humanas – individuais e grupais – que se estabelecem em uma organização de trabalho, para saber quais ações gerenciais produzem respostas comportamentais mais adequadas.

Além desses conhecimentos de natureza formal da organização, os dirigentes devem se familiarizar com as dimensões do informal, do improvável e do imprevisto que se passa no meio organizacional. Nesse sentido, é necessário que os dirigentes: conheçam os limites humanos e organizacionais da racionalidade administrativa para saber considerá-los na tomada de decisão; aprendam a avaliar e a agir com base em informações ainda ambíguas, imprecisas e pouco analisadas, para melhor enfrentar os riscos e incertezas inerentes ao planejamento organizacional; adquiram grande capacidade de adaptação e de antecipação ao não-rotineiro, para manter a coerência da ação organizacional na ocorrência de emergências e de imprevistos; e, desenvolvam continuamente habilidades interpessoais para garantir maior eficiência, lealdade e satisfação humanas no trabalho, obtendo um melhor equilíbrio no sistema individual de contribuição/retribuição.

Segundo o mesmo autor, para essas competências existem conhecimentos acumulados e sistematizados, passíveis de ser utilizados para o aprendizado gerencial. Grande parte desses conhecimentos foi produzida nos últimos anos, o que revela a sua contemporaneidade e aplicabilidade à época atual.

Dessa forma, a tarefa de gerenciar exige competências complexas que têm sido abordadas de diferentes modos. Para Dussault (1992), a competência gerencial pode ser entendida em três dimensões: conhecimento, habilidade e atitude. A dimensão do conhecimento, ou o nível do saber diz respeito à capacidade intelectual de compreender teorias e conceitos, entender o funcionamento de uma organização, o processo de produção de serviços, as necessidades da comunidade e a sua distribuição e evolução. A dimensão da habilidade ou nível do saber fazer refere-se à capacidade pessoal de utilizar conhecimentos para análise de situações, sabendo diagnosticar problemas, definir, difundir e implementar objetivos e estratégias, organizar o trabalho e geri-lo em equipe. A dimensão da atitude ou nível de sabedoria leva a aprender a partir dos erros, do sentido ético, da empatia e do pragmatismo.

Motta (2001) considera que a capacidade gerencial envolve quatro dimensões básicas: a cognitiva, a analítica, a comportamental, e a habilidade de ação. A dimensão cognitiva significa a apreensão de conhecimentos disponíveis sobre administração (definição de objetivos e a formulação de políticas, idéias sobre estruturas, processos,

técnicas e comportamento organizacional). A analítica significa aprender a identificar e a diagnosticar problemas administrativos, estabelecendo relações entre diferentes fatores organizacionais, bem como identificar a potencialidade de técnicas e instrumentos administrativos a serem utilizados em diferentes situações na busca de alternativas viáveis para sua solução. A comportamental significa adquirir novas maneiras de interação humana, dentro dos padrões alternativos conhecidos e validados socialmente, como novas formas de comunicação, de interação em pequenos grupos, de exercício ou de lida com o poder e a autoridade. A habilidade de ação requer a capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional, ou seja, de transformar conhecimentos e alternativas comportamentais em formas efetivas de ação. Envolve melhor conhecimento de si próprio, de seu papel organizacional e dos objetivos e do contexto em pactuar com o que atua, além do comprometimento com a missão da instituição em que trabalha.

É possível perceber que, tanto na compreensão de Motta (2001) quanto de Dussault (1992) as respectivas dimensões não devem ser pensadas ou desenvolvidas isoladamente. Essas dimensões distintas entre conjuntos de conhecimentos, habilidades e atitudes, são, na prática, complementares e mutuamente determinadas.

Para Ruas (1999), o conceito de competência, nos últimos anos, tem aparecido como uma forma de repensar as interações entre pessoas, seus saberes e capacidades, e as organizações e suas demandas. O autor coloca que

a competência não se reduz ao saber, nem tampouco ao saber-fazer, mas sim à sua capacidade de mobilizar e aplicar esses conhecimentos e capacidades numa condição particular, onde se colocam recursos e restrições próprias à situação específica. Alguém pode conhecer métodos modernos de resolução de problemas e até mesmo ter desenvolvido habilidades relacionadas à sua aplicação, mas pode não perceber o momento e o local adequados para aplicá-los na sua atividade. (...) A competência, portanto, não se coloca no âmbito dos recursos (conhecimentos, habilidades), mas na mobilização destes recursos e, portanto, não pode ser separada das condições de aplicação (p. 4).

Essa concepção se aproxima de uma visão moderna do conceito de competência, que é concretizada na atitude, na capacidade de saber agir, mobilizando conhecimentos e habilidades, sendo percebida de forma dinâmica.

Senge (1999a, 1999b) salienta que os gerentes/líderes não têm o papel de conduzir as pessoas para a mudança, mas sim de criar ambientes organizacionais que inspirem, suportem e alavanquem a imaginação e a iniciativa que existe em todos os níveis. Apresenta uma disciplina (SENGE, 2000) que pode ser apropriada como algo importante para o gerente atual. Trata-se do domínio pessoal, que significa ter poder ou autoridade sobre si próprio, resultando em liberdade para determinar sua visão e propósitos pessoais, bem como ter influência sobre sua realidade e liberdade para se comprometer com a transformação dessa realidade em direção à sua visão pessoal. A essência dessa disciplina é aprender a gerar e a sustentar a tensão criativa.

Ainda explorando a dimensão da criatividade, Kao (1997) utiliza a metáfora do jamming, que representa uma improvisação planejada, a tensão entre arte e disciplina. Para o autor, o gerente deve ser capaz de localizar o "ponto de harmonia" que se move e está sempre em algum lugar entre os sistemas e a análise e o fluxo livre das criatividade individuais. Esse autor também afirma que os gerentes, para gerar novas idéias, devem projetar ambientes, que propiciem a liberdade psíquica. Menciona, ainda, que os gerentes da atualidade são solicitados a produzir uma mentalidade criativa na cultura da empresa, ao contrário dos gerentes tradicionais no ambiente burocrático. Os gerentes devem inserir a mentalidade do "pensar o impensável", a liderança pelo desafio baseada em uma competição criativa, desempenhando papel de condutores de dinamismo na empresa.

Nessa mesma linha, Amana (1989) destaca quatro competências básicas por meio das quais se chega à potencialização da força humana na empresa: catalisar as atenções dos colaboradores por meio de uma visão inspiradora; comunicar a visão de forma a torná-la significativa para os colaboradores; construir confiança entre os colaboradores por meio de coerência com a visão; e conhecer-se e conhecer os colaboradores em profundidade visando desenvolver e utilizar as habilidades de cada um de forma mais contributiva à realização da visão. Por meio dessas competências, já propagadas há mais de uma década, é possível perceber a importância de o gerente saber gerenciar a atenção, o significado, a confiança e o eu.

Considerando o gerente como líder, Bower (1999) propõe um conjunto de qualidades e atributos que conformam as competências gerenciais: confiabilidade (considerando a integridade e a honestidade); justiça (prezar pela igualdade, reciprocidade e imparcialidade); comportamento despretencioso; capacidade de ouvir; mente aberta; sensibilidade às pessoas (intuição, percepção, empatia); sensibilidade às situações; iniciativa; bom senso; liberalidade (ser tolerante a várias visões); flexibilidade e adaptabilidade; capacidade de tomar decisões precisas e oportunas; capacidade de motivar; e senso de urgência (uso do tempo para gerar vantagem competitiva).

Uma pesquisa realizada com 136 executivos de empresas em quatro estados (SP, PR, SC e RS), com etapa exploratória feita no final de 1997, apontou 48 atributos relevantes para um gerente ser considerado apto a atuar no mercado global (ECHEVEST; VIEIRA; VIANA, 1999). Dentre esses, 12 são destacados como muito relevantes, em ordem de importância: integridade; visão estratégica; capacidade de liderança; visão da empresa; capacidade de decisão; foco no resultado; ética no trato de questões profissionais e sociais; capacidade de negociação; motivação; coordenação de trabalhos em equipe; habilidade em relações interpessoais; e atitude pró-ativa.

Wood Jr. e Picarelli Filho (1999) apresentam quatro categorias de competências segundo as quais as competências gerenciais são inter-relacionadas e construídas como uma teia complexa. As competências interacionais, de solução de problemas e de capacitação seriam as fundamentais; e a competência de comunicação que é considerada de apoio. As competências interacionais englobam as capacidades interpessoais e de liderança quando o gerente trabalha produtivamente com os outros. As competências de solução de problemas incluem: capacidade de percepção, de planejamento e de organização e capacidade de decisão. Um gerente com essas competências é capaz de identificar, formular e executar soluções criativas a problemas. As competências de capacitação são demonstradas quando o gerente reconhece a necessidade de mudar e empreende mudanças. Para tanto, é necessário capacidade de ação, flexibilidade e adaptabilidade. As competências de comunicação, consideradas de apoio, significam a capacidade de o gerente comunicar-se de forma eficiente e eficaz, de forma escrita, oralmente e nas interações interculturais.

Goleman (1999) criou o conceito de competência emocional. Com base nos cinco componentes da inteligência emocional em ação, sistematiza a competência emocional em seis dimensões: autoconhecimento; autocontrole; automotivação; empatia; e sociabilidade (habilidades sociais, habilidades de trabalho em equipe). É como o indivíduo gerencia a si e a seus relacionamentos, como trabalha em equipe, sua capacidade de liderar e de antecipar o futuro.

A partir das concepções apontadas, parece que a gerência existe simplesmente porque existem atividades que um indivíduo não pode fazer por si só. Necessita da cooperação de outros para uma ação coletiva na busca de um objetivo comum. Para alcançar dito objetivo, existem meios que podem ser previamente identificados como mais ou menos adequados para atingir o mesmo fim.

Quanto mais complexa for a atividade, maior será a necessidade de cooperação e maior ainda será a utilização de tecnologias variadas e sofisticadas. Luz (1999) considera que a capacidade gerencial exige habilidades complexas, como: capacidade analítica, de julgamento, de decisão, de liderança, e de enfrentar riscos em tempos de incerteza. Além dessas, também é fundamental a capacidade de negociação entre interesses e demandas múltiplas e a de integração de fatores organizacionais.

Para construir um perfil dessa natureza, é fundamental a profissionalização deste gerente que para Barbosa e Lima (1996) significa o processo de habilitação, tomando como referência um rol de conhecimentos e habilidades, possíveis de ser desenvolvidas em programas de formação, e que possui duas dimensões ao menos: uma em nível da formação pessoal e outra em nível profissional, concebida como função institucionalmente legitimada. Na primeira dimensão, a competência do gerente deve ser determinada por um conjunto de fatores pessoais, inatos e intuitivos, além de outros adquiridos em suas experiências, e por uma formação específica, em razão do desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes. Na segunda, importante contrapartida institucional, ela significa a adequação dos sistemas de gestão e seus instrumentos, de modo a potencializar e conferir a razão de ser à competência profissional.

Muitas habilidades, conhecimentos e valores foram destacados e podem ser comparados a partir do ponto de vista de diferentes autores. Com terminologias diferentes ou idênticas, é possível identificar uma convergência para grupos de competências gerenciais atuais. As competências são concebidas sob uma ótica flexível, dinâmica e adaptável, conforme as diferentes realidades organizacionais, em que novas competências gerenciais são valorizadas como: gerir a complexidade e a flexibilidade, e gerir equipes, a incerteza e o aprendizado.

2.1.2- Competências gerenciais no campo da saúde

As práticas de saúde do Brasil tem seu desenvolvimento marcado pela dicotomia entre Saúde Pública e Medicina. Ao se fazer uma retrospectiva das formas de prestação de serviços de saúde que se sucederam, verifica-se como expressão da organização técnico-institucional das mesmas uma polarização que pende entre opções por ações médico-sanitárias, predominantemente de caráter preventivo e por ações de assistência médica individual, de caráter predominantemente curativo, em detrimento nítido das primeiras ao longo dos tempos. Segundo Menezes (1998), subjacente a estas conformações organizativas está presente uma discussão teórico-epistemológica entre o saber clínico e o saber epidemiológico na instrumentação dessas práticas de saúde.

A superação dessas dualidades (clínica/epidemiologia; indivíduo/coletivo), veio a se tornar uma possibilidade concreta com o advento da Reforma Sanitária, entendida como um processo modernizador e democratizante das práticas de saúde do Brasil. As propostas de Reforma Sanitária, se explicitaram e sistematizaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde se criaram as condições num plano político-ideológico para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Este constituído pela regulação do Estado, teria como princípios a universalização, a equidade e a integralidade da atenção a partir dos preceitos administrativos de regionalização, hierarquização e descentralização político-administrativa, bem como a gestão democrática dos serviços e o controle social dos mesmos. Entretanto, no processo de consolidação do SUS, este, enfrenta um duplo desafio o de concretizar operacionalmente um modelo tecnoassistencial que altere a lógica da

produção de serviços e ao mesmo tempo goze de legitimidade social, garantindo abrangência universal e o caráter público do espaço da saúde, através de novos modelos de gestão, numa conjuntura que se mostra favorável ao modelo neoliberal.

Segundo Teixeira; Paim; Vilasboas (1998) o processo de construção do SUS vem sendo marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, cujo propósito central é a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentados em uma proposta de autonomia política dos municípios enquanto base da estrutura político-administrativa do Estado. Nesse contexto o debate político-institucional tem privilegiado os *componentes* financiamento e gestão do SUS.

O processo de descentralização, neste contexto, adquire importância no fortalecimento da autonomia político-gerencial dos municípios, significando concretamente a possibilidade de, a partir da saúde, reestruturar a gestão municipal em seu conjunto, em uma perspectiva democrática participativa, tecnicamente competente e gerencialmente resolutiva.

Barbosa; Lima (1996) referem que o tema da gestão em saúde é complexo pois entende que o processo de construção do SUS exige inovações, no intento da satisfação das necessidades sanitárias, nos âmbitos *estrutural* (relacionadas ao valor e legitimidade social da área de saúde); *político* (enquanto equilíbrio de interesses de grupos sociais, visando priorizar a saúde) e *técnico-organizativo* (expresso pelas novas possibilidades tecnológicas e de organização das práticas sociais e de saúde). Portanto, a gestão em saúde trata de processos complexos, relacionados às possibilidades de resposta social às necessidades sanitárias. E a atuação gerencial deve ser entendida como uma prática, baseada na decorrência do quanto é possível explicar e compreender a dinâmica das necessidades de saúde e do *tipo* de explicação formulada acerca da maneira como estão disponíveis e utilizados os recursos, as bases tecnológicas, os interesses e a forma de combiná-los de modo eficaz, eficiente e efetivo.

Entender a articulação do gerenciamento às práticas de saúde, pode ocorrer por diferentes caminhos. Mishima (1995) aponta que uma delas pode ser pela abordagem da

Teoria Geral da Administração (TGA). Essa, é definida como o campo do conhecimento que se ocupa da administração em geral, não se preocupando estritamente onde ela é aplicada. Ou seja, trata do estudo da Administração das organizações. A TGA aponta pelo menos cinco concepções enfatizadas pelas teorias administrativas concebidas:

- ênfase nas tarefas, valorizando os aspectos de racionalização do trabalho com a Administração Científica de Taylor, que foi o passo inicial de uma abordagem científica da administração;
- ênfase na estrutura, evidenciando-se os princípios da gerência com a Administração Clássica de Fayol e a racionalidade organizacional da Teoria da Burocracia de Weber;
- ênfase nas pessoas, que pode ser chamada de reação humanista na administração, com enfoque para os aspectos de motivação, liderança, organização informal do trabalho;
- ênfase no ambiente com a formulação da Teoria dos Sistemas, tão em voga contemporaneamente;
- ênfase na tecnologia com a aceitação da existência de indeterminação (contingência) dentro de uma visão que enfatiza a complexidade, o caráter sistêmico e holográfico das organizações, a multi-causalidade e a indeterminação das mudanças.

A administração, portanto, trata do planejamento, organização (estruturação), direção e controle de todas as atividades diferenciadas pela divisão do trabalho que ocorrem dentro de uma organização, sendo que ao fazê-lo a administração nada mais é que a condução racional das atividades, adequando os meios aos fins.

A ação racional em relação a fins (racionalidade instrumental)

deixa, portanto, de considerar o fator humano, ou seja, o papel desempenhado pelo homem enquanto um ator social, uma vez que a ação racional não implica que estes ajam racionalmente no que

concerne às suas próprias metas, valores, aspirações e desejos. Ou seja, cada indivíduo se torna simples engrenagem de uma máquina, ignorando o propósito e o significado de seu comportamento. (MISHIMA, 1995, p. 10)

Compreendido nessa abrangência, o campo e a prática da gestão de serviços de saúde, na atualidade, superam em muito os processos (clássicos) de trabalho na área, quando administrar poderia estar expresso por adequadas e eficientes combinações entre recursos físicos, materiais, financeiros e humanos. Não que as técnicas de administração estejam superadas, mas que existem procedimentos diferentes para articulá-las ao processo de trabalho em saúde. (CASTRO; RUBEN; SERVA, 1996).

Os serviços de saúde e o trabalho de gerência precisam sofrer profundas transformações para se adequarem às propostas do SUS. Enquanto o trabalho de gerência, dos antigos gerentes locais, se conformava na observação do processo de planejamento, na inspeção das atividades e na alimentação do sistema de informação, o novo trabalho da gerência exige do *novo gerente* a responsabilidade pelo desenvolvimento de conhecimentos epidemiológicos locais para subsidiar o planejamento, coordenação e avaliação das ações de saúde de forma ativa. (FRACOLLI, 1999).

Castanheira (1996), define a gerência como atividade de organização e controle do processos técnicos de trabalho, que tem como objetivo garantir a execução de uma determinada finalidade posta para estes processos. Como essa finalidade não é somente definida com base na diretriz política e institucional que a gerência representa, essa organização e controle, implica que o gerente, também deveria assumir a dinâmica de uma outra relação: os objetivos da política de saúde e da Unidade Básica de Saúde (UBS) com as finalidades tecnicamente definidas de cuidado médico-sanitário.

A partir do momento em que o trabalho em saúde muda sua base tecnológica e se institucionaliza como trabalho coletivo cria as condições históricas para a emergência da gerência em serviços de saúde com atributos próprios a esta atividade. Neste contexto, Castanheira (1996) define o trabalho da gerência como sendo: trabalho intelectual, portador de um projeto definidor das finalidades do trabalho assistencial e que apresenta traduções operativas para propostas tecno-políticas de base institucionais. Para a gerência de serviços de saúde ficam postas duas dimensões de organização e controle:

- uma que diz respeito à operação administrativa da máquina institucional ou seja, da estrutura organizacional que dá sustentação ao trabalho-fim;
- e outra mais intimamente relacionada à execução do produto final, tradutor último do projeto institucional. Nesta segunda dimensão é que ocorre a mediação entre o trabalho que diretamente produz o cuidado assistencial e a perspectiva operatória derivada do princípios gerais das políticas de governo.

Em relação à essas duas dimensões a gerência assume a função de mediação entre a necessidade de organizar operações tecnologicamente assimiláveis pelas técnicas dos cuidados assistenciais e o compromisso de realizar o projeto político geral e os objetivos institucionais.

Dessa maneira o trabalho de gerência necessita incorporar, nos seus pressupostos, uma certa flexibilidade que permita ser capaz de captar as necessidades/problemas da população (que não são passíveis de serem fixados pois dependem do impacto dos contextos sócio-econômico sobre a população) e transformar as estruturas de serviço para o atendimento dos mesmos de forma dinâmica e ágil, garantindo um dado projeto político institucional.

Segundo Cecílio (1994), o tipo de gestão mais adequado aos serviços públicos de saúde é consensual, colegiada, em contraposição ao tipo autoritário. Esse tipo de gestão exige do dirigente um comportamento gerencial que:

- reconheça o papel central dos profissionais (como sujeitos sociais) e ao mesmo tempo tenha mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia da prática profissional e do corporativismo;
- enfatize a definição e adoção de mecanismos de tomada de decisão que envolvam os profissionais tanto de nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais, quanto à avaliação dos resultados;
- pressuponha que os profissionais trabalhem não por obedecerem às ordens, mas por responsabilidade.

Para Mishima (1995) as competências gerenciais estão vinculadas a dimensões técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania, própria do ato gerencial. Pela dimensão técnica estariam relacionadas as competências mais gerais e instrumentais do próprio trabalho tais como o planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação no que diz respeito ao manejo de recursos humanos, físicos (equipamentos e instalações). No caso da saúde coletiva estariam incluídos os saberes como: Epidemiologia; Sociologia; Geografia humana; Antropologia; Informações em saúde; Planejamento em saúde; dentre outros). Ou seja, competências (conhecimento, habilidades, atitudes) necessárias para a consecução de objetivos colocados pelo projeto que se almeja atingir, no caso, a construção do Sistema Único de Saúde.

Na dimensão política estariam envolvidas as competências que possibilitam a articulação do trabalho gerencial com o projeto que tem que ser empreendido (consolidação do SUS). Competências capazes de articular o momento mais interno do processo de trabalho as determinações externas deste que dizem respeito às políticas sociais e de saúde em específico, e das contradições e conflitos presentes na sociedade para sua efetivação. Pressupõe também, competências que possibilitam garantir uma dada coerência na articulação dos meios para que ocorra deslocamento de poder a determinados grupos/atores sociais, e os objetivos a serem atingidos, numa relação dialética entre objetivos e meios (entre política e estratégia) onde é possível supor a participação de atores sociais envolvidos no processo de manutenção ou transformação de uma dada realidade. (TESTA, 1995). Isto implica dizer que diferentes atores, em diferentes realidades, estão submetidos a determinações que muitas vezes são externas ao próprio setor saúde, e que irão lutar por espaços, interesses, evidenciar conflitos e contradições para conduzir determinado projeto. (MISHIMA, 1995).

A dimensão comunicativa envolve competências de negociação ao lidar com as relações de trabalho na equipe de saúde e nas relações da unidade com a comunidade. Esta dimensão encontra-se intimamente colada ao conceito de ação comunicativa.

Ingram (1993) coloca que

a ação comunicativa se dá quando duas ou mais pessoas procuram expressamente chegar a um acordo voluntário de modo a poder cooperar. Embora pessoas que estejam inter-relacionadas em outros tipos de ação possam comunicar-se para coordenar seus esforços, não é necessário que o façam com o objetivo expresso de chegar livremente a um acordo (...) a ação comunicativa (diferentemente) envolve um esforço explícito e concentrado de alcançar acordo sobre todo o espectro de reivindicações de validade (...) é sempre uma possibilidade imanente (p. 53).

Em relação ao desenvolvimento da cidadania implica em conceber gerência como uma atividade que contém uma e está contida numa perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais, quer sejam eles os trabalhadores presentes no processo de trabalho, como os clientes que utilizam os serviços de saúde.

Mishima (1995) aponta que as dimensões comunicativas e de desenvolvimento da cidadania estão estribadas na concepção da racionalidade comunicativa (trabalhada por Habermas) onde há o estabelecimento dialógico permanente, onde é buscado o consenso possível, por meio da argumentação.

As dimensões apontadas estão,

sustentadas por racionalidades distintas, não podem ser consideradas como excludentes ou absolutamente apartadas. Há necessidade de que a razão instrumental esteja presente para o desenvolvimento do trabalho, que possibilite a instrumentalização dos aspectos operacionais e técnicos deste e, ao mesmo tempo é fundamental que se considere o papel desempenhado pelo homem no atuar cotidiano, de sua função enquanto elemento que pode construir uma nova perspectiva para este trabalho, e que seja considerado como um ser repleto de possibilidades, vontades, expectativas e desejos, capazes de expressar suas potencialidades para a recriação do trabalho. (MISHIMA, 1995, p. 10).

Ou seja, a racionalidade instrumental e a racionalidade comunicativa fazem parte da ação gerencial, “de forma íntima e promiscuamente integradas e nesta, os sujeitos sociais envolvidos têm papel relevante nas possibilidades de transformação” (p. 10).

Ao se pensar na concomitância destas duas racionalidades presentes no trabalho gerencial numa relação de permanente diálogo, está implícita a idéia de um compartilhar do poder (aqui pensando o poder técnico, administrativo e político, inerentes à prática sanitária), ou seja, espera-se que os agentes envolvidos no processo de trabalho desenvolvam suas ações de forma emancipadora, podendo intervir de modo mais decisivo na construção do SUS (p. 10).

Mesmo com características diferenciadas, o trabalho de gerência, desenvolvido em uma Unidade de Saúde, pode ser concebido como um meio para se consolidar um determinado processo de produção de ações de saúde (modelo tecnoassistencial) ou para transformá-lo. (CAMPOS, 1992).

A construção de modelos tecnoassistenciais, nos dizeres do autor, pode ser entendida como uma mediação entre a determinação histórico – estrutural de políticas sociais e das práticas de saúde, ou seja, uma instância na qual atores sociais reelaborariam determinantes macrosociais e determinantes disciplinares, em função de seus projetos singulares.

As características, desse processo de produção e de gerência de serviços de saúde, determinaram o surgimento de condições históricas, em vários países capitalistas, que permitiram a sua substituição por sistemas que combinam alguns traços do modelo médico-liberal, com o controle e a produção estatal. Tal substituição de modelo depende das propostas políticas do Estado para o setor saúde.

No entanto o trabalho gerencial, freqüentemente, tem sido colocado como uma área estratégica para a viabilização da substituição dos modelos de saúde, uma vez que, sua posição intermediária entre as estruturas centrais, com poder de definição de diretrizes políticas e a prestação direta de serviços, onde está em contato com o processo de produção e com seus usuários, caracteriza-a como um pólo privilegiado para a tradução de políticas em formas concretas de organização de ações de saúde. (CAMPOS, 1994b).

Segundo Merhy (1992), existem dois campos tecnológicos e assistenciais distintos em saúde, o da Medicina e o da Saúde Pública. O campo tecnológico da Medicina se define como um campo assistencial e tecnológico que aborda o processo da saúde e da

doença pelo ângulo do indivíduo e do corpo biológico, dentro dos conceitos de normal e patológico e tem se pautado pela recuperação da saúde do indivíduo. Tal fato permite que o mesmo fenômeno (o processo saúde/doença) produza conhecimentos diversos, auxiliares da formulação de políticas diferenciadas.

A Saúde Pública, como campo de organização assistencial e tecnológica das ações de saúde tem suas atividades qualificadas como aquelas que tomam o processo coletivo da saúde e da doença como seu objeto de trabalho. Desse modo a Saúde Pública tem se identificado como o campo das ações de saúde que tem em perspectiva a promoção e promoção da saúde individual e coletiva, através da atuação nas dimensões coletivas.

Assim, devido a essas características conceituais, o campo da medicina tem sua assistência pautada nas concepções sobre o corpo biológico e sobre o que é normal e patológico. O campo da saúde pública, tem sua assistência voltada para uma ampla gama de projetos tecnoassistenciais, que partem de diversas concepções sobre o processo saúde/doença no coletivo, inclusive incorporando como parte de suas finalidades várias dimensões do campo da assistência médica. Menezes (1998) reforça estas questões e coloca que subjacente a estas conformações organizativas está presente uma discussão teórico-epistemológica entre o saber clínico e o saber epidemiológico, na instrumentação dessas práticas de saúde.

Para Merhy (1992) falar de modelo tecnoassistencial pressupõe analisar as ações de saúde, a partir dos saberes que estas mobilizam para se efetivarem e do processo de trabalho institucional-assistencial que as concretiza. Os saberes mobilizados e os processos de trabalho institucionais, para esse autor, irão expressar uma determinada construção do que seja o objeto saúde e doença, mediante uma maneira particular de organizar a produção destas ações nos serviços de saúde.

No caso do campo da Saúde Pública pode-se dizer que os modelos tecno-assistenciais nela contidos variam em função de diferentes ajustes, de modo que, a forma de produção dos serviços de saúde adquire a variabilidade que a sua base tecnológica lhe imprime, ou seja, a variabilidade com que seu objeto de ação é tomado. Ou seja, para mudar modelos tecnoassistenciais é necessário reorganizar o processo de trabalho.

Em relação a processos e tecnologias de trabalho em saúde, Gonçalves (1994) fala do mundo do trabalho na produção de serviços de saúde, e descreve tecnologia como algo que vai muito além do que o senso comum pode perceber como máquinas ou instrumentos, embora estas estejam contempladas no conceito.

Por tecnologia se designa um conjunto de coisas, de objetos materiais, denotando primordialmente sua função técnica nos processos produtivos. (...) só ganham existência concreta no trabalho enquanto expressarem relações, provisoriamente adequadas, estabelecidas entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham, relações cuja adequação não se estabelece por referência à capacidade produtiva ou à eficácia útil dos instrumentos, mas com respeito às relações sociais de produção, organizados conforme as quais os homens então modificam a natureza e a história (p.15-16).

O autor considera que as tecnologias, que se expressam através de saberes e equipamentos, articuladas de determinada forma aos processos de trabalho, servem a um determinado fim, na medida em que se integram à dinâmica social. Assim obedecem a “motivações de ordem técnica e também a motivações de ordem econômica, política e social”. (GONÇALVES, 1994, p. 125). Ou seja, não há neutralidade no uso das tecnologias de trabalho em saúde, elas atendem a fins que são definidos externamente, perpassando o mundo econômico e político. Nesse sentido, os interesses de ordem econômica que historicamente deram perfil aos modelos tecnoassistenciais se definiram por determinados núcleos de saberes para operarem este mesmo modelo. No caso do atual Modelo Médico Hegemônico, esse tem utilizado das tecnologias que estão inscritas principalmente nas máquinas, nos medicamentos e no saber especializado para produzir saúde de acordo com os interesses implicados neste modelo. (FRANCO, 1999).

Ao falar da organização tecnológica do trabalho, Gonçalves (1994) conceitua tecnologia como um saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe também um sentido social articulado. O autor entende por instrumentos não-materiais aqueles inscritos nas tecnologias ligadas à Educação Sanitária, ou seja, a processos que são por natureza pedagógicos, coletivos, comunicantes, e relacionais.

No mesmo campo de discussão, as tecnologias de trabalho em saúde, também são descritas por Merhy (1998a) como matriciadas em três categorias: Tecnologias duras, as que se inscrevem em máquinas e instrumentos; Tecnologias leveduras, aquelas presentes nos conhecimentos técnicos estruturados. Ou seja: “é leve um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles; mas é dura à medida que é um saber fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado” (p. 106); Tecnologias leves, são as tecnologias das relações, presente em toda “abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente”. (p. 106). De acordo com o autor, a inversão dos modelos tecnoassistenciais, nos serviços de saúde, para uma modalidade usuário centrada, está relacionada ao uso das tecnologias leves, invertendo o processo de trabalho existente hoje de produtor de procedimentos, centrado em tecnologias duras e leveduras para um outro, produtor do cuidado, que deve estar centrado em tecnologias leves/leveduras.

De acordo com o mesmo autor as tecnologias leves são o campo próprio do trabalho vivo que, ao não se deixarem capturar pelo “trabalho morto”, operam em altos graus de liberdade, encontrando um terreno fértil a novas práticas em saúde. O trabalho vivo atua através dos pequenos atos do cotidiano, processos decisórios e micropoderes que se exercem no ambiente de trabalho e definem em grande medida o perfil e resolutividade da assistência que é oferecida. O trabalho vivo é em si instituinte, interroga as velhas rotinas e normas e resiste em se deixar capturar pelos instrumentos instituídos nos processos de trabalho. Se diferencia assim do trabalho morto, incorporado nos instrumentos e ferramentas utilizadas no processo de trabalho e que estrutura a produção de saúde de forma pré-programada.

A produção do cuidado requer o uso de tecnologias duras no processo de trabalho, mas é fundamental que os serviços de saúde sejam determinados por tecnologias leves, trabalho vivo dependentes, condição para um serviço centrado no usuário. (MERHY;ONOCKO, 1997; MERHY, 1998a). Estas práticas precisam estar embasadas em uma nova ética do trabalho em saúde, organizadas a partir dos princípios de solidariedade, acolhimento, vínculo/responsabilização e a autonomização do usuário entendida como as

autonomias nos modos de andar a vida. (CAMPOS, 1992; MERHY, 1998a). Um serviço pautado por estes princípios (Modelo de Atenção em Defesa da Vida), produz sujeitos entre os usuários e torna-os agentes da produção de saúde, junto com o trabalhador em relação.

Merhy (1996; 1998a) ao analisar os serviços de saúde, sob o aspecto da centralidade dos seus processos e tecnologias de trabalho e os produtos que esses oferecem, explicita que o modelo tecnoassistencial Médico Hegemônico, praticado hoje na grande maioria dos serviços de saúde, se caracteriza como procedimento centrado, visto que, todo o processo de trabalho está voltado à produção de procedimentos. A prática clínica que opera através de atos de acolhimento, olhares, toques, em relações intercessoras entre os profissionais e usuários, é por excelência, produtora de saúde. Entretanto, esta prática foi substituída por atos sumários da prescrição, ocorrendo o que o autor chama de perda da dimensão cuidadora. O autor, resgata o conceito do cuidado em saúde, entendendo-o como a prática clínica que pode ser desenvolvida por todos os trabalhadores, chamando atenção para o fato de que “todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente”.(1998a, p. 117).

Produzir saúde a partir do trabalho, significa fundamentalmente operar saberes. Gonçalves (1994) considera o saber, como uma tecnologia de trabalho, e argumenta que sua investigação desloca-se para este campo específico, “... para o saber enquanto tecnologia, portanto, enquanto ‘poder fazer’, (...) operando práticas idênticas em aparência, mas completamente reorientadas no espaço social de sua realização”. (p. 35). Debatendo no mesmo campo, Campos; Chakour e Santos (1997), descrevem a divisão do conhecimento em duas áreas de competências, sendo o “campo de competência, que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades” (...) e um “núcleo de competência, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade”.(p. 142). Trazendo a discussão do saber para o campo das tecnologias do trabalho em saúde para a produção do cuidado, Merhy (1998a) propõe a articulação do núcleo específico de conhecimento com a dimensão de cuidador de todo profissional. Diz que na produção de um ato de saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido, pela interseção entre o problema concreto que se tem diante de si, e o recorte profissional do problema. Esse recorte profissional é dado pelo

núcleo especializado de conhecimentos dos diversos trabalhadores, seja médico, enfermeira, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e todos os outros.

Nestes núcleos operam centralmente as tecnologias duras e leveduras. Seja qual for a interseção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertencem a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários. (p. 114).

Nesse sentido, a produção do cuidado em saúde significa reciclar a posição de cada trabalhador de saúde, de uma posição centrada em seu “núcleo específico” de conhecimentos e práticas, para uma outra onde a interação dos diversos conhecimentos é que dirigem a produção do cuidado. As relações intercessoras, são produtoras do cuidado, na medida que impliquem os trabalhadores uns com os outros e cada um com seu objeto de trabalho (o usuário e o problema de saúde do qual é portador). Estas relações são produtivas por excelência de novos conhecimentos e potencializadoras do cuidado aos usuários.

Outro aspecto a considerar, na proposição de vários autores (MERHY, 1992; GONÇALVES, 1994; CAMPOS, 1994b) em relação a organização da assistência à saúde, é a necessidade de construir novos sujeitos, dotados de uma nova subjetividade, a fim de que as mudanças dos serviços de saúde sejam de fato viáveis e perenes. Se de um lado, o consenso em torno desta questão é grande, por outro é reconhecido que talvez seja um dos problemas mais difíceis de ser enfrentado para a mudança nos processos de trabalho.

Os processos de subjetivações atravessam todo o processo de mudança dos serviços de saúde, onde a questão do sujeito em cena, é central. Os protagonismos estarão sempre contaminados (no bom sentido) de subjetividades que são construídas a partir da posição de cada um no serviço, na sociedade, suas histórias pessoais e profissionais, suas relações com o mundo das coisas e das pessoas, a materialidade das suas existências, etc.(...) portanto, o campo das subjetividades é também um lugar onde se opera tecnologicamente, se quisermos sair das intenções para os fazeres. (FRANCO, 1999, p. 26).

Portanto, esse aspecto não pode ser negligenciado quando se trata de gerenciar os serviços de saúde.

Esses referenciais apontam que os processos de produção do cuidado (processos centralmente intercessores), expõem, entre várias dimensões das práticas de saúde, as tensões: entre o cuidado centrado nos procedimentos ou nos usuários; entre um agir privado e um público, inscrito no modo de operar o trabalho vivo em ato em relações intercessoras; e entre as disputas permanentes de distintas intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde. Ou seja, considerando a gerência como atividade que pode desenvolver uma direcionalidade para um modelo de atenção centrado nas necessidades dos usuários os processos de produção do cuidado lhe impõem alguns desafios:

- a) produzir o cuidado em saúde de modo usuário centrado - que mobiliza estrategicamente o território das tecnologias leves e leve-duras - sem desconsiderar a utilização dos processos de produção de procedimentos - mobilizador de tecnologias duras e leve-duras e em regra profissional centrada;
- b) produzir o cuidado em saúde, que está sempre inscrito em uma dimensão pública de jogos de interesses e representações, sem eliminar o exercício privado das produções interseçoras, base de constituição de qualquer ato de saúde, mas tomando o território particular do usuário como eixo de publicização dos outros;
- c) atuar em ambientes organizacionais assentados em muitos grupos de interesses pactuando o do usuário como se fosse de todos, em modos coletivos de expressão das várias intencionalidades.

É nesse sentido que a dimensão gerencial assume importância na implementação da Reforma Sanitária, uma vez que o gerente ao organizar tecnologicamente o trabalho, o faz baseado num dado projeto que é ao mesmo tempo pessoal, social e institucionalmente determinado. Ou seja, a forma como se gerenciam as Unidades de Saúde é um meio para se consolidar ou transformar um determinado processo de produção de ações de saúde. (CAMPOS, 1994a).

Dessa forma, o agir gerencial, traz dentro de si amplas possibilidades para a reconstrução de novos modelos tecnoassistenciais, desde que incorpore as dimensões política e relacional (e não apenas a técnica) na sua operacionalização.

Além disso, situar esse agir gerencial na rede básica de saúde, considerando esse espaço de trabalho como uma possibilidade de processar mudanças efetivas nos modelos de atenção à saúde, inclui pensar questões diferenciadas (FRACOLLI, 1999) como:

- a implementação de ações individuais e coletivas de saúde devem fazer parte de um cardápio tecnológico de intervenções em saúde, pois esta opera sobre distintas dimensões dos problemas necessidades de saúde;
- os serviços de saúde são uma rede de serviços articulados tecnologicamente nos quais pode-se gerar distintas opções tecnológicas, de âmbito individual ou coletivo para o enfrentamento dos problemas de saúde, conforme distintos eixos de interesses, para os quais aqueles centrados nos usuários devem ser tomados como estratégicos, sendo um desafio articular o modo como o usuário percebe o processo saúde-doença com o modo como os saberes estruturados (clínico, epidemiológico, gerencial, entre outros) realizam essa percepção. Deve-se então buscar ordenar os serviços de saúde dentro de uma perspectiva de produzir: acolhimento, vinculação e responsabilização e o compromisso com a busca de soluções efetivas para suas inquietações ao mesmo tempo que deve procurar maiores graus de autonomia do usuário diante do seu modo de andar a vida;
- deve-se valorizar a formação de unidades de saúde baseadas em equipes autônomas, do ponto de vista da gestão do processo de trabalho dentro de um conjunto de lemas estratégicos definidos na política governamental e social pela garantia do: acesso, acolhimento, vínculo/responsabilização resolutividade e efetividade, valorizando que a alteração da estrutura de necessidades deve ser dar no processo de relação entre os usuários e os trabalhadores nos serviços de saúde;

- nesta perspectiva organizacional, deve-se procurar construir uma rede de serviços estruturada conforme uma lógica horizontalizada de relações de ajuda entre os diferentes estabelecimentos de acordo com os tipos de incorporações tecnológicas;
- as capacidades em gerar opções de enfrentamento dos problemas de saúde, devem ser centralizadas conforme uma rede de petição e compromisso coletiva e pública, produzida coletivamente e legitimada publicamente e que expresse os contratos entre produtores e usuários sendo vital a conceituação do sistema como um modelo rebaseado no qual deve estar explícitos que os serviços especializados servem como ajuda em uma relação de produtores e clientes interestabelecidos;
- as tecnologias gerenciais são importantes, mas que para serem efetivas na transformação dos processos e produtos do trabalho em saúde precisam estar apoiadas em dimensões político-ideológicas e não apenas em instrumentais técnicos.

Cabe ressaltar que, ao considerar a gerência como um instrumento de condução do processo de trabalho em saúde, capaz de possibilitar a construção e transformação das práticas sanitárias, é necessário levar em consideração como afirma Junqueira (1990), que não se pode correr o risco de reificar o conceito ou reduzi-lo a um discurso que transforma a gerência na solução mágica para eficácia do setor. Mas, não resta dúvida que não há organização eficaz sem gerência, ou seja, sem um trabalho competente de prever, organizar, dirigir, avaliar e controlar. O trabalho de gerência realiza a mediação entre pessoas, tecnologia, materiais e ambiente e o responsável por essa tarefa deve possuir compromisso com os projetos institucionais e com a população.

Realizar um trabalho dessa natureza requer conhecimentos, habilidades e atitudes (competências gerenciais) que passam pelas dimensões técnica, política, administrativa e psicossocial. Essas dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência eficaz, mas capacidades que necessitam permear a ação do gerente. (JUNQUEIRA, 1990). Apesar de já ser do conhecimento comum que um bom técnico não será necessariamente um bom gerente, também não é possível um bom gerente, sem conhecimentos específicos do trabalho gerenciado.

Assim, parece fundamental o desenvolvimento de competências gerenciais, ainda nos cursos de graduação, para que os profissionais de saúde possam desempenhar essa função de forma compromissada e transformadora nos serviços de saúde, mais especificamente na atenção básica. Essa necessidade remete a um outro desafio, que se refere ao compromisso das instituições formadoras com as demandas dos serviços de saúde e aos atos pedagógicos realizados, no sentido de contribuírem com o desenvolvimento de competências profissionais (e no caso, especificamente as gerenciais) no campo da saúde.

2.2- Paradigma da formação profissional em saúde e desafios para a mudança

Um fator determinante da forma de atuação dos profissionais da saúde parece estar fortemente relacionado à formação profissional a que esses profissionais estão submetidos. Mas qual é a relação existente entre formação profissional, atuação profissional e realidade? Qual o papel da universidade na formação profissional? O que deve ser ensinado ao futuro profissional para torná-lo apto a cuidar em saúde e gerenciar processos de trabalho? De onde partir para decidir o que ensinar? O que realmente quer dizer *ensinar* e *aprender*? Todas essas questões parecem indicar a importância de um exame sobre como pode ser planejado e executado o ensino nos cursos de graduação (que também poder ser estendido a outros âmbitos da formação profissional) de forma que o ensino possa ser um meio de habilitar os alunos a agir de maneira que de suas ações possam decorrer resultados definidos e significativos para alteração nas condições de saúde da população.

2.2.1- Instituições de ensino como um dos espaços privilegiados para o desenvolvimento de competências no processo de formação dos agentes das práticas em saúde

As mudanças necessárias, no campo das práticas em saúde (já sinalizadas), exigem mudanças na concepção acerca da formação e da atuação nos campos profissionais necessários à sociedade. Em regra, mudanças na sociedade podem ser obtidas, facilitadas, ou fortalecidas por meio de mudanças nas características das profissões. Vale dizer, o

exercício profissional é uma das formas por meio das quais a escola pode participar do processo de transformação social, uma vez que é ela uma das instâncias fundamentais que tem a responsabilidade de formar (desenvolver competências) os que irão realizar o exercício dessas profissões.

O que o país sofre, produz, faz, perde, ganha, desperdiça, etc. pode ser entendido como sendo gerado pelas ações (e das competências para agir) das pessoas que vivem nele. Se as ações (e competências) podem ser ensinadas pela escola, parece ser uma decorrência importante daquilo que a escola faz: as competências que são ensinadas e seus resultados na comunidade. Assim, a universidade tem um instrumento para participar dos processos de mudança e transformação da sociedade por meio de novos quadros profissionais. A rigor ao intencionalizar suas formas de atuação, a universidade estaria contribuindo para a direcionalidade do projeto de mudança necessária que, no caso do campo da saúde, estaria vinculada aos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária (PAIM, 1994) e à consolidação do SUS. (FEUERWERKER; LIMA, 2002).

Para ocorrer uma contribuição desse tipo, é necessário ter presente o que a universidade está utilizando como ponto de partida para o planejamento do ensino. Kauffman (1997) questiona algumas concepções a respeito do que deva ser considerado como ponto de partida para decidir o que ensinar. O autor considera insuficiente a escola (especialmente a universidade) usar *necessidades* internas para definir o que ensinar. Essas necessidades são concebidas como a tendência de perceber todas as mudanças e problemas que possam surgir a partir da perspectiva da própria instituição (políticas, procedimentos, recursos, etc.). Essa tendência, segundo o autor, impossibilita (ou possibilita um mínimo de) troca com o que é externo à instituição, caracterizando um sistema do tipo fechado. Paviani (1993, p. 72) alerta para as sérias decorrências desse tipo de tendência ao afirmar que a escola “existindo apenas para dentro e não para fora, perde o significado e a função de educar. Não é útil à comunidade e, em consequência, ao País”. Ainda segundo esse autor, outro risco que corre uma escola sem visão e marcas do contexto, sem identidade social e cultural, é de tornar-se alienada, utópica, artificial, estática e uniforme, sem vida e sem flexibilidade.

Outro aspecto a considerar em relação aos referenciais utilizados pela universidade para decidir o que ensinar está relacionado com o que parece ser uma constante nos países de terceiro mundo: a tendência em adotar, nas várias áreas do conhecimento, informações e procedimentos elaborados por países desenvolvidos. Ao mesmo tempo, torna-se cada vez menor a possibilidade de descobrir outras maneiras de produzir conhecimento, tecnologia, ou fazer ciência neles. É muito mais fácil adotar procedimentos já elaborados e informações já produzidas, do que criar condições para que procedimentos alternativos possam ser construídos, testados e aperfeiçoados para a obtenção de novas informações. (BOTOMÉ; PAVIANI, 1994) .

Nesse cenário, quanto mais o conhecimento for apenas reproduzido e transmitido, ao invés de também produzido, levando em conta a realidade do entorno de quem – pessoa ou instituição – estiver produzindo esse conhecimento, mais distante estarão os futuros profissionais de obter a resolução dos problemas da população do País.

O compromisso de lidar com os problemas reais de uma população, que deveria orientar a formação de profissionais na aplicação do conhecimento das diversas áreas, perde-se de vista na medida em que se considera mais relevante o conhecimento produzido em outros países, em (e para) um outro contexto social como sendo o que deve orientar as decisões e os procedimentos na formação de profissionais de nível superior. (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999, p. 48).

Com efeito, a concepção de universidade fica reduzida à *reprodutiva e transmissora*, na qual a preparação de profissionais para atender às necessidades dos indivíduos e da população de entorno, por meio de acompanhamento contínuo da dinâmica de alteração dessas necessidades, dá lugar a uma preparação que enfatiza a atenção a problemas muitas vezes irreais ou inexistentes, decorrentes da reprodução de procedimentos nem sempre e não necessariamente compatíveis com as necessidades da população.

Evitar esses riscos impõe à universidade a superação de suas próprias concepções orientadas a uma perspectiva *empreso-cêntrica* e direcioná-las a concepções *populo-cêntricas*. (VARSAVSKY, 1974). O exame de Ribeiro (1978) sobre a “universidade

necessária” explicita algo semelhante ao contrapor a direção de desenvolvimento autônomo à de modernização reflexa (PAIM, 1994) como orientação à pesquisa e ao ensino na universidade.

Nessa direção, Kauffman (1997) sugere que as instituições de ensino trabalhem com *necessidades externas a elas*. Necessário, segundo o autor, considerar essas necessidades para decidir o que ensinar e, conseqüentemente, possibilitar a formação de profissionais que possam viver melhor e que contribuam para as mudanças necessárias na sociedade. Isso exige uma

educação que não seja apenas uma aquisição individual de técnicas e de competências especializadas que cada um vende na idade adulta no mercado de trabalho, mas sim a formação de homens e mulheres autônomos e polivalentes, capazes de se inserir em comunidades dinâmicas e conflituais e, por isso mesmo, democráticas, e por que democráticas, em permanente mutação. Uma educação que permita, vivendo e aprendendo, saber por que se vive e por que se aprende. (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 1980, p. 126-127).

No caso do campo da saúde, é importante ressaltar que os núcleos ideológicos inovadores, no interior das instituições de ensino, têm, cada vez mais, uma consciência crítica, tanto em relação ao perfil dos recursos humanos necessários em saúde quanto dos limites e das possibilidades da sua formação dentro de cada conjuntura de saúde. Reconhecem que mudanças mais significativas tendem a ocorrer a partir de modificações mais substanciais na organização dos serviços de saúde (MERHY, 1999a), como redefinição das modalidades e dos modelos assistenciais e, em última análise, da mudança na estrutura da sociedade e no perfil do Estado e dos seus aparelhos. Entretanto, admitem que reformas no ensino e na estrutura da prestação de serviços em saúde possam ser introduzidas, progressivamente, mediante a produção de fatos no aparelho escolar e na rede de serviços que possibilitem um repertório e um acúmulo de experiências e de saldos organizativos a partir da articulação de movimentos sociais com instâncias jurídico-políticas (parlamento, governos federal, estadual, municipal e outros), que influam nas regras básicas da sociedade e na própria visão de mundo. (OFFE, 1991; PAIM, 1987, 1994).

Nessa perspectiva, a reflexão sobre formação de recursos humanos em saúde, segundo contribuições de vários estudiosos (MACHADO, 1988; RIBEIRO, 1991; PAIM, 1994; CAMPOS, 1994a; SCHRAIBER; NEMES; GONÇALVES, 1996; DELUIZ, 1996; PICCINI; GALLO, 1996; L'ABBATE, 1997; MERHY, 1998c, 1999b; GALLO, 1998; OLIVEIRA, 1998; RIBEIRO, 2004, entre outros) demanda exame das tendências mais gerais da economia (TEIXEIRA, 1993) e suas repercussões na contenção ou ampliação do emprego no setor da saúde, bem como nas políticas de saúde e na organização dos serviços. Esses determinantes mais gerais, juntamente com o modelo pedagógico predominante nas instituições de ensino e com a forma de organização do trabalho nas instituições de saúde, conformam o perfil dos profissionais da saúde. (PAIM, 1994). São sinalizadores, portanto, da relevância de identificar a relação entre uma dada política de saúde que expressa determinadas formas de produção de serviços com a política de formação dos agentes das práticas, materializada nas instituições de ensino.

Essas considerações podem assinalar alguns pressupostos para orientar a discussão de tendências e perspectivas na formação de recursos humanos em saúde: a) o tipo de profissional formado é determinado pela estrutura das práticas em saúde, isto é, pela organização dos serviços em saúde e pela influência sobre o mercado de trabalho no setor, ambos condicionados pelas políticas de saúde do Estado; b) as instituições de ensino, embora dispondo de autonomia relativa para definir os tipos de profissionais a serem preparados não são capazes de alterar, por si sós, a estrutura das práticas de saúde. Produzem, inclusive, uma ação de reforço e de reprodução dessa estrutura por meio da ideologia, do *habitus*, da cultura e das práticas exercidas pelos seus docentes; c) as mudanças nas políticas de saúde e na organização dos serviços, quando ocorrem, o fazem mais rapidamente do que as das instituições de ensino. Essas, ao questionarem a adequação dos profissionais que formam, participam também da crise saúde, mas tendem a ser muito tímidas nas tentativas de superação; d) mesmo considerando os limites da influência das instituições de ensino na estrutura das práticas em saúde e o caráter retardatário da sua participação na reorganização dos serviços em saúde, esforços tem sido galgados e lutas empreendidas na produção de fatos político-institucionais visando reduzir a distância entre o modo hegemônico de produção de recursos humanos em saúde e os ideais de democratização da saúde. (PAIM, 1994).

Em síntese, considerando as instituições de ensino como um dos espaços privilegiados do processo de formação dos agentes das práticas em saúde, parecem fundamentais: o exame da influência da organização dos serviços em saúde em tal formação, a identificação das tendências históricas das modificações dessas práticas e a utilização da autonomia relativa que a academia dispõe para contribuir na reestruturação das práticas dominantes. A revisão dos currículos pode ser uma medida necessária para a reatualização das instituições face à reorganização das práticas em saúde. Vale lembrar o que Habermas (1990, p. 15) aponta quanto a certas inovações no currículo, que

frente a algumas tentativas sectárias haveria que reparar hoje [...] que no capitalismo tardio resulta talvez [...] mais importante as modificações das estruturas do sistema educativo geral que a ineficaz instrução de quadros ou a construção de impotentes partidos.

A crítica aos currículos vigentes poderá ser facilitada na medida em que incorporarem o SUS como elemento norteador para planejar o ensino, incorporando como referenciais orientadores os princípios da universalidade, do direito à saúde, da equidade, e da integralidade do cuidado, da regionalização e hierarquização dos serviços, da participação social. Assim, movimentos de reforma curricular, como vias de conscientização e organização das forças institucionais comprometidas com a democratização da saúde e com a melhoria da qualificação dos profissionais do campo, podem representar esforços positivos ainda que restritos.

2.2.2- Papel do currículo na formação profissional: limites, exigências e desafios

A formação profissional universitária, de uma certa forma, é dirigida pelos currículos estabelecidos pelo Ministério da Educação. Há várias críticas bem fundamentadas com relação à organização dos currículos dos cursos de nível superior. (MOREIRA, 1995; TANCREDI, 1995; SORDI, 1998). Nessas críticas, a preocupação com o currículo está centrada nos objetivos da educação (capacitar o estudante a lidar com o mundo); na problematização da seleção dos ditos *conteúdos* curriculares; na reflexão sobre

o tipo de indivíduo a formar (perfil do profissional); na qualificação dos professores; na metodologia do ensino; e no ponto de partida para decidir o que ensinar.

Na área da saúde, inúmeras tentativas vem sendo desenvolvidas no sentido de avaliar a formação de nível superior (ex.: Projetos UNI, Prouni, Cinaem), especialmente a formação médica e propor novas formas de organização do ensino. Contudo, as propostas de mudança na formação dos recursos humanos em saúde ainda não substituíram o modelo flexneriano (instrumentalização pela clínica, acumulação do capital no complexo médico-industrial, facilidade em gerar tecnologias materiais, relativa eficácia simbólica ou real, e assimilação cultural pelos países ocidentais), já que os projetos de reforma limitam-se às tentativas de articulação ensino-serviço, tendo os pobres como objeto (e não o conjunto de cidadãos como defendia a Reforma Sanitária), e na resistência contra o sucateamento das universidades e serviços em saúde públicos. (PAIM, 1994).

É preciso ter claro que

mudanças que se restringem a alterações curriculares, sejam elas a inclusão ou exclusão de disciplinas, não são suficientes para melhorar a qualidade do ensino e para atualizar os currículos, pois, na maioria das vezes, deixam de considerar o desenvolvimento dos processos cognitivos mais complexos e a aquisição, pelos alunos, de competências (comportamentos) básicas [e] necessárias para a futura atuação profissional. (TANCREDI, 1995, p. 101).

Mesmo com as alterações curriculares, propostas a partir da reforma educacional implementada no Brasil por meio da Lei 9.394/96 (LDB) que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1998a) e, a seguir, nos dispositivos de regulamentação no que se refere à educação profissional como o Decreto-Lei 2.208/97 (BRASIL, 1998b), um problema que parece ainda estar presente nos currículos dos cursos universitários, é a maneira pela qual é enunciado um currículo. As *matérias* a serem ministradas são enunciadas sob a forma de itens de conteúdo (por ex.: Fisiologia, Patologia, Sociologia, Epidemiologia, Saúde Ambiental, Deontologia, Saúde Coletiva, Assistência Clínica, Cirúrgica, Psiquiátrica, etc.). O currículo, enunciado sob a forma de *itens de conteúdo*, ou de classes gerais de assuntos, não esclarece o que o aprendiz deve ser capaz

de fazer após ter sido submetido a esses *conteúdos* ou classes gerais de informações. O domínio de informações é um pré-requisito para que o futuro profissional possa executar determinadas funções. Dessa forma, é um meio, e não, o objetivo principal da formação profissional. É uma constante nos currículos a ausência de esclarecimentos sobre o que o profissional deverá ou poderá, fazer em relação ao elenco de conteúdos (ou a partir dele), listado no currículo, ou de como deverá, ou poderá utilizá-los no futuro. Essa ausência assinala a ênfase com que um currículo pode ser adequadamente definido pelos meios (informações), e não, pelos fins do ensino (o que o profissional deveria estar apto a fazer quando concluísse o curso de formação).

Outro aspecto a considerar é que estudos como os Rebelatto e Botomé (1999) têm demonstrado que o enunciado dos conteúdos, ou as classes gerais de informações para organizar situações de aprendizagem estão baseados no conhecimento já existente e disponível. Isso revela uma maneira de conceber o ensino mais como adesão a informações e adoção de práticas e procedimentos conhecidos e difundidos, do que como desenvolvimento de uma atuação capaz de transformar a realidade. Ou, pelo menos, permite e encaminha o ensino mais para a primeira possibilidade do que para a segunda.

Um planejamento de aprendizagens, em que a característica principal seja a utilização do conhecimento já existente como ponto de partida para decidir o que ensinar, tende a enfatizar o conteúdo ou as técnicas já conhecidas em detrimento do exame das reais necessidades que essas técnicas poderiam solucionar e do exame das situações de trabalho com as quais os profissionais se defrontarão no campo de atuação profissional. Essa concepção de ensino, utilizada nos cursos de graduação em geral, tem enfatizado a capacidade de memorização do aluno como critério maior de aprendizagem. Esse tipo de comportamento aprendido pelo aluno possivelmente acarreta uma atuação profissional que fica reduzida à mera aplicação do que lhe foi ensinado, num ritual vazio e inútil, reproduzindo modelos, mais do que desenvolvendo-se ou construindo certos valores para produzir mudanças. Para alguns profissionais parece ser mais importante o *ritual* do que aquilo que ele significa. Esses aspectos podem ser indicadores de que a formação é insuficiente ou inadequada para capacitá-lo a problematizar a realidade de trabalho. Ele apenas a sofre, resmunga contra ela, rotiniza sua ação, se conforma com o que acontece

ou se amolda às pressões que recebe. Parece haver uma tendência a dar soluções prontas aos problemas que são apresentados, em detrimento da localização e identificação de aspectos problemáticos e do planejamento de ações profissionais. Isso traz consequências sérias, visto que o tipo de currículo adotado nos cursos de graduação tem um grau de determinação de grande relevância na concepção da profissão e no tipo de atuação profissional, na medida em que delimita, de uma ou outra maneira, a função e a extensão das atividades do profissional por meio das características de sua formação.

Se o ponto de partida para o planejamento de aprendizagens em saúde tem sido as informações existentes e disponíveis, o currículo tende a ser entendido como a maneira mais racional de organizar essas informações em disciplinas, ministradas por professores que dominem essas informações ou conteúdos como são metaforicamente chamados. Essa concepção de currículo aumenta a probabilidade de concentrar as atividades de ensino no professor. Ronca e Terzi (1996) examinam a questão de o ensino estar centrado no professor e alertam que autoritarismo, superficialidade, apresentação de informação como metodologia de ensino, excessiva valorização da memorização, relação de dependência entre aluno e professor, apresentação de conteúdos herméticos, prontos e acabados são algumas possíveis consequências dessa forma de organização curricular.

Sordi (1998), ao analisar a implantação e consolidação de um currículo de graduação em Enfermagem, afirma que não é possível mudar a lógica de um projeto de formação sem romper com a forma tradicional de organização das práticas pedagógicas. Atualmente, essas parecem estar sustentadas na certeza, no modelo de professor treinado para ensinar e dar respostas certas, satisfazendo os alunos, ávidos por preencher seus cadernos e cérebros com informações, que logo são esquecidas e, conseqüentemente, tornam-se inúteis. Coelho (1994) faz um exame semelhante quando diz que o ensino universitário se confunde com repasse de informações onde o aluno deve contentar-se com o saber reduzido à verdade acabada sobre o mundo físico e social. E, segundo essa lógica de ensino, as práticas pedagógicas utilizadas dispensam o professor de estudar, de investigar e de orientar a busca de reflexão pelos alunos que acabam invariavelmente roubados em seu direito de pensamento.

Outros autores desenvolveram estudos relacionados ao ensino em saúde. Oliveira (1998) propõe um processo de avaliação dos resultados sociais do ensino por meio de depoimentos de egressos dos cursos de graduação e do exame de aspectos de sua atuação profissional como condição para orientar a formação profissional na direção de necessidades sociais significativas. Takahashi; Hirazawa; Souza (1995) apontam a integração ensino/serviço, a interdisciplinaridade, as alternativas metodológicas coerentes com as bases filosóficas adotadas, como alguns aspectos norteadores para os cursos de graduação.

Entretanto, esses estudos têm demonstrado que o ensino é caracterizado pelo modelo biomédico, que privilegia o estudo do corpo em sua dimensão biológica e de maneira fragmentada. Essa forma de conceber e realizar o ensino é, em parte, responsável pelas atuais características da atuação profissional na área: atendimento prioritário das necessidades biológicas do ser humano, quase sempre sem considerar os fatores (ambientais, sociais, políticos e econômicos) que determinam o grau nas condições de saúde desse ser humano, ou as considerando apenas em um universo verbal; atendimento e procedimento centrados, que dominam o cenário dos serviços em saúde e que são produto da linha direta de ordenamento de uma medicina tecnológica desenhada desde o relatório Flexner, profundamente comprometida com um exercício profissional mais definido pelo seu contexto comercial nas sociedades de mercado, do que com sua missão como prática de saúde: cuidadora, curativa e promotora da saúde. (MERHY, 1999b). Nesse cenário, estudiosos têm mostrado a importância dos currículos sociocêntricos em contraposição aos biocêntricos. (RIBEIRO, 1991). Quanto ao modelo sociocêntrico, o social poderia ser entendido como uma externalidade, ou como um compromisso social efetivo com a realidade. Importante nesse dimensionamento é que o modelo biocêntrico se baseia, quase exclusivamente, na transmissão de conteúdos, e o sociocêntrico está centrado em problemas. (NUNES, 1999).

A problematização do ensino em saúde pelos diversos autores sinaliza que os movimentos de reforma que emergiram na formação dos profissionais da saúde, ainda não conseguiram superar o modelo médico hegemônico. Um possível motivo é que existe resistência à inovação da educação por parte dos docentes no Brasil, já que a escola tem

produzido um tipo de profissional adequado ao modelo dos serviços em saúde e às necessidades de um estado autoritário. (PAIM, 1994).

A atuação dos professores, em classe, continua privilegiando a quantidade do conhecimento adquirido e o adestramento das habilidades mais do que a construção e a apropriação deste conhecimento e o desenvolvimento dos processos cognitivos e das competências profissionais mais complexas. (TANCREDI, 1995, p. 83).

(...)

O professor continua sendo o principal responsável pelo processo educativo, assumindo que ensinar é instruir, mostrar, guiar, orientar, dirigir, o que coloca o aluno na posição de receptor passivo, que deve repetir, sem questionamentos, o conhecimento que o professor lhe transmite; o clima de classe deve ser de distanciamento e hierarquização, pois os alunos são considerados incapazes de participar e de construir, junto com o professor, um ambiente reflexivo, devendo aceitar e submeter-se às orientações que lhe são dadas. (p. 96).

É reconhecido que a distância existente entre o que a sociedade precisa em termos de competências profissionais para melhorar a qualidade de vida e o que os cursos de formação tem oferecido (STÉDILE, 2002), propiciou inúmeras críticas aos “modelos” de ensino existentes e o surgimento de novas teorias que serviram de base para tentativas de melhorar as aprendizagens dos alunos, em todos os níveis de formação. (SCHWARTZ, 2001).

Uma dessas abordagens, o Construtivismo, proposto a partir dos estudos de Piaget, tem como premissa fundamental a idéia de que o indivíduo é agente ativo do seu conhecimento, construindo significados e definindo seu próprio sentido e representação da realidade, de acordo com suas experiências e vivências em diferentes contextos. (DUFFY; JONASSEN, 1992; WILSON, 1995). Essas representações podem mudar e suas estruturas formam as bases sobre as quais são construídos ou reconstruídos novos conhecimentos. (DEMO, 1998).

Segundo esse autor, a idéia da aprendizagem reconstrutiva é marcada pela relação de sujeitos e tem como objetivo principal o desafio de aprender, mais do que ensinar

O construtivismo, ao preocupar-se com o desenvolvimento do sujeito enquanto agente ativo no processo de aprender, é contrário ao pressuposto básico do ensino tradicional de que o conhecimento pode ser compreendido e compartilhado mediante transmissão de informações e de uma visão linear e tem como eixo fundamental a atividade intencional do aluno na resolução de problemas do mundo real. “Cada indivíduo é sujeito da construção de seu próprio conhecimento, um processo individual e particular, só possível através da interação com o ambiente e com outros sujeitos e da formação de uma consciência reflexiva sobre sua aprendizagem”. (STRUCHINER, et. al, 1998, p.5).

Nesta perspectiva de aprendizagem é compreendida como um atributo subjetivo, as competências exigiriam o deslocamento do foco dos processos educativos dos conteúdos disciplinares para o sujeito que aprende, gerando a possibilidade de efetiva e contínua transferência das aquisições cognitivas. É neste ponto que se voltará para a questão das aprendizagens significativas, recorrendo a todo tipo de aquisições cognitivas, desde os saberes e conhecimentos formalizados aos saberes e conhecimentos tácitos. (PORLÁN; TOSCANO, 2000). Em síntese, essa abordagem teria como fundamento um processo centrado mais na aprendizagem do que no ensino, a valorização do aluno como sujeito da aprendizagem, a construção significativa do conhecimento.

O desenvolvimento desta abordagem parece depender de adequado “ambiente de aprendizagem” que pode ser concebido como o lugar ou espaço onde ocorre a aprendizagem (STRUCHINER, et. al.,1998). Pressupõe a presença de atividades e recursos na qual o aluno utiliza ferramentas, coleta e interpreta informações, recebe orientação e suporte e interage com outras pessoas. É um local onde os alunos podem explorar suas próprias metas de aprendizagem, exercendo autonomia e responsabilidade sobre a construção de seu próprio conhecimento; onde alunos trabalham juntos em projetos e atividades trocando suporte e aprendizagem entre si e com o ambiente.

Cunningham; Duffy; Knuth (1993), definem as seguintes características e elementos de ambientes construtivistas de aprendizagem:

- 1) possibilitam ao aluno experimentar o processo de construção do conhecimento, assumindo a responsabilidade pela decisão sobre o nível de abrangência e profundidade que desejam alcançar, além dos métodos de estudo e estratégias de resolução de problemas;
- 2) oferecem experiência e múltiplas representações dos fenômenos e problemas estudados, possibilitando que os alunos avaliem soluções alternativas e testem suas decisões;
- 3) envolvem a aprendizagem em um contexto realista e relevante, o que aumenta a probabilidade de transferência das aprendizagens para fora do ambiente escolar.
- 4) encorajam apropriação e voz no processo de aprendizagem, colocando o professor no papel de consultor que auxilia aos alunos a organizarem seus objetivos e caminhos de aprendizagem, ao invés de conduzi-los;
- 5) envolvem a aprendizagem em experiências sociais, uma vez que o desenvolvimento intelectual é altamente dependente de interações sociais e reflete a colaboração entre os participantes;
- 6) encorajam o uso de múltiplas formas de representação além dos meios tradicionais;
- 7) encorajam a auto-conscientização do aluno sobre o processo de construção do conhecimento, compreendendo como aprender e sendo capaz de explicar porque e como determinado problema foi resolvido, isto é, agindo reflexivamente (metacognitivamente).

Os aspectos apontados sinalizam que deslocar o foco principal do processo de ensino para a aprendizagem é uma tarefa difícil por exigir uma alteração substancial na lógica tradicional de conduzir a aprendizagem. Significa substituir a certeza pela problemática da incerteza (valoriza o contexto do erro e da dúvida); a leitura linear dos fenômenos (causa-efeito) para uma leitura multideterminada; o trabalho fragmentado por cada especialidade do campo da saúde pela necessidade de interdisciplinaridade. As possibilidades dessa transformação parecem depender da contribuição das teorias

provenientes de diferentes áreas do conhecimento e da capacidade do professor de demonstrar o quanto e em que grau cada área pode contribuir para solução de determinados problemas em saúde. (STÉDILE, 2002).

Demo (1998) ao analisar a contribuição das diferentes áreas do conhecimento no desenvolvimento do processo de aprendizagem, aponta que:

- a) A Filosofia, proposta por Kohlberg, aproveitada por Habermas e Apel, tendo por base o construtivismo piagetiano, reconhece que a moral se aprende e permite trabalhar a idéia de ética histórica e política. Substitui, desta forma o conceito de autoridade pelo de responsabilidade, que é a capacidade de responder pelos atos em contexto histórico e social;
- b) a Psicologia, cuja contribuição mais importante foi de Piaget, passou a dar importância ao lado cognitivo da mente humana, encontrou em Maturana e Varela e Capra aliados na consolidação do que é denominado construtivismo; o construtivismo estabelece o processo de aprendizagem como o desenvolvimento permanente e cada vez mais elevado da capacidade de elaboração própria;
- c) a Psicanálise, com Freud, ressaltou a importância para a aprendizagem da relação afetiva-emocional, com reflexo decisivo para a auto-estima do aluno e para uma forma de autonomia emancipada;
- d) a Psico-sociologia, cuja vertente principal é o interacionismo de Vygotsky, realça o papel do contexto social da aprendizagem, contribuindo para entender a aprendizagem como competência humana, mais do que competência formal;
- e) a Biologia, com Maturana e Varela, usa como base o conceito de autopoiesis para expressar a idéia de autoformação, segundo a qual o ser vivo é capaz de reagir construtivamente diante dos estímulos externos;
- f) a Física Pós-moderna instiga fortemente a noção de realidade complexa ou de ordem complexa, que se aplica também ao processo de aprendizagem de estilo histórico-social;

- g) a Linguística trouxe uma colaboração importante, porque descortinou o horizonte da fala como ação (Austin), ou da linguagem como não espelho da realidade (Rorty), ou como construção social da realidade (Searle). Habermas tem utilizado esta noção em sua teoria da ação comunicativa, indicando que a linguagem humana, além de ser o diferencial mais importante de sua identidade (Maturana), significa sempre uma postura reconstrutiva perante a realidade;
- h) a Matemática, com Penrose, propõe um estilo de matemática não linear, capaz de dar conta dos processos dialeticamente reconstruídos;
- i) a Pedagogia a quem caberia renovar os procedimentos de aprendizagem permanentemente, tem resistido a inovações profundas, ou seja, vem mantendo a tendência instrucionista, com base em didática de mero ensino, tendo como fundamentos principais a aula e a prova.

Essa abordagem de Demo (1998), tem o objetivo de ilustrar o caráter transdisciplinar deste fenômeno e a possibilidade de reunir conhecimentos de diferentes áreas na construção de ambientes que favoreçam o desenvolvimento das aprendizagens ao futuro profissional. Para atuar com competência e resolutividade exige uma formação que ultrapasse o preparo técnico específico de um campo de atuação profissional. As teorias atuais “reforçam a aprendizagem como processo de formação da competência humana política, mais do que apenas o substrato técnico-instrumental. São menos teorias de como ensinar, de que de como aprender”. (DEMO, 1998, p.54).

Ao planejar o ensino na área da saúde, ter presente esses aspectos é condição para obter mudança de comportamentos significativos frente as condições de vida da população e, sobretudo, para aumentar a probabilidade de ocorrência de novas maneiras de agir, de tal forma que os profissionais da saúde possam, de fato, contribuir para atender as necessidades de saúde da população.

Diante dessas considerações, cabe a pergunta: como resolver os problemas relacionados ao ensino, de forma que o profissional desenvolva um trabalho significativo para a sociedade? Uma vez que produzir o cuidado em saúde parece ser um objetivo importante dos cursos de graduação e que a temática deste trabalho está centrada no

gerenciamento dos processos de cuidar, a pergunta poderia ser a seguinte: de que forma organizar o ensino para que o profissional desenvolva as competências necessárias para produzir o cuidado em saúde usuário-centrado, dirigido para a defesa da vida individual e da coletiva, e para conduzir (gerenciar) processos de trabalho que possam garantir esse tipo de produção? Parece que a resposta a essa pergunta depende de conhecimentos que orientem as decisões sobre o que ensinar e de que ponto partir para planejar o ensino de graduação.

2.2.3- Em busca do que ensinar sobre gerenciamento em saúde: a competência como referencial para o planejamento do ensino

Examinar o ensino de gerenciamento de processos de trabalho transformadores das práticas em saúde em atenção básica, na graduação de diferentes profissionais no campo da saúde, permite formular duas questões: o que ensinar em relação a gerenciamento? e de onde buscar a decisão (qual o ponto de partida) sobre o que ensinar? As possíveis respostas à primeira questão parecem depender da concepção do que seja gerenciar processos de trabalho em saúde e do que seja ensino. Gerenciar unidades básicas de saúde pode ser entendido como um conjunto de competências para conduzir técnica, política e administrativamente processos de trabalho produtores de atos cuidadores em saúde expressos em termos de resultados, como uma maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar-no-mundo. Em relação ao ensino, a definição dessa concepção, pelo professor, é fundamental, na medida em que, conforme for a sua concepção, haverá alterações significativas nos tipos de ação que esse professor apresentará. A concepção e a percepção do fenômeno ensino, portanto, influencia as decisões do professor com relação ao que e como ensinar. Se ensinar for entendido como um fenômeno do qual aprender faz parte, as decisões do professor vão estar voltadas aos resultados que serão obtidos em relação ao comportamento do aprendiz. A concepção de ensino certamente também influencia no ponto de partida para a preparação do mesmo. Se o objetivo final do ensino for habilitar o aluno a lidar com a realidade em que vive e trabalha, o planejamento e a organização das atividades a serem apresentadas aos alunos

terão, necessariamente, que partir dessa realidade; caso contrário, o ponto de partida continuará a ser as informações disponíveis, prontas e acabadas.

Com relação à segunda questão: *onde buscar a decisão* (qual o ponto de partida) *sobre o que ensinar?*, parece que há duas maneiras de respondê-la: a) buscar as informações já existentes sobre gerenciamento em saúde; e b) propor competências profissionais que capacitem os profissionais a gerenciar processos de trabalho em saúde. A opção de gerenciar em saúde a partir do conhecimento existente (nos livros); ou no conhecimento do próprio docente a respeito de determinado assunto é a maneira usual de planejar o ensino. Essa maneira de ensinar comumente exige do aluno a adesão e a reprodução das idéias apresentadas. Parece não considerar o objetivo final da ação do profissional que é a de contribuir para garantir a produção de atos cuidadores em saúde na comunidade onde irá atuar. A opção de ensinar mediante proposição de competências é uma forma alternativa ao modelo usual. Nesse caso, o que vai ser ensinado não são informações já conhecidas, mas competências profissionais. Optar por essa concepção significa buscar uma proposta alternativa para a qual é necessário estabelecer referenciais bem definidos. Um deles é a noção de competência. Tendo claro o que significa competência, é possível decidir de onde derivar competências significativas para elegê-las como sendo o que ensinar (objetivos de ensino). Nessa segunda opção, fica clara a possibilidade de o ensino ser planejado a partir da realidade existente (o mundo do trabalho com o qual o aluno se defrontará), ou de ele problematizar essa realidade e mudá-la na direção de superar seus aspectos problemáticos, indesejáveis, prejudiciais, geradores de sofrimento, dano, desconforto, alienação, etc. (BOTOMÉ, 1987).

2.3- Noção de competência profissional

A noção de competência é fortemente polissêmica, tanto no mundo do trabalho quanto na esfera da educação. Essa polissemia se origina das diferentes visões teóricas que estão ancoradas em matrizes epistemológicas diversas e que expressam interesses, expectativas e aspirações de diferentes sujeitos que possuem propostas e estratégias sociais diferenciadas. (DELUIZ, 2001).

À medida que avançam os diferentes conhecimentos e as novas explicações para a realidade complexa do desempenho atual no trabalho, se diversificam os conceitos sobre competência profissional. As mais recentes concepções (VARGAS; CASANOVA; MONTANARO, 2001) podem ser consideradas:

- Marelli (2000, p. 47) define:

A competência é uma capacidade profissional, mensurável para realizar trabalho eficazmente, ou seja, para produzir os resultados desejados por uma instituição. Está conformada por conhecimentos, habilidades, destrezas e comportamentos que os trabalhadores devem demonstrar para que a organização alcance sua metas e objetivos. Agrega capacidades humanas, suscetíveis de serem medidas e que são necessárias para satisfazer com eficácia os níveis de rendimentos exigidos no trabalho.

- Ibarra (2000, p. 12) define competência como

a capacidade produtiva de um indivíduo que se define e mensura em termos de desempenho em um determinado contexto de trabalho, e não somente conhecimentos, habilidades ou destrezas no abstrato. Ou seja, a competência é a integração entre o saber, o saber fazer e o saber ser.

- Desceulniers (2001, p. 7) define como sendo “a capacidade para resolver um problema em uma dada situação, o que significa dizer que a medida desse processo se baseia fundamentalmente em resultados”.

Considerando que a competência é uma capacidade profissional mensurável e demonstrável, porque se concretiza na ação é possível concebê-la a partir de diferentes perspectivas. Gowzci; Athanasou (1996) apontam para três grandes tendências na tipificação das competências: a primeira a concebe como uma lista de tarefas desempenhadas; a segunda, como um conjunto de atributos pessoais; e a terceira é um enfoque integrador. A competência profissional como lista de tarefas pode ser compreendida como a descrição de grandes tarefas independentes que realiza um trabalhador em seu posto de trabalho. É a soma de pequenas tarefas chamadas subcompetências. A totalidade das competências é a descrição total das tarefas de um tipo de trabalho.

A competência em termos de atributos pessoais se centra em características das pessoas e é de caráter mais amplo em termos de aplicação no trabalho. Os atributos são difundidos usualmente de forma genética de modo que permitem sua aplicação em diversos contextos. Esses atributos que as pessoas possuem seriam capazes de explicar seu desempenho qualificado no trabalho. Nessa perspectiva, a competência profissional pode ser definida não só no âmbito do que a pessoa sabe fazer ou pode fazer, mas também no campo do que ela quer fazer. Pode ser considerada assim como um comportamento orientado para um trabalho bem feito.

O enfoque integrado de competência resulta em combinar o enfoque de tarefas com o de atributos pessoais permitindo uma coesão mais ampla de competência. Nesse sentido, a competência profissional implica capacidade de mobilizar uma série de atributos para trabalhar exitosamente em diferentes contextos e em diferentes situações emergentes. Os conhecimentos se combinam com as habilidades e com a percepção ética dos resultados do trabalho num determinado contexto, com a capacidade de comunicar-se, entender os pontos de vista de colegas e clientes, a habilidade de negociar, trocar, e gerar informações, etc. Essa concepção possibilita valorizar a capacidade do trabalhador em colocar em ação o saber adquirido pela experiência. Dessa forma, a competência é uma interação dinâmica entre distintos acervos de conhecimentos, habilidades, destrezas, atitudes e aptidões, mobilizados segundo as características do contexto e do desempenho em que se encontra o indivíduo.

A partir desses referenciais, Vargas; Casanova; Montanaro, (2001) propõem uma definição de competência profissional como sendo a capacidade de desempenhar efetivamente uma atividade de trabalho mobilizando os conhecimentos, habilidades, destrezas e a compreensão necessários para atingir os objetivos que tal atividade supõe. O trabalho competente inclui a mobilização de atributos como base para facilitar sua capacidade para solucionar situações contingentes e problemas que surjam durante o exercício do trabalho. Outros autores se aproximam dessa compreensão como Irigoin (1996, 1998); Mertens (1996); Monteiro (1996); Gallart e Jacinto (1997); Lluch (1997); Kerka (1998); Schwartz (1998); Tejada (1999).

Desde qualquer dessas perspectivas, é possível identificar idéias que se repetem nas definições tais como:

- a combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes;
- a idéia de colocar em jogo, de mobilizar capacidades diversas para atuar alcançando um desempenho requerido por um determinado tipo de trabalho;
- a idéia de que esse desempenho pode ocorrer em diversos contextos, cujos significados a pessoa deve ser capaz de compreender para que a atuação seja localizada.

Portanto, não se trata de algo que a pessoa aprende para continuar repetindo nas mesmas circunstâncias: é uma aprendizagem que constitui um capital que a pessoa, com tudo que é e tem, põe em jogo adaptativamente segundo as circunstâncias em que se encontra. Entretanto, não é atual a expectativa que os indivíduos adquiram conhecimento e desenvolvam habilidades para desempenhar um determinado trabalho. Então, o que há de novo em relação às competências? Parece que a maior diferença está no fato de que essa concepção mais recente de competência abrange o desenvolvimento de atitudes, ou seja, daquilo que o indivíduo é em sua afetividade e em seus valores, buscando um enfoque integrador no qual a pessoa, a partir do seu ser, coloca em ação todo seu saber e seu saber fazer. (IRIGOIN,1997). Dessa forma, competência profissional pode ser considerada como combinação integrada de um *saber conhecer*, de um *saber fazer* e de um *saber ser* que formam uma tríade que já é quase clássica ao se abordar as competências profissionais. Mesmo considerando o saber ser como incluindo as relações consigo mesmo, com os outros e com um entorno, o informe Delors/Unesco (1995) enfatiza mais contundentemente o aspecto social da competência e propõe outra dimensão além das três citadas, ou seja, *um saber ser com os outros* (viver em paz com os outros) em todos os espaços nos quais se desenvolve a vida humana.

2.4- Competência no contexto da educação profissional na área da saúde

Segundo Ramos (2001a, 2001b,) no processo de trabalho em saúde, a competência profissional se assenta sobre o princípio da *humanização do cuidado em sua dimensão ética*, reconhecendo e valorizando a autonomia das pessoas para assumir a sua própria saúde. Nesse sentido, a conquista da competência humana para trabalhar está

“fundada instrumentalmente no manejo da *educação e do conhecimento* [...] tendo como “um dos fulcros substanciais *saber humanizar o conhecimento*, para que este possa servir aos fins éticos da história e não descambe em mera instrumentação da competitividade”. (DEMO, 1997, p. 9). Assim, é fundamental compreender a educação profissional em saúde, tanto na *dimensão técnica especializada*, quanto na *dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais* (DELUIZ, 1997; 2001) para que os profissionais possam participar como sujeitos integrais no mundo do trabalho em saúde.

A noção de competência vista sob a ótica socioprofissional pode ser entendida como uma atitude social (ROJAS, 1999), antes de ser um conjunto de conhecimentos profissionais que sustentam uma ação técnica puramente instrumental. (ZARIFIAN, 1998). Sob a ótica cognitiva, a construção de competências implica a subjetivação do conhecimento mediante a articulação do pensamento com saberes formais ou práticos que estruturam ações, num processo mediado pelas relações sociais. Conquanto a competência profissional refira-se ao sujeito trabalhador, ela somente se realiza e se manifesta na ação (material ou simbólica), ou seja, na atividade profissional. Segundo Ramos (2001a), essa possui, portanto, duas dimensões: uma *subjetiva* e outra *objetiva*, conformando uma totalidade.

Essa compreensão totalizante da atividade profissional nas suas dimensões objetiva e subjetiva se aproxima do que Zarifian (1999) define como competência, compreendendo-a como a capacidade de enfrentar – com iniciativa e responsabilidade, guiadas por uma inteligência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores para mobilizar suas capacidades – situações e acontecimentos próprios de um campo profissional.

Ramos (2001a) ressalta que esse conceito de competência está baseado na visão atual do trabalho como “conjunto de acontecimentos”, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição, ao contrário do que propunham os modelos clássicos de organização e gestão do trabalho (fordismo, taylorismo, fayolismo). Tal acepção de trabalho, por sua vez, implica reconceitualização da própria qualificação profissional, que deixa de ser “estoque de saberes”, para se transformar em “capacidade de ação diante de acontecimentos”. (ZARIFIAN, 1999).

No Brasil, a integração da noção de competência à reforma educacional inicia-se legalmente com a aprovação da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1998a), nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que incide, tanto sobre a educação básica quanto sobre a educação profissional. Basicamente, as propostas de reformas curriculares visam reorientar a prática pedagógica organizada em torno da transmissão de conteúdos disciplinares para uma prática voltada à construção de competências. Os princípios relativos à reforma da educação profissional em nível técnico estão dispostos no Decreto 2.208, de 17 de abril de 1997 (BRASIL, 1998b), que regulamentou os artigos da LDB de 39 a 42. Segundo a Secretaria de Educação Média e Tecnológica (Semtec/MEC), essa modalidade de educação seria o ponto de articulação entre a escola e o mundo do trabalho, com a função de qualificar, requalificar e reprofissionalizar trabalhadores em geral, independentemente do nível de escolaridade que possuam no momento de seu acesso. A Resolução CNE/CEB 04/99 (BRASIL, 2002) instituiu essas diretrizes, indicando 20 áreas profissionais, entre as quais a da saúde. Os referenciais curriculares para a área da saúde desdobraram-se em 12 subáreas e vêm obedecendo ao enfoque metodológico concebido pela Semtec/MEC para orientação dos referenciais curriculares das demais áreas profissionais.

O curso desse processo no ensino superior apresenta evolução bem diferente, em relação à educação técnica, em decorrência das próprias características históricas, culturais e organizacionais daquele sistema de ensino. Sua regulamentação foi revisada mais recentemente, com a edição do Decreto 3.860/01/ME, que detalha a organização do ensino superior e as normas de avaliação de cursos e instituições. Quanto às diretrizes curriculares, já existem pareceres aprovados para vários cursos da área da saúde a partir de 2001. Com efeito, a discussão sobre competência profissional incidiu primeiramente no âmbito da formação de nível técnico.

A abordagem de competência relacionada à autonomia e à mobilidade que deve ter o trabalhador contemporâneo diante da instabilidade do mundo do trabalho e das rápidas transformações que caracterizam as relações de produção se dá no campo da educação profissional pelo Parecer CNE/CEB 04/99 (BRASIL, 2000), considerando que o agir competente inclui decidir e agir em situações imprevistas, mobilizar conhecimentos, informações e hábitos, “para aplicá-los, com capacidade de julgamento, em situações reais

e concretas, individualmente e com sua equipe de trabalho”. O mesmo documento define precisamente como competência profissional “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”. (BRASIL/CNE/CEB. Resolução, 04/99, art. 6º).

Assim, a definição de competência apresentada no âmbito da educação profissional pode ser interpretada da forma como segue:

A expressão *a capacidade de* tem um sentido de motivação intencional e consciente, pois o exercício profissional assim o exige, *mobilizar, articular e colocar em ação* são verbos que expressam *ações e operações* do pensamento. Os substantivos que se seguem, quais sejam, *valores, conhecimentos e habilidades*, adquirem, na educação profissional, certas especificidades. Os valores são acrescidos à definição, como elementos culturais e pessoais, com o mesmo sentido do que se chama de *saber-ser*, fortemente valorizado nas relações atuais de trabalho. Os conhecimentos são os *saberes teóricos e práticos*, isto é, tanto aqueles transmitidos pela escola quanto os adquiridos pela experiência (saberes tácitos). As habilidades possuem um duplo estatuto: pressuposto e resultado manifestável da competência. Como pressuposto, as habilidades teriam o mesmo sentido das capacidades, isto é, como um potencial cognitivo que, colocado em ação diante de uma situação concreta, por associação com os saberes, constituem competências. Essas habilidades são normalmente expressas por verbos de ação tais como *compreender, comparar, analisar, sintetizar*, etc. Como resultado, ou manifestação das competências, as habilidades se consolidaram na forma do *saber-fazer* e, com esse estatuto, normalmente são tomadas como indicadores de desempenho nas avaliações. (RAMOS, 2001a; p. 15).

Pelo fato de a competência implicar a resolução de problemas ou o alcance de resultados, é possível, por meio de processos pedagógicos distintos, promover a oportunidade de se converter o currículo em um ensino que possa mesclar, nos problemas, os conhecimentos gerais, os conhecimentos profissionais, as experiências de vida e de trabalho que, normalmente, são tratados isoladamente.

As concepções abordadas permitem reconhecer que as competências profissionais podem ser estabelecidas, identificadas, medidas e, portanto, avaliadas. Do mesmo modo são possíveis de ser incluídas como objetivos de ensino em programa de formação profissional. (VARGAS; CASANOVA; MONTANARO, 2001). Portanto, tem um extraordinário potencial como ferramenta para organizar ações formativas, de reconhecimento de aprendizagens e de gestão do talento humano.

Nesse sentido,

ainda que possamos reconhecer a necessidade de se (re)conformar os modelos de formação profissional no campo da saúde, pautados numa lógica de novas competências profissionais, serão necessários muitos exercícios de aplicação que possibilitem configurar novas metodologias de ensino-aprendizagem. Ainda que absorvida de modo incipiente pelo setor saúde, essa noção tem sido fundamental para a definição de perfis profissionais para um novo modelo de atenção à saúde. (MOTTA; BUSS; NUNES, 2004, p. 178)

Alterar a formação acadêmica de acordo com referenciais novos e oferecer subsídios ao ensino para produzir essa alteração, indicam a importância de identificar e sistematizar competências que os profissionais necessitam apresentar para gerenciar processos de trabalho em atenção básica, que possam ser utilizados como objetivos de ensino para os cursos de graduação no campo da saúde. O ponto de partida para essa identificação pode ser exatamente o cotidiano do trabalho gerencial em atenção básica por meio da expressão dos próprios profissionais gerentes que vivem essa situação. Essas expressões permitirão compor competências profissionais de valor para constituírem objetivos de ensino nos cursos de formação de diferentes profissões na área da saúde. Identificar essas competências profissionais para constituir objetivos de ensino para os cursos de graduação (que podem ser estendidos a pós-graduação e educação em serviço) é o objetivo deste trabalho.

3- PERCURSO METODOLÓGICO

3.1- Delineamento do estudo

Para identificar as competências utilizadas para gerenciar processos de trabalho em unidades básicas de saúde, de forma a subsidiarem processos de formação, a opção metodológica do estudo se baseou na matriz construtivista de identificação de competências que tem suas origens na França sendo um de seus principais representantes Schwartz, abordado por Manfredi (1998), e que vem desenvolvendo uma série de pesquisas e uma metodologia de investigação que combina pesquisa/ação com reflexão/ação. A partir dessa metodologia, é possível identificar categorias a serem utilizadas para fazer um inventário de competências, em situações diferenciadas, de modo a identificar a relação existente entre as atividades de trabalho e os conhecimentos incorporados e/ou mobilizados, de modo que se possa obter a compreensão da relação competência/contexto e seus processos de construção e evolução. Cada uma dessas categorias foi seguida por uma lista de habilidades e competências observáveis que o grupo de trabalhadores já possuía e/ou que foram desenvolvidas durante o processo de formação/ação. A perspectiva construtivista esclarece as relações mútuas e as ações existentes entre os grupos e seu entorno, mas também entre situações de trabalho e situações de capacitação.(MERTENS, 1996). A abordagem construtivista busca a construção de competências não só a partir da função do setor ou da empresa, que está vinculada ao mercado, mas concede igual importância às percepções e contribuições dos trabalhadores diante de seus objetivos e potencialidades em termos de sua formação.

Diferentemente dos enfoques condutivistas, que tomam como referência para a construção de competências os trabalhadores mais aptos ou as empresas de alto desempenho, a análise construtivista considera as pessoas de qualquer nível educacional. Um dos princípios dessa abordagem é a busca do coletivo, tanto na análise do trabalho em suas relações com o contexto quanto na capacitação individual, compreendida no âmbito de uma capacitação coletiva.

Essa forma de identificação de competências abre, segundo Manfredi (1998), novas perspectivas para a problematização da noção de competência, revelando a dimensão construtiva, processual, coletiva e contextual. A matriz construtivista apresenta, assim, pontos de positividade: ao atribuir importância não só à constituição de competências

voltadas ao mercado, mas direcionadas aos objetivos e às potencialidades do trabalhador; ao considerar o trabalho em suas relações contextuais e buscar a construção de competências coletivas; e ao possibilitar a transposição das competências investigadas nos processos de trabalho mediada por uma concepção pedagógica.

Baseado nessas referências a opção de local para identificar competências gerenciais foi o município de Caxias do Sul/RS por atender a seguintes critérios: - ter um projeto político definido de reorganização das práticas de saúde e de gestão (baseada na concepção “Em Defesa da Vida”); - por ter a função de gerente de UBS na estrutura organizacional da SMS e concebê-lo como ator estratégico para implementação da política de governo; - ter desencadeado um processo de desenvolvimento gerencial para o fortalecimento deste *novo ator*; – ter realizado uma capacitação gerencial como espaço de construção de competências para qualificar o trabalho dos gerentes.

Considerando os princípios pedagógicos norteadores da concepção, elaboração e implementação da capacitação de gerentes locais de saúde na SMS de Caxias do Sul, as competências identificadas, a partir desse dispositivo, podem ser consideradas como multidimensionais, envolvendo facetas que vão do individual ao sociocultural, situacional (contextual-organizacional) e processual. Por tudo isso, não podem ser confundidas com um mero desempenho. Dessa forma, a noção de competência profissional engloba não só a dimensão individual, de caráter cognitivo, relativa aos processos de aquisição e construção de conhecimentos produzidos pelos sujeitos diante das demandas das situações concretas de trabalho e de processos educativos, mas envolve também uma outra dimensão: a de ser uma construção balizada por parâmetros socioculturais e históricos. A noção de competência está, assim, situada e referida a determinados contextos, espaços e tempos definidores de um certo perfil profissional, no caso, de gerentes de Unidades Básicas de Saúde.

Portanto, para a identificação de competências gerenciais, é fundamental identificá-las a partir das **expressões dos próprios gerentes** que vivenciam este trabalho, mas referidas a um **contexto situacional**, no qual os gerentes estão inseridos (no caso deste estudo, o contexto do município da SMS de Caxias do Sul e o processo de desenvolvimento de capacitação gerencial), gerador da aquisição ou desenvolvimento de competências gerenciais.

3.2- Procedimentos de investigação

3.2.1- Formalização do estudo

A primeira medida acerca da realização do estudo foi institucionalizar a investigação na Secretaria Municipal da Saúde. Foram protocolados o projeto e um ofício solicitando autorização para realizar a investigação do objeto em questão (Anexo 1). O projeto foi analisado por uma equipe técnica do Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos da SMS que emitiu parecer favorável sobre a execução do mesmo. Posteriormente, o projeto foi apresentado pela pesquisadora e examinado pelo Conselho Estratégico composto pela secretária municipal da saúde e Coordenadorias de Áreas, momento em que o mesmo foi avaliado em relação à sua relevância e possíveis contribuições para com o processo de mudanças instituído na secretaria.

A segunda medida foi contatar com os gerentes de UBS. O contato foi feito em reunião ordinária desses profissionais, na qual foi apresentada e analisada a proposta de estudo e solicitada a concordância dos mesmos em fazer parte da pesquisa, a qual foi formalizada por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3). Como houve concordância de todos foi emitido documento pelo secretário municipal da Saúde permitindo o desenvolvimento do estudo na instituição.

Como cumprimento dos procedimentos estabelecidos na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul/RS. (Anexo 2).

3.2.2- Definição dos sujeitos informantes

Participaram deste estudo todos os gerentes das UBS da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul que vivenciaram o processo de capacitação gerencial promovido pela referida secretaria, totalizando 12 gerentes. Somente um gerente (de um total de 13) foi excluído do estudo por ter ficado afastado de suas atividades (licença-saúde) por quase todo período de realização da capacitação.

As características dos gerentes que participaram do estudo podem ser visualizadas no quadro 1 em relação à idade, categoria profissional, tempo de formação, pós-graduação, tempo de atuação na SMS, tempo de atuação na gerência local de saúde, número de UBS que gerencia, e localização das UBS.

Quanto à idade 50% (seis) tem de 35 a 40 anos e 50% (seis) de 41 a 50 anos.

Em relação a formação específica, o grupo distribui-se entre enfermeiros (oito), nutricionistas (dois) e assistentes sociais (dois), sendo que três tem especialização em saúde pública, um em enfermagem obstétrica e um em tecnologia em alimentos. Cinco gerentes não realizaram nenhuma especialização.

O tempo de formação variou de oito a 23 anos sendo que 50% (seis) tem de 15 a 23 anos de atuação profissional.

Com relação ao tempo de trabalho na SMS este variou de cinco a 12 anos sendo que 58% (sete) tem mais de oito anos de permanência na instituição.

Em relação ao tempo de gerência na UBS, quatro gerentes estão na função há dois anos, dois gerentes há cinco anos e seis gerentes há seis anos. Cabe ressaltar que 50% dos gerentes estão na função desde sua criação (1998).

Quanto ao número de unidades de produção por gerente, 42% (cinco) gerenciam duas unidades; 33% (quatro) gerenciam três unidades; 17% (dois) gerenciam quatro unidades e 8% (um) gerencia cinco unidades. Somente um gerente atua na região rural envolvendo cinco UBS.

Quadro 1- Características dos respondentes (2003)

Identificação	Idade	Formação	Formação (anos)	Especialização	Ano	SMS-Caxias do Sul (anos)	Gerência de serviço de saúde (anos)	UBS por território	Localização	
									Urb.	Rural
1.	38	Enfermeira	17 anos	Administração Hospitalar e Saúde Pública	1993	6 anos	2 anos	2	X	
2.	35	Enfermeira	11 anos	-		6 anos	5 anos	3	X	
3.	41	Enfermeira	20 anos	-		10 anos	6 anos	3	X	
4.	36	Enfermeira	14 anos	Obstetrícia Intensivismo	2002 1999	5 anos	2 anos	3	X	
5.	38	Enfermeira	-	Enfermagem do trabalho	1995	12 anos	6 anos	4	X	
6.	42	Enfermeira	17 anos	Saúde da Família	Em andamento	12 anos	6 anos	5		X
7.	48	Enfermeira	23 anos	Saúde Individual e Coletiva	1998	9 anos	6 anos	2	X	
8.	45	Enfermeira	13 anos	Enfermagem em Saúde Pública	1985	9 anos	6 anos	3	X	
9.	43	Nutricionista	21 anos	Tecnologia em Alimentos	1998	9 anos	6 anos	2	X	
10.	37	Nutricionista	11 anos			5 anos	2 anos	4	X	
11.	35	Assistente Social	8 anos	-		6 anos	2 anos	2	X	
12.	47	Assistente Social	23 anos	-	-	8 anos	4 anos	2	X	

3.2.3- Coleta de dados

A identificação das competências gerenciais a partir dos gerentes de UBS se constituiu em duas fases:

Fase 1: identificação de rol de competências apontadas pelos gerentes de Unidades Básicas de Saúde após realização de uma capacitação gerencial ocorrida no período de fevereiro a dezembro de 2002.

Para derivar competências gerenciais apontadas pelos gerentes, a partir desse processo, foram utilizados registros feitos num instrumento de avaliação aplicado no final da capacitação gerencial abrangendo informações sobre conhecimento e habilidades desenvolvidas na atividade vivenciada.

Mas, mesmo considerando que um processo de capacitação gerencial tenha potência para conformar certos tipos de competências, é no transcorrer do cotidiano que vão se colocando as contradições, a complexidade e as possibilidades de se conduzir um “fazer saúde” e se delineando com maior precisão quais das competências desenvolvidas se fazem necessárias, quais as que adquirem maior significado ou quais as que precisam ser construídas no exercício do trabalho gerencial. Por isso, a importância de uma segunda coleta para identificar competências, a partir das percepções dos próprios gerentes que vivem esta realidade.

Fase 2: identificação de rol de competências obtidas com os profissionais de saúde após um ano de realização da capacitação gerencial (dezembro de 2003 a fevereiro de 2004). O corte temporal de um ano foi definido de forma a respeitar o tempo de implementação dos Planos Estratégicos Locais e da SMS que têm periodicidade anual.

Essa segunda coleta não tem caráter comparativo em relação às competências identificadas na primeira fase mas sim, de complementariedade do elenco de competências apontadas conformando, assim, um certo fazer gerencial coletivo que tem sentido para esse mesmo coletivo.

Em relação à segunda fase, a coleta de dados ocorreu por meio de um questionário aberto (Anexo 4), contendo questões referentes aos atributos dos profissionais de saúde (como: idade, sexo, tempo de formação, tempo de atividade na SMS, tempo na função gerencial, etc.) e questões referentes a competências que os profissionais de saúde têm utilizado no seu cotidiano de trabalho, as que caíram em desuso as que foram desenvolvidas a partir da capacitação gerencial, as que foram desenvolvidas independentemente desta e as que são necessárias para a atividade gerencial.

A opção pelo questionário ocorreu pela necessidade de agilizar a coleta de dados junto aos gerentes em função do cenário que estava se delineando na SMS, a partir de março de 2004. Com a implantação gradativa do Programa de Saúde da Família (PSF) nas UBS, alguns gerentes estariam assumindo equipes de PSF em seu território, enquanto que outros estariam operando sem essas equipes, podendo ocorrer diferenciações na organização dos processos de trabalhos. Além disso, alguns gerentes estavam deixando o cargo de gerente para assumir outras funções. Outro aspecto definidor desta opção foi o de que esta técnica facilitava o trabalho dos gerentes de responder aos questionamentos uma vez que flexibilizava o local e o tempo para responderem o mesmo. Isto em função de ser um período em que os gerentes ou estavam em gozo de férias ou estavam sobrecarregados por decorrência das férias de outros profissionais. Cabe salientar que esta decisão foi tomada pelo pesquisador em conjunto com os gerentes, considerando os aspectos apontados.

Os questionários foram entregues individualmente pelo pesquisador em dezembro de 2003 e foi dado prazo de 15 dias para a devolução dos mesmos. No momento da entrega, o pesquisador forneceu informações sobre os objetivos do estudo, preenchimento do instrumento e procurou esclarecer dúvidas quanto à compreensão das questões formuladas ou relativas a outros aspectos que os gerentes identificaram. Alguns gerentes (três) responderam o instrumento por ocasião da entrega do mesmo, e os restantes utilizaram um prazo que variou de 20 a 45 dias para sua devolução.

Para a construção analítica do contexto onde os gerentes estão inseridos, foi utilizada a técnica de exame documental. O exame documental vale-se de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados de

acordo com os objetivos da pesquisa. (GIL, 1999). Para o autor existem documentos de primeira mão que não receberam qualquer tratamento analítico, como documentos oficiais, cartas, contratos, diários, gravações; e ainda documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, como relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas, etc.

Para coleta das informações sobre o município e a SMS se fez necessária consulta a documentos tais como:

- Legislação Municipal;
- Planos Municipais de Saúde;
- Planos Estratégicos da SMS;
- Projetos e Relatórios técnicos dos vários setores integrantes da instituição;
- Planos Locais de Saúde das UBS;
- Produção interna da instituição;
- Publicações técnico-científicas;
- Registros produzidos pelos gerentes durante a capacitação gerencial, realizada de fevereiro a dezembro de 2002 (mediante consentimento pós-informado, respeitando o sigilo das informações).

Para a coleta de informações sobre o processo de capacitação gerencial realizado foram utilizados:

- Material didático produzido por instrutores que participaram do processo de capacitação durante o período de 2002.
- Relatório técnico produzido, em 2003, pelos assessores técnico e pedagógico que participaram da capacitação gerencial.

Neste trabalho resgatar a memória institucional, a partir de fontes documentais institucionais, foi de fundamental importância, principalmente no sentido de recuperar o acúmulo vivenciado pela Secretaria Municipal da Saúde, no âmbito do município, possibilitando a descrição de seus aspectos estruturais e no que se refere à trajetória histórica que vem percorrendo a instituição desde sua criação até o período em que desenvolveu a capacitação gerencial (2002), com vistas à compreensão do contexto em que os sujeitos (gerentes) deste estudo estão inseridos, bem como a descrição da operacionalização do processo de desenvolvimento gerencial realizado por essa Secretaria. Esses dois processos, provavelmente têm se constituído em contextos determinantes de um determinado tipo de conformação de competências gerenciais delineadoras de um gerente desejado pela instituição.

3.2.4- Organização e tratamento dos dados

Para identificar (enunciar) as competências expressas pelos gerentes, os dados coletados a partir do questionário (Fase 2) e os obtidos nos registros dos instrumentos de avaliação (Fase 1), foram submetidos a uma organização baseada na análise de conteúdo (BARDIN, 1977), uma análise textual qualitativa, a qual pode ser entendida como um processo auto-organizado de construção de compreensão dos significados explicitados pelos sujeitos. Esse processo foi desenvolvido a partir de diferentes etapas propostas por Moraes (1999a, 1999b, 2001), que no contexto deste estudo não se constituiu em metodologia mas em um aporte técnico para descrever, enunciar e categorizar as competências gerenciais:

- I. Inicialmente as informações contidas nos instrumentos utilizados foram transcritas para um quadro organizado por sujeito e pelo tipo de pergunta formulada de modo que fosse possível saber sua procedência e retornar ao texto original sempre que preciso fosse. Por isso, foram submetidas a um processo preliminar de codificação de cada um dos questionários;

- II. Posteriormente o corpus referente a cada pergunta, de todos os sujeitos, foi agrupado num segundo modelo de quadro, ou seja, as informações foram organizadas não mais por sujeito mas pelo tipo de informação obtida (tipo de questão formulada) . O material neste processo foi submetido a várias leituras com o objetivo de prepará-lo para as fases seguintes da análise e para auxiliar na impregnação dos conteúdos a serem analisados;
- III. A partir da leitura foram definidas unidades de análise ou de registro (unitarização do corpus) partindo do entendimento de que são conjuntos mais abrangentes de conteúdos que facilitam a definição dos fragmentos de conteúdos a serem posteriormente categorizados. Cada unidade temática foi transcrita em fichas, devidamente codificadas, para proceder a categorização;
- IV. Enunciação (classificação): nessa etapa foram derivadas dos registros as competências apontadas cujo significado fosse muito próximo. O processo só terminou quando todos os depoimentos foram categorizados. Esse processo não foi linear, mas conduzido de forma a possibilitar revisões e correções permanentes, de modo a construir uma caracterização cada vez mais clara e consistente de cada competência que emergiu da análise;
- V. Categorização: essa etapa se consistiu na formulação de um rol de competências a partir do agrupamento dos dados originados nas duas fases da identificação de competências descritas, possibilitando uma nova ordenação a partir de relações evidenciadas entre expressões que puderam ser reagrupadas, se constituindo em quatro núcleos de competências. Esses núcleos foram construídos a partir dos elementos que se presentificaram nas expressões dos gerentes.

Os dados contidos nos documentos institucionais foram submetidos à análise documental (BARDIN, 1977), que é um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, de tal forma que seja obtida o máximo de informações com o máximo de pertinência para facilitação do acesso as informações. No caso desse estudo, essa análise foi feita a partir de duas categorias analíticas (unidades de contexto, segundo RICHARDSON, 1995):

- Situação prévia ao desenvolvimento da capacitação gerencial envolvendo características do município, SMS e os acontecimentos que demandaram a elaboração da proposta.
- Desenvolvimento da capacitação gerencial abrangendo aspectos que revelaram a potencialidade da mesma para o desenvolvimento/construção de competências gerenciais.

***4- COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS A
ENSINAR PARA O TRABALHO DE
GERENCIAMENTO LOCAL DE SAÚDE***

Este capítulo apresenta o contexto de inserção dos gerentes que atuam em UBS de Caxias do Sul, o elenco de competências gerenciais identificadas a partir das expressões desses agentes e as possibilidades dessas competências se constituírem em objetivos de ensino nos cursos de formação.

A análise do contexto foi organizada em quatro tópicos: 1) as características do município de Caxias do Sul; 2) as contextualizações histórica e organizacional da SMS de Caxias do Sul; 3) o desenvolvimento gerencial como um processo em construção; 4) o processo de capacitação gerencial.

4.1- O município de Caxias do Sul e suas características

A cidade de Caxias do Sul, rodeada por vales e montanhas, colonizada pelos imigrantes italianos que chegaram ao Estado do Rio Grande do Sul, no Brasil, em 1875, está localizada na encosta superior do Nordeste, na chamada Serra Gaúcha (figura 1). Com 381.940 habitantes (BRASIL, IBGE 2002), e uma área territorial de 1.625, 97 km², a 127 km da capital Porto Alegre, Caxias do Sul é um município essencialmente urbano, concentrando cerca de 92% da população na cidade e o restante, 8%, na área rural.

O município é o primeiro colocado no Índice de Desenvolvimento Sócioeconômico (Idese) do Rio Grande do Sul e tem o 12º Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil.



Figura 1- Localização de Caxias do Sul no estado do Rio Grande do Sul

Fonte: Secretaria de Planejamento Urbano – Prefeitura Municipal de Caxias do Sul, 2001.

Constitui o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB) do Estado, representado em R\$ 5,272 milhões, o que significa 5,42% do PIB estadual. Do PIB do município 60,66% tem origem do complexo industrial, 35,20% provém do setor de Comércio e Serviços e o restante, 4,74% da Agricultura, conforme informações da Fundação de Economia e Estatística (FEE/2002). São 25.139 estabelecimentos gerando 100.960 empregos formais na economia, de acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE/ RAIS 2001), onde predominam as micros e pequenas empresas (99%). Do total de estabelecimentos, 58,7% não possuem empregados, o que caracteriza empreendimentos de base familiar. (CAXIAS DO SUL, 2002).

O crescimento da economia caxiense, intensificado a partir das décadas de 60 e 70, pode ser considerado como um dos fatores do aumento populacional. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, IBGE 2002) aponta que, em 30 anos, houve um aumento de 148% no número de habitantes. Como consequência deste fenômeno, agregado a fatores macroeconômicos, verifica-se o desemprego e problemas sociais dele derivados.

Neste contexto, a política municipal de desenvolvimento econômico, que em *cooperação* com entidades de empresários e trabalhadores, instituições de ensino e de pesquisa, do mundo do conhecimento, como sistema S (SENAI/SEBRAE/SENAC), e demais órgãos representativos da sociedade, contribui para a ampliação das oportunidades de trabalho e a distribuição mais equilibrada da riqueza gerada. Esta contribuição está pautada na articulação de ações de nível municipal, estadual e federal, seja por razões de responsabilidade sobre os instrumentos de política pública ou pelos níveis de atribuição e da disponibilidade de recursos e se consolida pela implantação de estratégias como: (1) a geração de trabalho e renda, constituindo parcerias e ações de cooperação entre agentes públicos e privados, propiciando a inovação e o desenvolvimento; (2) a formação para o trabalho e para a gestão empresarial; (3) propiciar a capacitação tecnológica, estimulando a constante inovação; (4) fomentar a economia solidária, ampliando as oportunidades de trabalho; (5) facilitar e estimular o acesso ao crédito; (6) apoiar a inserção soberana das empresas no mercado global; (7) e apoiar formas de abastecimento popular.

Com isso, Caxias do Sul, se consolida como cidade industrial com setores diversificados, com comércio de rua estimulado e competitivo, com reconhecidos e estratégicos serviços como o turismo e a informática, e com uma agricultura familiar forte, diversificada, agroindustrializada para a promoção da agregação de valor, capaz de manter as famílias no meio rural com boa qualidade de vida.

Caxias do Sul não se caracteriza apenas pela sua forte economia, mas também pela participação da comunidade na construção de uma cidade melhor de se viver. Na elaboração do orçamento municipal (R\$ 368.786.600,00 em 2002), a Administração Pública trabalha com a população. São os cidadãos quem definem as áreas prioritárias de investimento através do Orçamento Participativo (OP). Sendo que nos 27 Conselhos Municipais, as entidades representativas discutem as políticas públicas.

Quanto aos aspectos relacionados ao meio ambiente, educação e infra-estrutura, segundo Gardini (2002), existem em torno de 100 núcleos de sub-habitações na cidade, encontrando-se a maioria em áreas irregulares e de risco, o que representa em torno de 7,96% da população urbana do município. A cidade apresenta 93% de domicílios com abastecimento de água e 99% com energia elétrica. O esgoto pluvial cobre 87% das

necessidades do município. O esgoto cloacal é ligado à rede pluvial por fossa e sumidouro. Há uma rede de 32 Km de esgoto e apenas uma estação de tratamento. A coleta de lixo orgânico funciona diária ou alternadamente, cobrindo praticamente 100% dos bairros. A cidade possui ainda 31 praças, sendo a maioria nos bairros, muitas em estado precário de conservação.

A taxa de alfabetização entre as pessoas de 10 anos ou mais é de 92,3% enquanto a média nacional é de 87,2%. O município possui em relação ao ensino fundamental, 99 estabelecimentos municipais, 39 estaduais e 11 particulares. Quanto ao ensino fundamental médio, possui 12 estabelecimentos estaduais e 8 particulares. Possui ainda, 52 estabelecimentos municipais de educação infantil e 2 particulares; 3 de educação profissional (particular) e 7 estabelecimentos particulares de ensino supletivo. O número de alunos atendidos por modalidades de ensino totaliza 37.550 nos estabelecimentos estaduais, 30.155 nos municipais e 21.062 nos particulares, consolidando 88.767 alunos. Quanto ao ensino superior possui uma universidade e três faculdades.

O município de Caxias do Sul é constituído por seis distritos – Caxias do Sul, Fazenda Souza, Vila Seca, Vila Oliva, Santa Lúcia do Piaí, Criúva, além de cinco áreas administrativas – Forqueta, Ana Rech, Galópolis, Desvio Rizzo e Vila Cristina.

Em relação aos indicadores demográficos (Centro de Epidemiologia da SMS, 2003) da população, pode-se observar que vêm ocorrendo uma queda gradativa no coeficiente de natalidade geral na última década, de 17,45 em 1992 para 15,32 por 10.000 habitantes em 2002, mantendo-se a mortalidade geral por 1000 habitantes num patamar de redução (5,67 em 1992, 5,51 em 1996 e 5,3 em 2001). A expectativa de vida vem em crescimento gradual de 71,32 em 1992, 72,15 em 1996 e 73,94 em 2002.

O coeficiente de mortalidade infantil do município tem variado entre 11,90 (1990) e 14,34 (2002) na última década, observando-se um declínio mais acentuado nos óbitos pós-neonatal (de 28 dias a 1 ano, com 4,17 em 1990 e 4,07 em 2002), o que pode ser reflexo da melhoria das condições de vida e das ações em saúde empreendidas. Porém, conservam-se ainda altos os índices de mortalidade neonatal, o que reforça a necessidade de maior atenção e ações mais centradas no pré-natal, parto e recém-nascido.

O coeficiente de mortalidade materna em Caxias, decresceu de 50,45 em 1996 para 35,40 em 2002, ficando dentro de uma classificação de nível médio no ano no contexto nacional. O cruzamento de dados sobre os registros de mortes maternas (DataSUS) e nascidos vivos (IBGE) de 1980 a 1998 permite observar que, desde 1985, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil praticamente não vem mostrando alteração, mantendo-se ao redor de 50 por cem mil nascidos vivos.

As principais causas de óbitos infantis em 2002 foram as afecções originadas do período perinatal (58,02%) e as anomalias congênitas (13,58%), responsáveis por 73% do total de óbitos em menores de 1 ano. Com índices menores aparecem as doenças do aparelho respiratório (9,88%), doenças infecciosas e parasitárias (4,94%) e causas externas (8,64%).

Em relação as causas de mortalidade geral do município, destaca-se o grupo de doenças do aparelho circulatório, responsável por 30,09% dos óbitos, seguida pelas Neoplasias com 20,47%, causas externas, 13,72% e aparelho respiratório com 11,62%. Em relação às causas de internação hospitalar, segundo CID 10, pelo SUS no município de Caxias do Sul em 2002, gravidez, parto e puerpério, representam 16,81%; transtornos mentais e comportamentais, 14,61%; doenças do aparelho respiratório, 10,28%; doenças do aparelho digestivo, 9,53%; lesões por causas externas 8,62 %; doenças do aparelho circulatório 7,60%.

Assim, com relação à seus indicadores demográficos e epidemiológicos pode-se dizer que Caxias do Sul é a que apresenta índices que revelam, de uma forma geral, boa situação de saneamento ambiental, educação e de saúde.

4.2- Contextualização histórica e organizacional da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Caxias do Sul foi criada em 26 de setembro de 1988, pela Lei Municipal 3.269 (CAXIAS DO SUL, 1988) e passou a se chamar Secretaria Municipal da Saúde e do Meio Ambiente (SMSMA).

Em 16 de dezembro de 1997, pela Lei Municipal 4.778 (CAXIAS DO SUL, 1998), foi criada a Secretaria do Meio Ambiente sendo, assim, desmembrada da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Na década de 80, a questão saúde era atribuição do Estado (Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul). Em Caxias do Sul havia três postos de saúde administrados pela Secretaria Municipal da Habitação e Ação Social. Em 1987, foi elaborado o Primeiro Plano Municipal de Saúde (CAXIAS DO SUL, 1987) que tinha como foco a implantação de ações programáticas.

Anterior à criação da secretaria, em 1986, foi criada a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, substituída por um Conselho de Saúde, porém, não regulamentado por lei. O Estado era responsável pelo atendimento da rede básica por meio das Unidades Sanitárias sob a sua gestão e financiamento. A União mantinha a gestão e o financiamento dos serviços do Posto de Assistência Médica (PAM) responsável por diversas especialidades.

Quando a Secretaria Municipal da Saúde foi criada, tinha como atribuições:

- administrar as verbas recebidas por convênios do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS);
- realizar atividades de apoio como manutenção, aquisição de materiais, medicamentos, etc.;
- ampliar a rede básica;
- suprir a rede com os recursos humanos necessários.

A partir da promulgação da nova Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 1988), da lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080 (BRASIL, 1990a), de 19 de setembro de 1990, da Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), de 28 de dezembro de 1990, e da implantação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), as quais regulamentaram os artigos de 196 a 200 da Constituição Federal (CF) que tratam da saúde, normatizando o papel da União, do Estado e dos Municípios, a Secretaria Municipal da Saúde precisou se reestruturar para atender às exigências legais, passando a desenvolver as funções atribuídas e preconizadas para ela com a finalidade de fazer frente às necessidades da população.

Em 1992 foi elaborado o Segundo Plano Municipal de Saúde (CAXIAS DO SUL, 1992) visando à municipalização dos serviços em saúde. O processo de municipalização foi então encaminhado para a avaliação da Secretaria de Estado de Saúde. Ainda em 1992 fatos importantes aconteceram:

1. Aprovação da Lei Municipal 3.875 (CAXIAS DO SUL, 1992a), de 15 de setembro, que autorizou a celebração de convênio entre o município e o Estado, visando implantar as diretrizes preconizadas pelo SUS;
2. Aprovação da Lei Municipal 3.871 (CAXIAS DO SUL, 1992b), de 22 de setembro que instituiu, no município, o Conselho Municipal da Saúde;
3. A partir de 11 de dezembro de 1997, entrou em vigor a Lei Municipal 4.770 (CAXIAS DO SUL, 1997) que dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde e revogou a lei anterior (Lei 3.939 (CAXIAS DO SUL, 1992c), de 16 de dezembro), que criou o Fundo Municipal de Saúde, atendendo às exigências das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a, 1990b).

Nesse período, a integração dos recursos humanos federais, estaduais e municipais não se efetivou na prática, apesar das tentativas de gerenciamento integradas. Os dados de morbimortalidade não foram sistematizados e centralizados. A Divisão do Meio Ambiente, atrelada à SMS, exercia somente atividades de fiscalização de denúncias. As Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica estavam sob a responsabilidade do Centro de Saúde, sob a gestão do Estado. Os serviços de Vigilância Nutricional e Alimentar eram precários: havia deficiência no suprimento de medicamentos e exames, inclusive os básicos para o pré-natal de alto risco.

A partir de 1994, o município assumiu o gerenciamento da rede básica de saúde, ainda sob a responsabilidade do Estado, por meio de uma gestão colegiada com a 5ª Delegacia Regional da Saúde. Nesse mesmo ano, a SMS assumiu a Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal.

Em 1995, a SMS qualificou o Plano Municipal da Saúde (CAXIAS DO SUL, 1995) e propôs um novo organograma que foi aprovado pelo Conselho Municipal da Saúde (CMS). Em agosto, o município manifestou interesse em assumir as responsabilidades das ações em saúde sob a condição da Gestão Incipiente, elencada na Norma Operacional Básica (NOB 1/93) do Ministério da Saúde. (BRASIL, 1993). No início de 1996, a Secretaria de Estado da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul aprovou a habilitação do município na Gestão Incipiente. O Estado e o município assinaram um termo de cessão do uso dos bens patrimoniais e recursos humanos, assumindo a responsabilidade do setor de vigilância à saúde, do controle e avaliação, e passou a gerenciar a rede pública estadual por meio de cessão.

No ano de 1997, foi encaminhado processo em busca da Gestão Plena do Sistema Municipal. O processo foi aprovado em junho de 1998, sob as condições da NOB 1/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), em razão do qual o município assumiu a responsabilidade pelas ações e serviços necessários à resolução de problemas de saúde da população em seu território, ou mediante pactuação regional. Essa responsabilidade está fundamentada no princípio da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), no seu artigo 196, que assegura a saúde à população e a oferta de serviços com qualidade e resolutividade.

Concomitante ao processo de municipalização, em 1997, toma posse na Prefeitura Municipal de Caxias do Sul, uma nova administração, que se propôs ao nível do Sistema Único de Saúde, realizar uma série de reformas que desenvolvesse o SUS no sentido dos interesses da população usuária. Para contribuir na construção deste objetivo, contratou assessoria do Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde, LAPA, vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP.

Essas reformas, pautadas no Plano Municipal de Saúde (CAXIAS DO SUL, 1997), fundamentaram-se em diagnóstico da situação da saúde e avaliação do funcionamento do SUS, realizados por meio da utilização de vários instrumentos e ferramentas como: oficinas de avaliação com as equipes diretivas dos serviços; fluxogramas analisadores de processos de trabalho; redes de petição e compromissos entre

os serviços; e instrumentos de coleta de dados aplicados a trabalhadores e organizações sociais representantes de usuários. Esses mecanismos possibilitaram identificar um quadro de evidências da realidade que apontou para as seguintes questões-problema:

- atenção assistencial centrada nas tarefas e nos procedimentos profissionais, e não, nas necessidades dos usuários (modelo de atenção médico-centrado, com dificuldades de interação interdisciplinar, privilegiando o enfoque curativo);
- baixa potência de efetividade/eficiência das ações;
- planejamento de ações e recursos centralizado, com a conseqüente inexistência de planos locais de saúde (apesar das peculiaridades locais e das tentativas de territorialização);
- dificuldades de vinculação da clientela aos serviços básicos de referência;
- avaliação dos serviços centrada na produtividade;
- relação profissional-usuário marcada pela impessoalidade, com dificuldades na captura das necessidades dos usuários e de sua valorização singular;
- deficiente compreensão do processo *saúde/doença* por parte dos profissionais (concepções e conceitos muitas vezes não consoantes à proposta assistencial do SUS);
- dificuldades de acesso dos usuários aos serviços;
- pouca responsabilização das equipes de saúde em relação à saúde da população de sua área de abrangência;
- inexistência de ações de vigilância à saúde na rede básica;
- concepções difusas sobre a missão da UBS e dos demais serviços de apoio, bem como dificuldades de interação entre eles.

Essa realidade fez emergir, entre outras, a necessidade não só de ampliar significativamente a oferta de serviços e de aumentar a sua resolutividade, mas também de definir claramente um projeto político-assistencial capaz de fortalecer o setor público de saúde e de garantir a efetiva concretização dos princípios do SUS.

A definição da nova proposta político-assistencial contemplou uma concepção “Em Defesa da Vida” baseada na proposta denominada de Modelo de Atenção em Defesa da Vida que foi originalmente elaborada pelo Laboratório de Planejamento (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, com o objetivo de organizar a rede básica viabilizando, na prática, as diretrizes do SUS. Esta proposta foi desenvolvida na década de 90 cujos princípios norteadores deste modelo são: a) Gestão democrática; b) Saúde como um direito de cidadania; c) Serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva, pautados na consolidação das diretrizes básicas do SUS. (SILVA, 1998).

Baseada nestes princípios, a SMS de Caxias do Sul define uma proposta que coloca como centro do sistema de saúde a rede básica e, a partir dessa rede (que é um lugar privilegiado), pensar a organização dos serviços e os seus fluxos articuladores, centrada nas necessidades dos usuários e nos seus diferentes coletivos loco-regionais. Trata-se de uma nova concepção de organização do sistema de saúde – um desenho circular, não mais piramidal como tradicionalmente vinha sendo concebida a hierarquização dos serviços, em que a logística do SUS e a lógica da atenção estavam fundamentadas a partir da sua *célula* principal – a UBS – unidade, na sua essência, mediadora de todo o sistema de saúde. O conceito de ação básica utilizado (nessa nova dimensão) compreende o conjunto de ações de vigilância à saúde (controle de riscos), de assistência (ações programáticas) e de acolhimento (atenção imediata). Dessa forma, a organização da rede assistencial em Caxias do Sul vem sendo pautada por essas premissas, e as estruturas e instâncias de gestão da Secretaria Municipal da Saúde têm atuado de forma a consolidar um sistema que tenha a UBS como centro e os demais serviços ambulatoriais e hospitalares, de média e alta complexidades, bem como os serviços que realizam atividades-meio, cumprindo o papel de apoio e retaguarda para que a rede básica concretize a sua missão.

Ainda, a SMS assumiu o desafio de reconstrução dos processos de trabalho com vistas a uma produção de cuidados, pautada na ênfase ao trabalho de equipe, por projetos terapêuticos interdisciplinares e pelo resgate da clínica com valorização das tecnologias das relações humanas, no sentido de garantir um acolhimento mais humanizado da clientela, o acesso a serviços mais resolutivos, o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com clara definição de responsabilidades, a organização de fluxos mais eficazes entre os serviços dos diferentes níveis de atenção e o pleno exercício do controle social. (CAMPOS, 1992; CAMPOS, 1994b; CECÍLIO, 1994; MERHY; ONOCKO, 1997; CECÍLIO, 1997; MERHY, 2002). Paradigmas esses do modelo de atenção, que, associados a um outro conjunto de princípios de gestão, como: a descentralização político-administrativa, concretizada pelo gerenciamento por territórios sanitários e pela elaboração de planos locais de saúde; a democratização da gestão com controle social exercido pelos Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde; e a existência permanente de instâncias e espaços colegiados de decisão (CAMPOS, 2000) podem gerar uma nova organização de toda a rede estratégica. Uma organização que passa a valer-se das ações dos microespaços das práticas vividas e das necessidades sentidas da população, de responsabilidade dos serviços de saúde, para se reconstruir num novo desenho de funcionamento – um novo mapa de ações e serviços com novos pactos de fluxos – uma organização, enfim, que emana das próprias realidades assistenciais locais.

Colocar em prática essas concepções exigiu o desencadeamento de dispositivos e arranjos institucionais para implantar uma nova forma de produzir e gerenciar o cuidado em saúde. Foram criadas, em 1998 e 1999, novas estruturas gerenciais e funcionais; definidos 14 territórios de saúde (para 37 UBS) com gerenciamento local; foram reformadas, ampliadas e construídas (com novo porte de 600m²) diversas UBS, qualificando as instalações físicas; instituídos os planos locais de saúde; implantado um complexo de serviços de apoio diagnóstico e um hemocentro regional; implementado o serviço de pronto-atendimento e o centro especializado de saúde; ampliado o número de leitos hospitalares e os serviços de diagnose e terapia de maior complexidade; aumentados significativamente os recursos humanos (de 435 para 806 trabalhadores em saúde). No âmbito da gestão e democratização do SUS, foram criadas novas instâncias de gestão colegiada: Colegiado Gestor (constituído pelas coordenadorias, pelos gerentes dos serviços

e pela secretária municipal da Saúde); Grupo de Direção Estratégica (Secretária municipal da Saúde, Assessorias e Coordenadorias); Colegiados Gestores Internos dos Serviços (trabalhadores indicados em cada unidade de produção); e Conselhos Locais de Saúde, compostos por trabalhadores e usuários. (CAXIAS DO SUL, 1997; 1998; 1999; 2000; 2001). Cabe ressaltar que nesse processo foi criado, em maio de 1998, o cargo de gerente de Unidades Básicas de Saúde com nomeação de treze gerentes havendo por parte do nível central da SMS – Caxias do Sul a definição de um perfil mínimo deste agente, que deveria ser um profissional de nível superior, com disponibilidade de uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, tendo preferentemente alguma experiência em gerenciamento e que aceitasse o desafio de implementar a missão que foi concebida para a UBS. Esses dispositivos e arranjos institucionais conformaram uma organização da SMS explicitada a seguir.

4.2.1- Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul

A SMS, na sua estrutura básica organizacional, é constituída pelas seguintes coordenações: de Planejamento; de Administração; de Gestão de Atenção à Saúde; de Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria; de Vigilância à Saúde; de Controle Orçamentário e Financeiro; de Recursos Humanos e Direção Executiva, conforme organograma (Anexo 5).

Essa distribuição organizacional é recente, pois ocorreu a partir dessa mudança após a adesão do município ao Programa de Saúde da Família, o que gerou algumas mudanças estruturais na secretaria, necessárias à gestão dos serviços. As atribuições do Serviço de Vigilância Ambiental foram transferidas à Secretaria Municipal do Meio Ambiente, aprovada pela Câmara Municipal de Vereadores na Reforma Administrativa em razão da Lei 5.959, de 16 de dezembro de 2002. (CAXIAS DO SUL, 2002a).

As ações em saúde são financiadas pelo repasse de verbas das instâncias federal e estadual, além das receitas próprias do município. Cada município é responsável pelo direcionamento das verbas destinadas à saúde, observando o Plano Municipal da Saúde, o Conselho Municipal da Saúde, priorizando as reais necessidades e o planejamento de intervenções para resolução das mesmas.

Segundo o Plano Municipal da Saúde (CAXIAS DO SUL, 2002b), a rede própria de saúde está distribuída em 14 territórios e é composta de:

- 38 UBS (33 UBS na zona urbana e 5 UBS na zona rural do município);
- um centro especializado em saúde;
- um serviço de pronto atendimento 24 horas;
- um central de exames complementares;
- um hemocentro regional;
- um serviço de ambulância 24 horas;
- três serviços de saúde mental.

A rede contratada de uma forma geral, é composta de:

- dois hospitais gerais (395 leitos SUS);
- um hospital psiquiátrico (380/SUS + 40/convênio);
- serviços de diagnóstico e terapia de média e alta complexidades (aproximadamente 40 unidades assistenciais).

A Secretaria Municipal da Saúde é o órgão responsável pelo planejamento das ações em saúde do município, a partir do secretário municipal da Saúde e do Colegiado Gestor (composto de coordenadores da área e de gerentes dos serviços em saúde), tendo a função de executar as decisões aprovadas pelo Conselho Municipal da Saúde (CMS), órgão criado no município em 22 de setembro de 1992. (CAXIAS DO SUL, 1992b). O CMS, na sua composição, segue a orientação da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), com representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), o que permite a participação plena da sociedade no planejamento, na execução e na fiscalização dos programas em saúde e de representantes do governo.

A SMS é responsável pela atenção à saúde em três níveis: a) na atenção básica estão as UBS; b) na média e alta complexidades ambulatoriais (Unidades de Atendimento Especializado, Complexo Centro a Vida); e c) na média e alta complexidades hospitalares (hospitais).

Atenção básica

Com a reorganização do processo de trabalho com vistas ao modelo técnico-assistencial em *defesa da vida*, o planejamento passa a ser feito em nível local, nas UBS, de forma ascendente, na sua área de abrangência. A organização dos serviços é feita de acordo com as necessidades dos indivíduos, que são diferentes de pessoa para pessoa, que são singulares e representadas sociologicamente pelo *sofrimento*.

As UBS participam diretamente da elaboração do diagnóstico de saúde da população (Plano Local de Saúde), da sua área de abrangência, interagindo com os atores sociais e comunidades envolvidas, como também no desenvolvimento de ações de cura e medidas de controle, necessárias à proteção e à promoção da saúde pública e à redução dos agravos.

Também identificam, notificam, fiscalizam e controlam fatores determinantes e condicionantes das saúdes individual e coletiva, incorporando ações de vigilância à saúde, respeitando as normas do SUS vigentes e incluindo ações educativas em saúde, de forma a assegurar a democratização da assistência e o conhecimento da população.

No âmbito das ações programáticas, são incluídas as referentes à saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da saúde mental do trabalhador, da saúde bucal, da prevenção e do controle da Aids, DSTs, hanseníase, tuberculose, diabetes, hipertensão, e de todas as demais que se fizerem necessárias, mas dentro de uma proposta de planejamento, implementação e avaliação das ações por ciclo vital, conforme preconizado no Protocolo de Ações Básicas em Saúde do município. O PACS também tem por objetivo aumentar a cobertura da atenção básica à saúde e à resolutividade dos serviços de sua abrangência.

No novo modelo assistencial, o pronto-atendimento às urgências de menor complexidade passa também a ser função da rede básica de saúde, que oferece, no seu horário de funcionamento, os primeiros cuidados de urgência às pessoas que deles necessitarem.

O serviço central de pronto-atendimento 24 horas, que presta atendimento em situações de urgência, realiza atendimentos de maior complexidade, se constituindo também num serviço de apoio à rede nos horários que extrapolam o funcionamento das UBS, como à noite, em feriados e finais de semana.

Média e alta complexidades ambulatoriais

A resolutividade das ações desenvolvidas na rede básica de saúde depende da adequada retaguarda de serviços de maior complexidade, com uma eficiente e necessária incorporação tecnológica.

O acesso a esses serviços de maior complexidade está sendo garantido pela implementação do Centro Especializado em Saúde; formalização do convênio com o Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul; ampliação das atividades da Central de Exames Complementares no Complexo Centro à Vida, que compreende os serviços de Patologia Clínica, Radiologia, Ultra-sonografia, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Monitoramento Fetal e outros; pelo Hemocentro de Caxias do Sul (Hemocs) no Complexo Centro à Vida que supre as necessidades de hemoterapia em nível ambulatorial e hospitalar; pela complementação da rede pública, da rede privada e da regularização da relação mediante contratos; pelo comprometimento de todos esses serviços, sejam eles públicos ou privados, com o modelo tecnoassistencial proposto. Os serviços objetivam atendimento eficaz e também viabilizar o retorno do usuário à sua UBS, bem como encaminhá-lo a outros serviços de maior complexidade quando necessário.

Média e alta complexidades hospitalares

Neste nível de atenção foi proposto um atendimento hospitalar que privilegie a ética pela ótica do usuário. Portanto, não de ser repensadas desde a acolhida do paciente, às relações estabelecidas no transcorrer da sua permanência no serviço hospitalar, bem como

no momento da alta hospitalar, do seu devido encaminhamento às UBS e Unidades de Referência Secundária, ou seja, propõe-se. É defendido, na instituição hospitalar, o atendimento interprofissional, no qual as equipe da saúde se responsabilizam pela integralidade ao atendimento prestado ao paciente, respeitando os preceitos éticos que permeiam os vários profissionais envolvidos nessa relação.

Quanto à regionalização da rede básica, o município instituiu, em julho de 1996, o Plano Físico Urbano que estabelece normas de organização e ocupação do espaço urbano, orientando a construção da cidade. Esse plano foi formulado com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população do município que vem crescendo desordenadamente, propiciando o seu desenvolvimento econômico e social considerando duas premissas fundamentais: equilíbrio entre o meio físico natural e a ocupação urbana; e a harmonização das relações entre as diferentes atividades urbanas. As suas diretrizes visualizam a definição do espaço urbano a partir da ocupação existente, da demanda do crescimento e da necessidade de densificação, buscando viabilizar a implementação da infra-estrutura de serviços com o estabelecimento de limites aptos à identificação. (CAXIAS DO SUL, 1997a).

Assim sendo, o novo Plano Físico Urbano prevê a descentralização e o escalonamento urbano com a definição de novos centros setoriais de comércio e de prestação de serviços, com a divisão da cidade em unidades de planejamento e administração, orientando todas as ações administrativas. Acompanhando o processo de descentralização, entre outros aspectos, foi modificada a organização da estrutura viária de circulação urbana, hierarquizando dimensões e funções, de forma a melhorar o acesso às diferentes atividades urbanas incluídas, nessas, o acesso a UBS.

É no novo contexto da setorização do município, atendendo aos preceitos do Plano Físico Urbano de Caxias do Sul, que foi e está sendo planejada e orientada a infra-estrutura dos serviços em saúde. Em estudo integrado com o órgão central de planejamento municipal, a Secretaria Municipal da Saúde passou a reavaliar a atual rede básica da saúde instalada, com o objetivo de integrar a proposta de regionalização do SUS às novas premissas, considerando a possibilidade de racionalização dos serviços já existentes e as necessidades de implementação e expansão. Essa nova diretriz, somada à

proposta do novo modelo técnico-assistencial para o SUS municipal, aponta a necessidade de reexaminar, à luz das nove unidades de planejamento da administração municipal, a área de abrangência de cada serviço da saúde, o seu contingente populacional, as possibilidades de acesso e a sua capacidade físico-operacional.

O novo modelo tecnoassistencial em *defesa da vida*, institui uma nova lógica de atenção assistencial centrada nas necessidades da população. Nessa linha, o setor não é o centro, pois novos espaços de atenção e gestão em saúde são gerados dentro de cada setor sanitário, constituindo-se esses nos territórios-processo de vida social e da saúde sob a responsabilidade de uma equipe da saúde vinculada a uma unidade básica assistencial. O novo modelo também transcende a visão tradicional da prática em saúde centrada em programas, para incorporar todas as ações de promoção, prevenção e cura em saúde individual e coletiva, inclusive a responsabilidade de assistência no âmbito do pronto-atendimento e as ações de vigilância à saúde.

Considerando essa nova base conceitual de espaço sanitário no novo modelo de atenção, alteram-se as características das UBS e os padrões e os critérios de expansão da rede que foram anteriormente estabelecidos, e que se deram ao acaso de decisões políticas isoladas, e/ou de acordo com o maior ou menor poder reivindicatório das comunidades. As novas premissas indicaram a necessidade de ampliar o porte físico das UBS (para, aproximadamente, 350m² a 500m²), o horário de atendimento (12h/dia) e a capacidade operacional e de recursos humanos, ampliando a oferta dos procedimentos básicos médicos e de enfermagem, as ações para o pronto-atendimento e vigilância à saúde. Além disso, e, principalmente, garantir acesso a um contingente maior de usuários, diferentemente da idéia de pulverizar a rede, qualificando e otimizando os serviços.



Figura 2- Setorização do município de Caxias do Sul, conforme plano físico urbano de julho de 1997

Fonte: Secretaria de Planejamento – Prefeitura Municipal de Caxias do Sul – 1997.

O modelo tecnoassistencial proposto também exigiu o desenvolvimento de uma política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde. Existia um déficit quantitativo, o que determinou uma reestruturação da secretaria com proposta de ampliação e implementação de recursos humanos, inicialmente mediante a contratação em caráter emergencial, seguida de concurso público. Com efeito, houve uma implementação no quadro de recursos humanos, tanto para a estruturação interna como para colocar em funcionamento serviços essenciais como o Complexo Centro a Vida, que contempla a Central de Exames Complementares, o Hemocentro Regional, o Pronto-Atendimento 24 Horas, a Central de Leitos, o Serviço de Ambulâncias e a Central de Marcação de Consultas Especializadas, além de cobrir lacunas existentes na prestação dos serviços em saúde na rede básica e em unidade especializada; para desenvolver o controle e avaliação de todo o Sistema Municipal da Saúde, implantar o serviço de vigilância sanitária, vigilância à saúde do trabalhador e programa de saúde mental.

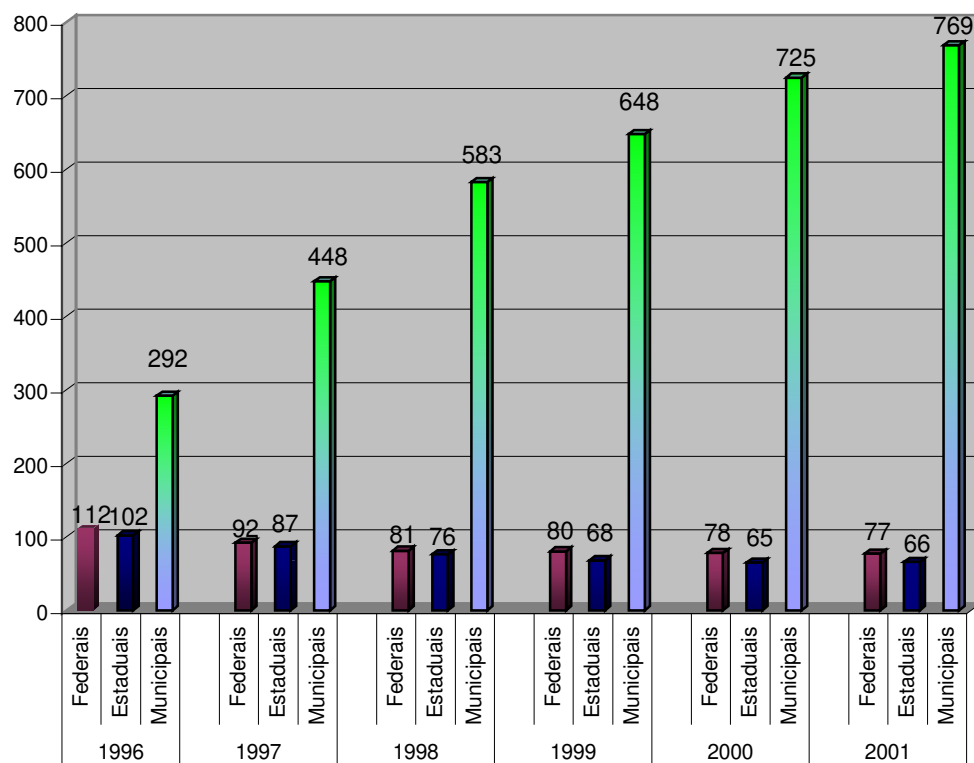


Gráfico 1- Evolução do número de trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde

Fonte: Núcleo de Desenvolvimento de Recursos Humanos – Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul – 2002.

Pelo gráfico é possível observar um incremento bastante grande na contratação de trabalhadores pela Secretaria Municipal da Saúde desde 1996 à 2001, com um acréscimo geral de 81% no total de servidores, sendo que o número de servidores municipais nomeados por concurso representou um acréscimo de mais de 160% nesse período.

No campo da gestão foi estabelecida a necessidade de organizar um sistema democrático com participação e informação ampla e disponível a todos os interessados, capaz de fazer frente ao novo modo de produzir saúde. Para tanto, fez-se necessário superar a estrutura centralizada e burocrática, instituindo uma estrutura gerencial horizontalizada local, aumentando a sua autonomia por meio da descentralização administrativo-financeira.

O diagnóstico em saúde, antes centralizado e centrado nos indicadores epidemiológicos, passa a ser de responsabilidade local, contemplando os três saberes envolvidos: o epidemiológico, o do usuário, e o dos trabalhadores da saúde. O planejamento também é elaborado em nível local, de forma ascendente, com a participação direta das equipes locais da saúde, dos usuários e dos Conselhos Locais da Saúde.

Esse novo processo de trabalho implicou em um novo contrato de gestão com os recursos humanos (*recontrato*), que envolveu uma nova negociação de trabalho, integrando os compromissos e as condições necessárias. Nesse sentido, para o gerenciamento em nível central da Secretaria Municipal da Saúde, foi implementado o Conselho Gestor – instância máxima na SMS – é constituído pelo Grupo de Apoio à Gestão (que é o apoio aos gerentes das UBS), pelas coordenações da SMS e pelos gerentes e diretores de serviços de toda a rede SUS. Em cada um dos serviços locais, foi constituído um Colegiado Gestor Local, que tem a responsabilidade nas tomadas de decisão nos seus respectivos níveis. O Colegiado Gestor de cada serviço é formado pelo gerente e/ou diretor e pelos trabalhadores locais, indicados pelos seus pares.

O controle social em Caxias do Sul é realizado pelo Conselho Municipal da Saúde, no âmbito do município, e pelos Conselhos Locais da Saúde, na área de abrangência dos serviços básicos da rede (UBS). O conselho representa, hoje, uma nova proposta de organização do Estado. Essa organização prevê a participação direta da população, estabelecendo novas relações entre comunidade, governo, profissionais da saúde e serviços em saúde. Foi criado pela lei 3.871, de 22 de setembro de 1992, com o objetivo de efetivar a participação da comunidade na gestão do SUS.

A organização e as normas de funcionamento do Conselho Municipal da Saúde de Caxias do Sul foram definidas em regimento interno, elaborado pelo próprio conselho, num prazo de 60 dias após sua instalação. Quanto à composição, atualmente, o Conselho Municipal da Saúde conta com 36 membros com a seguinte representação:

- do governo municipal: um representante da Secretaria Municipal da Saúde, um representante da Secretaria Municipal da Educação e Cultura, um representante do Serviço Autônomo Municipal de Água e Esgoto – Samae, e um representante da Secretaria Municipal da Fazenda.

- do governo estadual e do governo federal: um representante da Secretaria de Estado da Saúde e Meio Ambiente, um representante da Subdelegacia do Ministério do Trabalho e da Previdência Social, um representante do Ministério da Saúde, um representante da Secretaria de Estado da Educação.
- dos prestadores de serviços: um representante da Universidade de Caxias do Sul, um representante dos prestadores filantrópicos contratados pelo SUS, um representante dos prestadores privados, um representante dos profissionais da saúde, um representante do Sindicato dos Médicos, um representante da seção local da Associação Brasileira de Enfermagem, um representante da Associação dos Psicólogos da Região Nordeste, um representante do Sindicato dos Assistentes Sociais, um representante do Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde, um representante do Sindicato dos Odontólogos, um representante das entidades de representantes dos trabalhadores do SUS.
- dos usuários: dez representantes de Distritos Sanitários, cinco representantes do Sindicato dos Trabalhadores Urbanos, um representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, um representante da Associação dos Aposentados e Pensionistas, um representante do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (Comdica).

Em 1999, para ampliar a participação da população, a Administração Municipal e o Conselho Municipal da Saúde propuseram a criação dos Conselhos Locais de Saúde, num total de 14, efetivando-os em parceria e de acordo com a normatização do SUS. São formados por usuários da comunidade local e por profissionais da saúde. Têm função deliberativa, fiscalizadora e atuam em território delimitado (na área de abrangência), da Unidade de Saúde. Têm como atribuições: conhecer a realidade, os problemas e os riscos de saúde da área de abrangência e o trabalho da Unidade Básica de Saúde; discutir com a população usuária, a administração e os trabalhadores da saúde um plano operacional de trabalho da unidade, estabelecendo a organização das ações a serem desenvolvidas visando atender às necessidades prioritárias da população com metas a serem alcançadas; discutir e

propor os recursos humanos, materiais e condições de trabalho para o cumprimento do plano de ação; avaliar e fiscalizar o cumprimento de metas, detectar irregularidades e problemas e propor soluções; propor a formação e a capacitação dos trabalhadores da saúde para a execução de ações; discutir o plano de gastos dos recursos financeiros do SUS; buscar e cobrar informações dos Conselhos de Saúde (distrital, municipal, estadual e nacional) da Secretaria da Saúde e de outros órgãos competentes.

4.3- Desenvolvimento gerencial: um processo em construção

4.3.1- Demanda por desenvolvimento gerencial

É possível perceber que esse período (1997 a 1998) foi marcado por grandes investimentos para estruturação do SUS como ampliação da oferta de serviços e qualificação da rede estratégica, não só para o Município de Caxias do Sul, mas também para a região do conjunto dos demais municípios vinculados à Programação Pactuada e Integrada (PPI) de acordo com a NOB 01/96-MS (BRASIL, 1997), e que a melhoria da assistência que foi sendo implementada tem conseguido aumentar significativamente o acesso dos usuários aos serviços de saúde, conferindo ao SUS uma outra realidade, contrastando significativamente com o quadro conjuntural anterior à gestão plena, marcado pela escassez de ações e serviços; pelo baixo poder regulador no mercado; e pela falta de uma estrutura mínima de gestão.

Entretanto, apesar dos esforços investidos, o momento em questão evidenciou a dificuldade do município em imprimir, na prática, a missão ampliada que foi concebida para a UBS, ou seja, o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde, de assistência e de pronto-atendimento (“porta aberta” para todos e para todas as ações), de acordo com os princípios do modelo tecnoassistencial e de gestão proposto. (CAXIAS DO SUL, 1997). Os principais nós críticos dessa problemática estão relacionados, de um lado, ao aumento da demanda por atendimento imediato e, de outro, às dificuldades de as equipes reorientarem seus processos de trabalho na direção da ação interdisciplinar, do incremento das tecnologias (MERHY; ONOCKO, 1997) ligadas às relações humanas (tecnologias leves), e da sistematização de ações programáticas de vigilância à saúde.

Outro conjunto de problemas referiu-se aos recursos humanos, destacando-se: a necessidade de ampliação das equipes; a relativa adesão dos profissionais com o projeto político-assistencial, talvez por esse exigir um novo patamar de responsabilidades em relação à saúde dos usuários; e o perfil de formação profissional que nem sempre é compatível com o modelo proposto. Ainda, entre outros fatores, somaram-se as dificuldades dos gerentes de elaborar um plano de saúde capaz de impulsionar as mudanças pretendidas nas práticas de saúde, bem como de gerenciar os processos de trabalho interdisciplinares de suas equipes.

A necessidade de transformar essa realidade determinou uma série de dispositivos institucionais voltados a auxiliar os dirigentes a gerenciar o processo da produção do cuidado na rede básica e, nesse sentido, tornar possível, a partir dessa rede (que é um lugar privilegiado) pensar a organização dos serviços e seus fluxos articuladores, centrada nas necessidades dos usuários e nos seus diferentes coletivos loco-regionais. (CAXIAS DO SUL, 1998).

Um desses dispositivos, para produzir as mudanças necessárias, se constituiu num processo de desenvolvimento gerencial (CLAUS; CAPRA, 2000a; 2000b) que teve como objetivo fortalecer a capacidade de gestão dos territórios de saúde, com vistas a reorganizar o sistema público de saúde a partir da rede básica e pela implantação de um novo modelo técnico-assistencial centrado nas necessidades do usuário individual e coletivo. Além disso, estabeleceu como objetivos específicos:

1. fortalecer o espaço de gestão da rede básica no âmbito institucional do SUS;
2. possibilitar espaços e encontros coletivos no sentido de qualificar os sistemas de co-gestão entre as instâncias gestoras e as de apoio à rede básica;
3. avaliar o grau de capilaridade que a nova proposta do protocolo das ações básicas de saúde tem acelerado com as equipes interdisciplinares e os processos de gestão;
4. mapear a situação atual do trabalho desenvolvido nas UBS;

5. identificar os nós críticos obstaculizadores do cumprimento da missão das UBS e apontar novas estratégias para a superação das dificuldades identificadas;
6. ampliar a caixa de ferramentas dos gestores da rede básica e/ou potencializar habilidades para o seu manejo;
7. potencializar a capacidade gerencial dos dirigentes da saúde no que se refere à proposta assistencial e à gestão do cuidado;
8. desencadear novos processos reflexivos com as equipes locais da saúde, com vistas à qualificação dos planos locais de saúde e dos processos de trabalho.

Para atingir esses objetivos foram implementadas estratégias sucessivas que carregaram em si o desejo de se constituírem, por meio do trabalho gerencial, em mais uma alavanca agenciadora de movimento instituinte de mudanças no campo da atenção e da gestão do SUS em Caxias do Sul.

Um primeiro movimento em relação ao processo de desenvolvimento gerencial ocorreu por meio da discussão sobre a reorganização do modelo de assistência a partir das diretrizes operacionais de Acesso, Acolhimento, Vínculo/Responsabilização e Resolutividade. No final do ano de 1998, a primeira ação executada pelos gerentes de UBS, teve como objetivo apreender a forma como operava o trabalho na produção de saúde, analisando os processos de trabalho inseridos na *cadeia produtiva* de cada UBS. Para esta análise foi usado o *Fluxograma Descritor* como ferramenta que poderia capturar o processo de trabalho e identificar os “nós críticos” existentes, oferecendo assim elementos necessários para uma avaliação dos serviços e apoio ao planejamento. (MERHY; ONOCKO, 1997; FRANCO; MERHY, 1998). Esta análise demonstrou um processo de trabalho centrado no saber e na pessoa do médico, tendo-o como estruturante do trabalho das outras categorias, resultando disso a baixa oferta de serviços, pouca resolutividade e sobretudo, relações burocratizadas entre os trabalhadores e destes para com os usuários. Revelou ainda que, haviam trabalhadores que desenvolviam uma certa “ação cuidadora” aos usuários, micro processos instituintes que rompiam com as práticas tradicionais, inaugurando um novo modo de realizar a assistência. Contudo, estes processos não tinham potência para mudar a situação vigente.

Os debates realizados em torno do fluxograma descritor, além de analítico, foi propositivo no sentido de formular a idéia de que, a ação mudancista em relação ao modelo assistencial, deveria fortalecer as práticas instituintes, através de novos dispositivos, potencializando-as para a inversão do modelo tecnoassistencial.

Uma segunda ferramenta utilizada para contribuir nesta análise foi a “Rede de Petição e Compromissos” realizada entre as Unidades Assistenciais. Foram realizadas oficinas com a presença das Unidades que deveriam realizar compromissos de serviços entre elas mesmas. Desta forma, além de verificar os ruídos existentes na relação entre cada unidade assistencial, no mesmo evento, eram realizados os pactos entre os gestores destas Unidades, buscando assim a solução para os problemas existentes.

Após as avaliações realizadas com auxílio destas duas ferramentas, seguiu-se um processo de discussão, para construção das ações que deveriam levar à inversão do modelo assistencial, e implantação das diretrizes operacionais aqui citadas. O primeiro debate aconteceu em torno do acolhimento e vínculo. O acolhimento, foi concebido como dispositivo de mudança dos processos de trabalho e por consequência do modelo assistencial. Envolve de um lado um ideário sistematizado na humanização da assistência, e por outro lado, um arsenal técnico que deve ser acionado para realizar esta mudança. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Os resultados esperados com o acolhimento dizem respeito, quanto à reorganização dos processos de trabalho, sobretudo, à maior inserção dos profissionais não médicos na assistência, à realização de trabalho multidisciplinar, ao maior grau de liberdade para o trabalho vivo em ato (MERHY; ONOCKO, 1997) se manifestar com toda sua potência na produção da saúde. Em grande medida, foi esperada maior oferta de serviços, resolutividade e satisfação dos usuários. A implantação do acolhimento aconteceu de forma gradativa, inicialmente em apenas uma UBS e posteriormente, ocorreu adesão de outras UBS.

Simultaneamente à implantação do acolhimento, foi discutida a possibilidade de implantação do vínculo/responsabilização. Este modelo deveria seguir a idéia de adscrição de clientela a equipes de referência nas UBS (CAMPOS, 1992). Esta clientela a ser adscrita, prevê um número de aproximadamente 2.000 pessoas para cada equipe, distribuídas por faixas etárias. Cada equipe é composta por médico, enfermeira e auxiliar de

enfermagem, como responsáveis pela *produção do cuidado* (MERHY, 1998a) a estas pessoas. Foi realizado inicialmente um cálculo técnico, cruzando dados do contingente de trabalhadores de saúde e usuários (por faixa etária e sexo). Este primeiro estudo concluiu que haveria recursos humanos em número suficiente para implantar o vínculo na área de pediatria, não havendo possibilidade, naquele momento, de implantação na clínica médica e gineco-obstetrícia. Portanto, o Grupo de Direção Estratégica, em conjunto com o GAG, tomou a decisão de implantar o acolhimento e vínculo/responsabilização inicialmente na pediatria.

Todo o processo de encaminhamento, foi discutido e organizado em planilhas de planos operativos, usados como ferramenta de ajuda, para a equipe realizar as ações necessárias para o desenvolvimento do projeto. Nestes momentos de planejar a ação dos atores protagonistas do projeto, foram utilizados em grande medida os referenciais do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus (1993).

Outra questão foi objeto de discussões e planejamento da ação do GDE / GAG / Colegiado Gestor, a implantação das Ações Programáticas. Essas foram pensadas como uma das formas de operar o cuidado, utilizando essencialmente de promoção e prevenção à saúde, direcionadas a grupos de risco. Foi proposto que estes programas fossem trabalhados de modo não burocrático, com trabalho centrado nas tecnologias leves / leve-duras e que poderiam complementar a ação do acolhimento na assistência à saúde. Sua operacionalização foi pensada como parte da estratégia de mudança do modelo assistencial. Dando início a sua implementação, foi providenciada a elaboração dos protocolos das ações básicas, através de um grupo técnico multiprofissional, a ser explicitado posteriormente. A formulação destes protocolos, foi palco de disputas em torno das atribuições de cada profissional, que refletiam o grau de cristalização das concepções do processo de trabalho tradicional e aquele que se insurgia, a partir das concepções do acolhimento.

Todo esse processo envolveu o objetivo de mudança do modelo assistencial, por meio da intervenção ao nível da micropolítica da organização do trabalho para a produção da assistência. Ao mesmo tempo, houve a preocupação constante de acumular conhecimento em torno de tecnologias de gestão. Isto ocorreu por meio de discussões com o corpo gerencial da SMS, bem como, pela utilização de ferramentas analisadoras, planos

operativos e a montagem de dispositivos analíticos durante os momentos de reflexão e planejamento do GDE/GAG.

A implementação dessas ações propostas desencadeou um processo de desenvolvimento gerencial que se constituiu em três estratégias:

- Primeira estratégia: elaboração do Protocolo de Ações Básicas em Saúde: Uma Proposta em Defesa da Vida;
- Segunda estratégia: sensibilização das equipes da saúde sobre a produção do cuidado nos ciclos vitais; e
- Terceira estratégia: capacitação gerencial.

4.3.2- Estratégias de desenvolvimento gerencial

Primeira estratégia - o processo de elaboração do Protocolo de Ações Básicas em Saúde: uma proposta em defesa da vida (CLAUS; CAPRA, 2000a):

O protocolo é um livro de 490 páginas, que foi construído por um grupo de técnicos da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul, que já está concluído e editado, em fase de implementação no município.

É um documento que explicita toda a proposta tecnoassistencial municipal, se constituindo num subsídio técnico visando especialmente à orientação sobre o que é necessário ser feito em atenção básica. É, também, um dispositivo importante no agenciamento das transformações pretendidas pelo SUS em Caxias do Sul, por pautar uma nova lógica da dimensão do cuidado – a de conceber a saúde como um direito de cidadania – e de conceber novas formas de organizar e operar as práticas de saúde. Nesse sentido, o *protocolo* pretende, essencialmente, além de seus objetivos específicos (ordenar as ações básicas de saúde; unificar condutas; qualificar tecnicamente as equipes de saúde; identificar as necessidades de capacitação dos trabalhadores em saúde; institucionalizar a consulta de enfermagem; criar um sistema de avaliação de indicadores e de desempenho da rede básica

de saúde), ser uma ferramenta gerencial potente para subsidiar a implementação e a qualificação das ações básicas de saúde, com enfoque centrado na necessidade do usuário e no trabalho interdisciplinar.

O documento foi concebido a partir do entendimento de que as práticas de saúde podem acontecer de uma forma diferente daquela concepção tradicional dos programas de saúde, cuja lógica está pautada à luz restrita dos fatores de risco identificados pelos indicadores epidemiológicos que estabelecem normas e condutas operacionais às equipes da saúde, muitas vezes rígidas e verticalizadas, transformando a assistência em programas-fim em si mesmos. Melhor dizendo, uma forma de operar que parece não ter conseguido, por si só, dar conta dos problemas do processo saúde/doença.

É possível pensar um outro enfoque das ações básicas de saúde na dimensão da produção do cuidado em defesa da vida, norteado por uma concepção de saúde, que incorpora os determinantes sociais e coletivos, mas que também ressalta a importância da singularidade do indivíduo, tomado como sujeito de sua própria condição de saúde e, portanto, capaz de autonomizar-se no seu processo histórico de vida. Enfoque norteado, também, por uma organização dos serviços de que trata a UBS como centro do sistema que opera um processo de trabalho que toma como objeto às necessidades, entendidas como direitos da população, seu sofrimento e doença e que, portanto, exige uma intervenção interdisciplinar (trabalho de equipe).

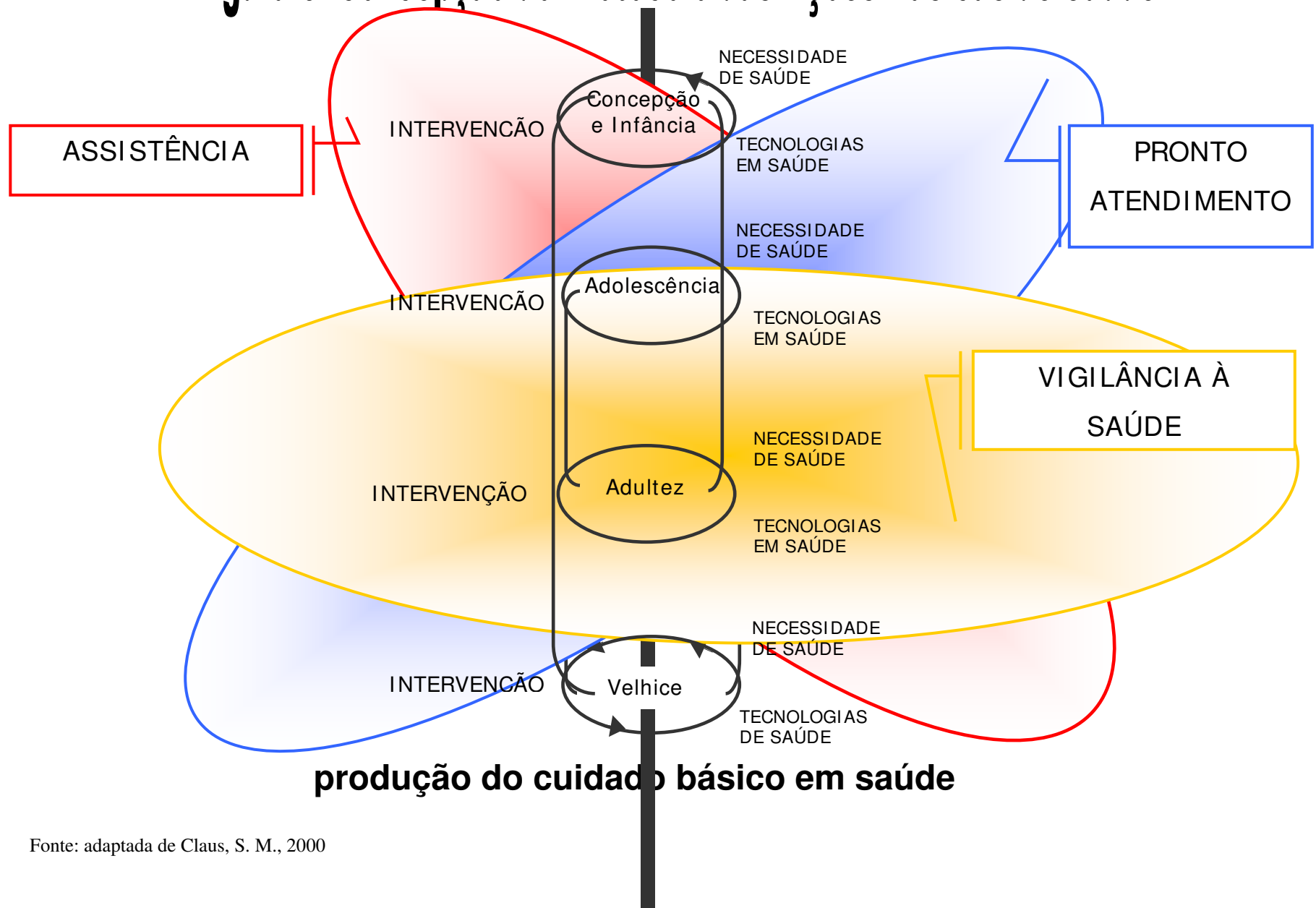
Para a elaboração do *protocolo* foi constituído um grupo de profissionais da Coordenadoria de Planejamento da Secretaria Municipal da Saúde – referências técnicas da gineco-obstetrícia, da pediatria, da enfermagem, da odontologia, da nutrição, do serviço social, e da saúde mental – e mais um representante de cada categoria profissional, indicados pela rede básica, incluindo a área de medicina geral comunitária e auxiliar de enfermagem, totalizando quinze representantes. Esse grupo reuniu-se semanalmente, num dos turnos de trabalho, no período de fevereiro a outubro de 1999. A metodologia utilizada contemplou momentos de dispersão, nos quais foram desenvolvidos assuntos temáticos por determinadas categorias profissionais (subgrupos) indicadas pelo grupo e momentos de concentração (encontros semanais) onde os subtemas foram examinados e consensados por todos os participantes. O grupo participou da construção de todas as partes constitutivas da

estrutura e do conteúdo do documento. Essa construção utilizou como base conceitual os princípios do modelo tecnoassistencial “Em Defesa da Vida”: o acesso e acolhimento que implicam garantir o acesso imediato aos serviços de saúde e aos recursos tecnológicos necessários para a defesa da vida, significando a “escuta clínica qualificada”, solidária, responsabilizada e comprometida a qual permite aos usuários se organizarem como sujeitos. (MERHY; ONOCKO, 1997). O vínculo e a responsabilização que significam uma relação em que o usuário se vincula a uma determinada equipe que tem o entendimento de que é responsável pelos seus pacientes/usuários e pela integralidade da atenção que lhes é dispensada, ou seja, uma prática clínica ampliada e de qualidade que utiliza, no ato de ajuda terapêutica, como recurso maior a relação humanizada profissional/equipe e usuário. (CAMPOS, 1997). A responsabilidade sanitária que está reportada a uma área de abrangência (o território), no qual quem faz a vigilância à saúde é a própria UBS. A resolutividade que implica a concepção de atender com agilidade e qualidade às necessidades em saúde, da forma como elas são sentidas pelos usuários e, também, de garantir impacto na melhoria das condições de saúde da população de um determinado território, em que a UBS com o apoio dos demais serviços é responsável por resolver problemas de saúde de seus usuários. A gestão democrática e o controle social implicam um sistema de saúde de co-gestão aberto à participação dos interesses populares (usuários organizados), prestadores de serviços e governo, que coloca a atuação democrática dos sujeitos sociais no centro do processo de produção de serviços e no campo de formulação de políticas. (MERHY; ONOCKO, 1997). Todos esses princípios assinalam uma concepção de saúde que incorpora os determinantes sociais e coletivos e defende a saúde concebida como direito da população na perspectiva da defesa do viver com qualidade e autonomia.

Além dessa base conceitual-operacional, o estabelecimento da organização do *protocolo* exigiu a definição do eixo norteador do trabalho. Para tanto, optou-se por uma lógica estruturante centrada no ciclo vital, que parece diferir da maioria dos documentos similares existentes, centrada numa lógica de definição e ordenamento de procedimentos realizados por serviços ou por categorias profissionais. Conforme ilustra a figura 3, essa opção procurou focalizar os cuidados básicos em saúde de acordo com as necessidades mais peculiares em cada estágio do processo do ciclo vital, iniciando pela concepção e

seguindo pelo desenvolvimento da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Esses estágios são vistos na perspectiva das necessidades de saúde, no que se refere às dimensões individual e coletiva; às intervenções possíveis (regradas); e às necessárias em relação às necessidades de saúde (o que fazer); e às tecnologias disponíveis e necessárias à realização das intervenções (como fazer). Esses processos operam articuladamente para dar conta da produção do cuidado que é resultado do cumprimento da missão da UBS que está representada pelos planos-satélite.

Figura 3: Concepção do Protocolo das Ações Básicas de Saúde



O mapeamento do ciclo vital foi considerado essencial para o entendimento integral do indivíduo e para a previsão das dificuldades que surgem durante o desenvolvimento humano. Esse desenvolvimento não ocorre em um ritmo linear, mas em estágios sucessivos, em que as condições de passagem de um estágio para outro interferem nos seguintes, exigindo adaptações em cada *crise/transição*, para que não ocorram desajustes físicos, cognitivos, sociais ou emocionais. Nesse sentido, o monitoramento das condições de saúde no ciclo vital, no protocolo elaborado, procurou estabelecer um diálogo entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, entendendo que não existe uma única maneira adequada de viver, mas tipos diferentes de integração viáveis, o que exige dos profissionais da saúde a necessidade de compreensão em relação às pessoas e à sua maneira de viver e de reagir frente à evolução e às condições de vida em que estão inseridas.

Outras concepções que compõem o eixo norteador se referem ao entendimento do que sejam *necessidades de saúde*. Como necessidades de saúde, entende-se as que não podem ser simples e previamente catalogadas, programadas, mas as que precisam ser abstraídas do cotidiano dos serviços, nas relações e produções de subjetividade, de modos de sentir, de representar, de vivenciar necessidades (MERHY; ONOCKO, 1997); referem-se, também, à concepção de integralidade nas ações, ou seja, na articulação dos saberes e práticas dos diferentes profissionais, sendo que, na sua intersecção, possam garantir uma assistência mais integral, dimensionando, assim, uma nova divisão e organização de trabalho, com a valorização do trabalho em equipe, em que o saber da clínica, nas suas diferentes especificidades, em conjunto com o saber epidemiológico, possam interagir numa dimensão de complementariedade, sem dicotomizar a ação preventiva da curativa.

A partir desses referenciais, o grupo de trabalho considerou fundamental a construção de um protocolo estruturado em dois grandes módulos: *o módulo de monitoramento das condições de saúde* e *o módulo de intervenção nas intercorrências em saúde no ciclo vital*.

O módulo de monitoramento das condições de saúde apresenta, em seu conteúdo, um projeto de atenção ao usuário em cada ciclo vital, que focaliza as condições de saúde na dimensão do viver com qualidade e autonomia, diferentemente da tradicional

atuação profissional que reduz o campo de intervenção da saúde à assistência essencialmente biologicista e curativa após a doença manifestada. É uma proposição para intervir antes da manifestação de um estado de saúde indesejável. (STÉDILE, 1996; CLAUS, 1997; REBELATTO; BOTOMÉ, 1999; MEDEIROS; STÉDILE; CLAUS, 2001). Inicialmente, o documento do *protocolo* procura contextualizar e significar brevemente cada etapa do ciclo vital, entendendo que a concepção que se tem do indivíduo, durante o seu processo de vida, é que norteia toda a ação profissional. Em seguida, são sistematizados aspectos gerais de definição, captação e cadastramento da clientela e os procedimentos técnicos que compõem o processo de trabalho em saúde (desde a consulta clínica, assistência odontológica, atendimento individualizado, atividades em grupo e visita domiciliar, até atividades comunitárias).

O módulo de intervenção nas intercorrências em saúde no ciclo vital está voltado ao controle de riscos e agravos e propõe, nesse sentido, um ampliado acervo de subsídios técnicos. No caso da seleção de intercorrências/patologias, essa procedeu a recortes de acordo com critérios epidemiológicos. A normatização de condutas na intervenção sobre os agravos seguiu os padrões clássicos estabelecidos cientificamente e recomendados pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde/RS e por outras referências adotadas.

É importante salientar que esse projeto que envolve a elaboração e a implementação de um protocolo numa dimensão em defesa da vida, que transcende os protocolos tradicionais centrados nos procedimentos profissionais, é mais um recurso subsidiário às equipes da saúde que estão se colocando à disposição do desafio de recriar os seus processos de trabalho no sentido da efetivação de ações básicas em saúde. Trata-se, dessa forma, de uma nova tecnologia no campo da atenção e da gestão, criada de forma participativa e fundada a partir de um projeto político-assistencial que ambiciona a reorganização da produção dos serviços de saúde, especialmente no que se refere ao modo da produção do cuidado.

Essa dimensão do *protocolo*, possivelmente, é que tem conferido o reconhecimento do caráter inovador dessa produção, pois aponta para conceitos e atributos diferenciados da concepção usual de protocolos, que geralmente são entendidos como um manual de normas e rotinas determinado às redes e equipes da saúde, não raras vezes, de forma verticalizada.

Com o intuito de reforçar a importância de utilização do *protocolo* como uma ferramenta fundamental de trabalho do gerente por se caracterizar como instrumento instituinte de mudança no processo de trabalho local e na organização dos serviços em saúde, o documento foi entregue para todos os trabalhadores da rede básica, em encontros programados com as equipes locais de saúde (no período de julho a novembro de 2000), organizados pelos gerentes com a participação da Secretária Municipal da Saúde, coordenadora operacional e representante dos profissionais que elaboraram o *protocolo*, totalizando 35 encontros e envolvendo 172 trabalhadores.

O *protocolo* tem sido tomado no município como uma ferramenta de gestão referencial de uma proposta assistencial que permite, ao estabelecer uma certa situação idealizada, fazer análises da situação atual do trabalho da rede básica, servindo de mediador das práticas interdisciplinares e provocando continuamente a reflexão crítica sobre as ações e os processos de trabalho.

Segunda estratégia - sensibilização das equipes de saúde sobre a produção do cuidado nos ciclos vitais:

Essa foi mais uma estratégia no sentido de construir adesão dos trabalhadores de saúde ao projeto político do governo. Foi desenvolvida a partir do “Fórum Interdisciplinar sobre as Ações Básicas de Saúde: Uma Proposta em Defesa da Vida”, desenvolvido no período de fevereiro a junho de 2000, envolvendo 366 trabalhadores e que teve como objetivo a sensibilização dos profissionais de saúde em relação à importância da caracterização do ser humano nas diferentes etapas do ciclo da vida e a utilização de diferentes formas para apreensão de suas necessidades na lógica do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e da resolutividade, enfocando a assistência e a saúde na dimensão da integralidade e do trabalho em equipe, de forma a subsidiar a produção de ações básicas em saúde (CLAUS; CAPRA, 2002) e potencializar o trabalho do gerente local na condução dessa forma de fazer saúde num contexto institucional mudancista.

O evento foi organizado numa sequência de três grandes módulos percorrendo o ciclo vital, compreendendo sete encontros de 7 horas cada um, em que foram abordados sequencialmente os seguintes temas:

- I – Acendendo as próprias luzes: os desafios profissionais contemporâneos;
 - II – Reinventando o processo de trabalho: a produção do cuidado na busca da autonomia;
 - III – Contextualizando e refletindo sobre as múltiplas dimensões dos ciclos vitais e do processo de saúde: o que é importante compreender para melhor cuidar.
-
- 1 – O ciclo vital da gravidez e do puerpério;
 - 2 – O ciclo vital da criança;
 - 3 – O ciclo vital do adolescente;
 - 4 – O ciclo vital do adulto;
 - 5 – O ciclo vital do idoso.

Cada um dos módulos foi mediado por profissionais convidados, indicados pelo seu domínio em diferentes áreas temáticas, utilizando-se de recursos metodológicos apropriados às características dos conteúdos desenvolvidos.

Nessa estratégia foram envolvidos gerentes de unidades de produção de serviços e trabalhadores da rede básica de saúde e dos setores de apoio, abrangendo todas as categorias profissionais. Participaram, também, agentes comunitários de saúde, docentes e discentes da área da saúde da Universidade de Caxias do Sul.

Os trabalhadores foram subdivididos em dois grupos para manter funcionando o trabalho na rede. A adesão ao evento foi muito significativa, considerando a frequência nos encontros que contou, em média, com a participação de 300 a 350 trabalhadores em cada módulo.

A peculiaridade do enfoque e da metodologia empregados garantiram a esse processo um alto significado, expresso pelos trabalhadores participantes e demarcado em todos os instrumentos e momentos de avaliação. O enfoque elegeu conteúdos numa dimensão reflexiva acerca das necessidades biopsicossociais dos indivíduos nos diferentes ciclos vitais, possibilitando ressignificar conceitos, crenças e valores, conformando novas formas de compreensão sobre a produção do cuidado que, dependendo de como é feito e organizado, poderá ou não promover melhores condições de saúde e autonomia.

A metodologia que propiciou reunir todos os trabalhadores, sem distinção de categoria profissional, possibilitou sentir um sentimento de igualdade, já que todos os profissionais estavam colocados no mesmo grau de importância diante do desafio de atender aos usuários em suas diferentes etapas da vida de forma humanizada e resolutiva. Na abertura de cada encontro, foram desenvolvidas atividades privilegiando a participação do segmento em debate, ou seja, no ciclo relativo à criança, crianças realizaram apresentação artística; no ciclo do adolescente, adolescentes participaram cantando uma música predileta e assim por diante, garantindo a sensibilização dos participantes. Todos os eventos foram fotografados e filmados, sendo exibidos painéis de fotos nos módulos seguintes.

Nos diferentes encontros, foi aplicado um instrumento de avaliação, possibilitando, sistematicamente, os reajustes necessários. Os resultados avaliativos finais obtidos em cada etapa foram bastante satisfatórios. No item reservado a críticas e sugestões, foram expressadas verbalizações, enaltecendo a importância desses tipos de encontro entre os trabalhadores. Dentre as manifestações escritas, muitas resumiram expressões como: *“que tenham mais vezes capacitações como essa”*; *“essas capacitações devem durar mais tempo”*; *“deveriam ser contínuas”*; *“foi muito gratificante”*; *“deveria haver grupos de estudos nos serviços também”*; *“ótima a organização”*; *“foram momentos mágicos”*; *“muitos agradecimentos à equipe organizadora e à Secretaria”*. O encerramento dessa estratégia culminou com a participação do prefeito e da secretária municipal da Saúde que promoveram o lançamento do *protocolo de ações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida*.

Um dos pontos mais impactantes, além da relevância dos conteúdos temáticos, foi a possibilidade de os trabalhadores vivenciarem o sentimento de pertencimento e se perceberem como sujeitos sociais na construção da política municipal de saúde. Essa capacitação, sem dúvida, foi um marco importante na política de desenvolvimento dos recursos humanos da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul.

Terceira estratégia - capacitação gerencial:

É necessário reconhecer que todas as mudanças estruturais efetivadas só terão impacto, na melhoria da organização dos serviços e do processo de trabalho e nos seus resultados, se a força de trabalho for adequadamente considerada. O modelo técnico-assistencial e a reorganização da rede de serviços poderão ter avanços na medida do compromisso das pessoas, sobretudo dos técnicos (equipe da saúde). Tal compromisso ocorre mediado por um processo gerencial baseado na participação, na cooperação e na transparência. Almejando esse compromisso e entendendo que o gerente local é quem vivencia profundamente os vários conflitos entre os diversos atores envolvidos e interessados, e nesse contexto, considerando a cobrança por mais e melhores serviços, foi proposta pelo SUS uma capacitação em gerenciamento concebida como instrumento de alavancagem do processo de reorganização das práticas em saúde. Teve como instrumental norteador o Protocolo de Ações Básicas de Saúde, sendo constituído por estratégias que assegurassem sua operacionalidade de modo extensivo, descentralizado, flexível e permanente. (CLAUS; CAPRA, 2000b).

Partindo do pressuposto de que modificações duradouras na lógica da organização de serviços em saúde não se fazem somente com normas e definição de rotinas de funcionamento de serviços, mas com a capacitação do contingente humano capaz de efetivá-las e consolidá-las, o Programa de Capacitação Gerencial deferiu como clientela-alvo gerentes das unidades de produção de serviços da rede municipal de saúde e equipes locais da saúde. O grupo foi constituído por 13 gerentes de UBS e 15 gerentes de serviços-meio. Embora essa fosse estrategicamente a clientela escolhida, a metodologia de desenvolvimento proposta para tal programa facilitou a transferência das aprendizagens em nível local, de tal forma que os gerentes pudessem ser considerados multiplicadores no sistema de saúde, atingindo, aproximadamente, 450 trabalhadores.

4.3.3- Objetivos do programa de capacitação gerencial

Capacitar gerentes para o trabalho gerencial em saúde significa muito mais do que elencar-lhes as competências que devem fazer parte do seu perfil. Exige o desenvolvimento de competências específicas que permitam aos profissionais: tomar decisões individuais e em equipe; liderar com segurança; organizar o trabalho de forma a colocá-lo a serviço dos usuários do sistema de saúde; planejar ações profissionais em saúde; utilizar ferramentas e tecnologias gerenciais, entre outras. Competências que, quando desenvolvidas, permitem a melhoria dos índices de resolutividade do trabalho em saúde, revertendo na melhoria da qualidade de vida das populações.

Desenvolver tais competências, no entanto, não é tarefa fácil de ser executada, uma vez que informar os gerentes sobre o que deve ser feito é insuficiente para que os mesmos possam transformar informações em condutas profissionais relevantes e voltadas à resolução dos problemas em saúde instalados ou à prevenção dos mesmos.

Nesse sentido, foram propostos vários objetivos para a capacitação gerencial:

- a) fortalecer um perfil profissional capaz de imprimir nova lógica de organização dos serviços em saúde, com maior grau de resolutividade, mais eficiência e eficácia e, sobretudo, com maior grau de valorização do ser humano, quer profissional, quer usuário;
- b) instrumentalizar os gerentes para tomadas de decisões, de forma autônoma e comprometida com o trabalho da equipe sob sua responsabilidade;
- c) propiciar reflexão sobre a prática gerencial, enfocando a territorialização e as relações com os demais setores e a utilização de diferentes ferramentas gerenciais;
- d) identificar e analisar as diferentes racionalidades subjacentes a práticas de saúde coletiva a partir do objeto, dos meios (tecnologias) e do trabalho (natureza e processo) inerentes a cada uma delas;
- e) identificar e analisar o processo de produção em Unidades Locais de Saúde (ULS), o contexto social onde as mesmas estão inseridas, as relações e as transformações daí decorrentes;
- f) examinar o papel e a inserção da Unidade de Pronto-atendimento, referências especializadas e internações hospitalares no Sistema Municipal de Saúde;
- g) identificar e analisar os elementos do processo de trabalho (objeto, meios/instrumentos), bem como a forma de articulá-los, visando à reorganização das práticas e à garantia da produção e da qualidade dos serviços em ULS;
- h) incorporar ângulos de visão de vários sujeitos, com seus

aportes de conhecimentos diversificados, na identificação e na análise das condições de saúde dos indivíduos e da coletividade, como forma de orientar mais objetivamente as intervenções a serem desenvolvidas; i) identificar e qualificar a utilização do sistema de informações que auxilia a prática gerencial; j) propiciar a troca de experiências entre os gerentes de diversos territórios; l) aproximar os setores-meio (coordenadorias, setores e serviços) das unidades locais de produção; m) propiciar nova aproximação do território, inclusive com a possibilidade de examinar a redefinição de algumas unidades.

4.3.4- Momentos da capacitação gerencial

Para atingir tais objetivos, considerando o perfil gerencial desejado, o qual exige a capacidade de atuar num ambiente complexo, variável e repleto de limitações, a capacitação gerencial foi estruturada em dois momentos que foram desenvolvidos no período de março a agosto de 2002, de forma articulada e concomitante, tendo como eixo norteador o Protocolo de Ações Básicas em Saúde:

- uma atualização sobre ferramentas gerenciais, organizadas na forma de *módulos*, os quais perfizeram um total de 120 horas;
- *oficinas de desenvolvimento gerencial*, com vistas à qualificação dos planos locais de saúde a serem, desenvolvidas com intervalos de 15 dias, perfazendo um total de 144 horas, distribuídas em momentos de concentração (um encontro a cada 15 dias) e de dispersão (retorno e aplicação de algumas ferramentas no contexto de trabalho).

Constituem o primeiro momento os seguintes módulos: 1) Planejamento em saúde; 2) Tecnologias na produção do cuidado em saúde; 3) Informações em saúde; 4) Construção do sujeito e autogestão profissional; 5) Educação em saúde; 6) Gestão de recursos no processo de gerenciamento; 7) Programação local em saúde; e 8) Organização do sistema. Esses módulos foram desenvolvidos de abril a agosto de 2002, conforme o quadro 2.

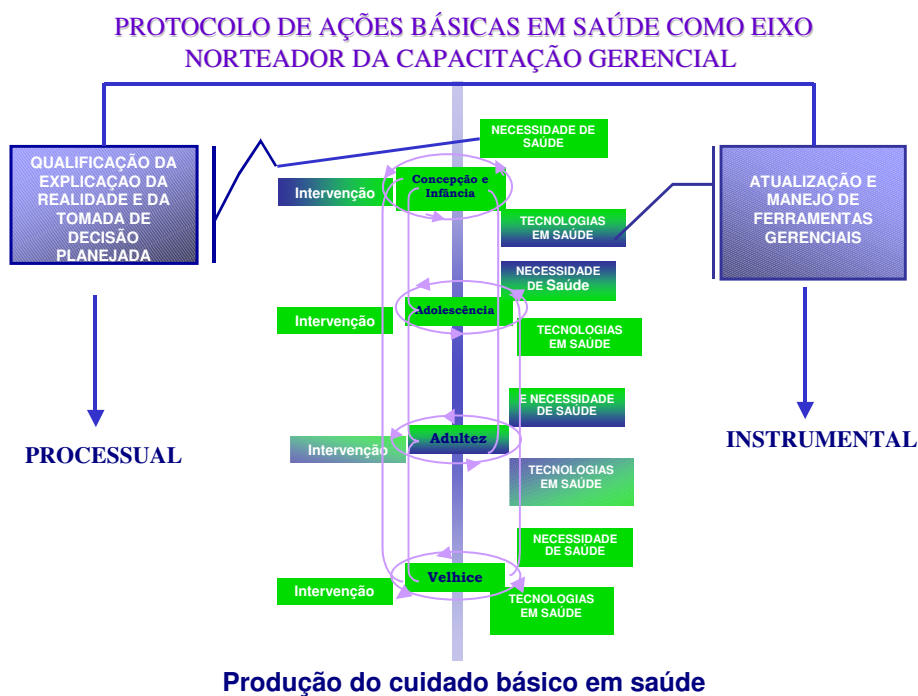


Figura 4- Representação dos momentos da capacitação gerencial realizada em 2002, tendo como eixo norteador o Protocolo de Ações Básicas em Saúde

Constituem o segundo momento, as seguintes oficinas: 1) Protocolo (significado e base conceitual constitutiva) e dos ciclos vitais da gravidez, puerpério, adolescente, adulto e idoso; 2) Oficinas locais; 3) Socialização de Planos Locais; 4) Estruturação de sistema de avaliação e 5) Pactuação de metas, todos desenvolvidos de março a agosto de 2002, conforme o quadro 3.

Houve um conjunto de objetivos para cada um dos momentos. Resumidamente, é possível afirmar que o que foi pretendido com a atualização sobre ferramentas gerenciais era permitir aos gerentes o desenvolvimento de competências para utilizar (e de forma maximizada) as ferramentas gerenciais disponíveis para tornar o trabalho mais dinâmico e eficaz, bem como construir novas ferramentas necessárias para efetivação dos resultados desejados na produção do cuidado em saúde.

Quadro 2- Síntese dos módulos desenvolvidos na capacitação gerencial

Módulos	Conteúdos	Período 2002	Carga Horária
– Planejamento em Saúde	Análise das práticas de planejamento, identificando suas funções e avaliando seu impacto sobre a organização do sistema de serviços em saúde. Revisão das etapas metodológicas de planejamento, triângulo de governo	abril	15h
– Tecnologias na produção do cuidado em saúde	Utilização de ferramentas para análise do processo de trabalho. Utilização de tecnologias (duras, leve-duras e leves) na produção do cuidado em saúde	maio	15h
– Informações em saúde	Utilização e geração de informação em saúde; vigilância em saúde e na construção de subsistemas de informação	maio	15h
– Construção do sujeito e auto-gestão profissional	Gestão do fator humano: dinâmica dos processos de desenvolvimento de habilidades como motivação e liderança. A autogestão na produção do cuidado	maio	15h
– Educação em saúde	Identificação e adequação das práticas pedagógicas em atividades de educação em saúde. Formação de redes de trabalho	junho	15h
– Gestão de recursos no processo de gerenciamento	Utilização de ferramentas de avaliação do quadro de necessidades, da oferta de serviços e da disponibilidade de recursos no ambiente institucional e sociopolítico	julho	15h
– Programação local em saúde	Análise de programação local em saúde, em seus aspectos metodológicos, como instrumento de gerência	agosto	15h
– Organização do sistema	Aprofundamento das relações de pactos e compromissos estabelecidos entre os serviços com diferentes níveis de atenção	agosto	15h
Total/horas			120h

As oficinas tiveram como objetivos específicos: permitir a constante reconstrução de conceitos básicos ao exercício profissional em saúde, e avaliar sistematicamente os tipos de ação disponibilizados aos usuários (de acordo com o ciclo vital), definir o grau de governabilidade dos gerentes frente a essas e às novas ações propostas; identificar os “nós” críticos e dificuldades para fazer o que precisa ser feito; e propor estratégias para transformar o que é feito no que deveria ser feito.

Tais objetivos convergem para a avaliação dos planos locais de saúde e sua reestruturação, com alta probabilidade de haver melhoria na qualidade do que está estabelecido nos mesmos. Portanto, essa estrutura foi centrada no exame de diversos conceitos e de que forma esses conformam certas práticas coletivas em saúde; na análise das formas de organização dos sistemas de saúde; nas diferentes maneiras de apreensão e compreensão de distintas realidades sanitárias; e nos instrumentos e estratégias técnico-assistenciais e de gestão que possibilitem a operacionalização de novas práticas em saúde e o reordenamento dos diferentes serviços.

Para garantir essa opção metodológica e desenvolver habilidades relacionadas aos três eixos da prática gerencial, as atividades foram organizadas prevendo momentos de dispersão e de concentração. Num primeiro momento de concentração (Oficina 1), as atividades a serem desenvolvidas com gerentes das UBS e técnicos da Secretaria Municipal da Saúde tenham o objetivo de explicar a realidade do trabalho desenvolvida nas UBS em cada um dos ciclos vitais, a partir do eixo estruturante do *protocolo*, para, posteriormente, comparar essa realidade com as propostas de ações básicas descritas naquele documento. Essa comparação possibilitou identificar o grau de aproximação existente entre a situação real de trabalho e a situação-objetivo. A partir dessas constatações, foi proposta uma atividade de elaboração de estratégias para aumentar o grau de aproximação das práticas à situação-objetivo, contemplando estudo de viabilidade.

Quadro 3- Síntese das oficinas desenvolvidas na capacitação gerencial

Tema norteador	Objetivos	Período 2002	Carga horária
1. Protocolo	• Explicitar o significado do protocolo • Construir uma base conceitual a partir da percepção individual e das definições apresentadas no protocolo	26 de março	8h
Gestante	• Caracterizar as ações realizadas em relação a cada ciclo em âmbito local • Definir o grau de governabilidade das ações • Identificar os “nós” críticos emergentes de comparação entre o que é realizado e o que deveria ser realizado • Definir o grau de governabilidade das ações • Propor estratégias para aumentar a aproximação da rede do ideal • Qualificar os planos locais de saúde	27 e 28 de março	16h
Criança		17 e 18 de Abril	16h
Adolescente		09 e 10 de Maio	16h
Adulto/idoso		06 e 07 de junho	16h
2 Oficinas Locais	• Construir planos com equipes locais em saúde	abril...	12h em cada ciclo
3 Socialização dos Planos Locais	• Apresentar limites e possibilidades do trabalho a partir das características locais de cada território • Derivar dos resultados construídos os tipos de necessidade a serem demandados aos serviços de apoio ao sistema • Criar espaços de cooperação, pactuação e solidariedade	agosto	12h
4 e 5 Estruturação do sistema de avaliação e Pactuação de metas	• Pactuar metas municipais e locais em relação aos indicadores estabelecidos • Estabelecer cronograma de implantação de um sistema de avaliação de indicadores e desempenho	agosto	12h
Total/horas			144h

Essas mesmas etapas de atividades foram previstas na proposição da Oficina 2 para serem realizadas pelos gerentes e trabalhadores em saúde de cada uma das unidades de produção sob sua responsabilidade (momento de dispersão). Esse momento de dispersão possibilitaria aos gerentes e à equipe da saúde observarem a realidade, objeto de estudo, em situações reais de seu trabalho, explicando situacionalmente os problemas/situações identificados, buscando os princípios teóricos que os explicam. Confrontada a realidade com sua teorização, os profissionais passariam a formular hipóteses de solução para os problemas em estudo. Essa fase possibilita criar viabilidades às propostas de intervenção na medida em que confrontaram suas hipóteses de solução com os condicionamentos e as limitações da própria realidade. Dessa forma, os profissionais utilizam a sua realidade de trabalho para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se preparavam para transformá-la.

A Oficina 3 previu a socialização das produções por cada gerente permitindo visualizar os diferentes limites e possibilidades de trabalho, a partir das características locais de cada território e a criação de espaços de cooperação, pactuação e solidariedade.

A Oficina 4 visou estabelecer um cronograma de implantação de sistema de avaliação de indicadores e desempenho, a partir da definição de uma matriz programática.

A Oficina 5 teve como objetivo a pactuação de metas municipais e locais de desempenho em relação aos indicadores estabelecidos na oficina anterior.

Para condução desse processo, foi instituída uma *equipe de instrutores*, que se constituiu de três técnicos da Secretaria Municipal da Saúde (médico sanitário, assistente social e enfermeiro) que já haviam sido capacitados para exercer o papel de monitores, durante o ano de 1998, em encontros mensais de 20 horas/aula. Essa equipe contou com a assessoria e a participação de outros especialistas e profissionais contratados para o desenvolvimento das atividades nos diferentes momentos da capacitação.

Considerando que os problemas/situações em saúde são multidimensionais e, portanto, necessitam de diferentes saberes articulados para potencializar a resolutividade dos mesmos, as atividades de concentração foram previstas para serem desenvolvidas concomitantemente, por mais de um instrutor, com diferentes formações profissionais.

4.4- O processo de capacitação gerencial

4.4.1- Referenciais didático-pedagógicos utilizados na capacitação de gerentes

Um dos aspectos relevantes do processo de capacitação foi a opção metodológica desenvolvida, a qual se caracterizava por ser um processo dinâmico, de valorização do profissional entendido como um ser capaz, com potencialidades para desenvolver autonomia e se constituir num *garantidor* de transformações desejadas nos processos de trabalho locais. Autonomia entendida aqui, tanto como a capacidade de tomar decisões e criar condições de governabilidade de gestão quanto a capacidade de aprendizagem, de aprender a aprender por meio do desenvolvimento de habilidades cognitivas que envolvam o pensar sobre o pensar. (STÉDILE, 2002).

Nesse sentido, um grande desafio da atualidade é colocar a serviço do ser que aprende, no caso, profissionais e gerentes do Sistema Municipal de Saúde, um processo que valorize o conhecimento pessoal já construído pelos participantes e a reconstrução do conhecimento a partir da relação estabelecida entre os sujeitos num ambiente compartilhado e colaborativo, e ainda um ambiente de aprendizagem cujo foco esteja voltado à capacidade de pensar sobre o pensar (psicologia cognitiva) e, dessa forma, desenvolver e controlar habilidades cognitivas necessárias aos profissionais para resolver problemas do cotidiano de seu trabalho sob sua responsabilidade, e que são normalmente complexos.

Considerando esses aspectos, foi fundamental incorporar na capacitação gerencial a possibilidade de os gerentes utilizarem como objeto de estudo seu próprio cotidiano de trabalho, permeado pela reflexão permanente sobre como ocorre esse processo na mente e como as representações mentais são construídas. Essa possibilidade favorece o desenvolvimento da auto-análise e da auto-avaliação, fator decisivo na constituição de gerentes “pensantes”. (CAXIAS DO SUL, 2002c). É inovador um modelo pedagógico que rompa a lógica da transmissão vertical de informações de “quem sabe para quem não sabe” para reconhecer as potencialidades dos indivíduos que passam, continuamente, a examinar o cotidiano, compartilhando diferentes saberes e extraindo deles referenciais para pensar organizadamente a solução de problemas.

Constituir um processo como esse implica: substituir a certeza pela problemática da incerteza (valorizar o contexto do erro e da dúvida); a leitura linear dos fenômenos (causa/efeito) para uma leitura multideterminada; o trabalho fragmentado em cada especialidade do campo da saúde pela necessidade de interdisciplinaridade. De fato, as possibilidades de transformação dependem da contribuição de diferentes atores, das teorias provenientes de diferentes áreas do conhecimento, e da capacidade de demonstrar o quanto e em que grau cada uma dessas dimensões pode contribuir para desenvolver competências (MEDEIROS; STÉDILE; CLAUS, 2001) para a tomada de decisões de forma autônoma na árdua tarefa de gerenciar a produção do cuidado em saúde, tarefa essa que, na maioria das vezes, resulta da inter-relação entre inúmeros fatores que compõem e determinam este trabalho.

Nesse processo, também foi fundamental a construção de um ambiente de aprendizagem que admitisse a presença de uma série de atividades e recursos nos quais o indivíduo utilizou ferramentas, coletou e interpretou informações, receber orientações, e interagir com outras pessoas, de forma a analisar, examinar, criticar, sistematizar informações, bem como a permitir que, permanentemente, o aprendiz refletisse sobre seus próprios processos mentais de forma a controlá-los gradativamente. Nesse ambiente flexível, os participantes interagiram de acordo com suas características, seu ritmo, seus interesses, de forma a maximizar estratégias mentais que fossem úteis à resolução de problemas ligados à saúde de forma construtiva e colaborativa.

Cabe ressaltar a utilização do Protocolo de Ações Básicas em Saúde: Uma Proposta em Defesa da Vida (CAPRA, 2000) como ferramenta básica e referencial importante para o desenvolvimento das atividades, considerando três eixos da prática gerencial: a) avaliação do quadro de necessidades em saúde, de oferta de serviços e de disponibilidade de recursos nos ambientes institucional e sociopolítico; b) a reorganização do processo de produção e de serviços no ambiente peculiar de cada unidade de saúde (programação participativa de operações para enfrentar e/ou antecipar-se a problemas); e c) condução das operações, ajustando decisões ao contexto em permanente mutação.

Considerando que o desenvolvimento gerencial da SMS de Caxias do Sul está proposto em forma de módulos com assuntos pré-definidos e de interesse gerencial e de oficinas de qualificação dos planos locais, parece ser essa estrutura a forma apropriada para criar ambientes de aprendizagem que favoreçam o auto-desenvolvimento e a auto-avaliação dos participantes, com base na construção/desconstrução de conhecimentos. Nessa seara, cada gerente é co-responsável pelo processo de aprendizagem e pela utilização de situações reais de trabalho como objeto de estudo e exame. Dessa forma é mais provável que ocorra o desenvolvimento de competências necessárias para uma atuação gerencial eficiente.

Considerando a complexidade do processo desenvolvido, são descritas analiticamente algumas situações de aprendizagem desencadeadas, que foram organizadas em três conjuntos:

- relacionadas ao desenvolvimento dos módulos gerenciais;
- relacionadas ao desenvolvimento das oficinas: nesse conjunto, são descritas detalhadamente as situações de aprendizagem relativas a primeira oficina (gestantes) e algumas situações gerais dos demais ciclos vitais (criança, adolescente, adulto e idoso);
- relacionadas à auto-avaliação das aprendizagens desenvolvidas.

Desenvolvimento dos módulos de capacitação gerencial

Para uma melhor contextualização e integração dos objetivos do projeto de capacitação e dos interesses cotidianos da equipe gestora local, foi realizado um encontro prévio e preparatório para atividades de capacitação. O encontro foi realizado no mês de fevereiro de 2002 com o objetivo de realizar um levantamento de expectativas dos participantes, fazendo um balanço inicial sobre a gestão da Secretaria Municipal da Saúde e a partir destes subsídios, reorientar a proposta de capacitação construída.

A partir desse objetivo geral, se delinearam os objetivos específicos que compreendiam: verificar quais os compromissos que definem a gestão; delimitar as avaliações formuladas; apontar evidências dos motivos do por que isso está ocorrendo; realizar levantamento preliminar de alternativas; identificar restrições que deveriam ser superadas definindo o que deveria ser feito.

No segundo momento do primeiro encontro, para continuar uma avaliação do processo de gestão até o momento atual, a equipe participante foi solicitada a responder à seguinte questão: *Tendo em vista o trabalho à frente da SMS, quais são os dois principais aspectos positivos e negativos que você considera necessário destacar?*

Posteriormente a esse trabalho, foram definidos os compromissos para a gestão. Nesse horizonte, os participantes foram solicitados a apontar os compromissos da equipe com os usuários, com o SUS, com o Ministério da Saúde, com a equipe de governo, com o governo/prefeito, com outras equipe de trabalho, com atores externos ao serviço e do gerente consigo mesmo.

A tarefa proposta procurou dar conta da explicitação dos seguintes questionamentos: quais são os compromissos que definem a gestão? quais são os critérios de satisfação para os compromissos? Em que medida os compromissos/critérios de satisfação têm sido atendidos?

As respostas construídas possibilitaram preparar o grupo para as etapas posteriores fazendo uma espécie de sondagem prospectiva do campo da gestão a fim de construir um mapa temático e uma agenda de trabalho. Com efeito, foi possível produzir um mapa temático decorrente desse processo de análise com a identificação de problemas que precisariam ser enfrentados e que constituíam uma agenda específica de trabalho, como foi se pode verificar nas questões apontadas como desafio: mobilizar e convencer as categorias profissionais com adoção de atitudes de convencimento, mas também de medidas administrativas para a adesão e adoção de modelo tecnoassistencial consubstanciado no protocolo, e a implantação de um processo de planejamento ascendente.

Nessa atividade, o que podia ser tomado como um “*nó*” crítico revelado foi o fato de que alguns grupos, mediante certos problemas específicos, tiveram dificuldade em realizar uma delimitação do problema sob análise, o que foi revelador de uma insuficiência de análise situacional no interior do grupo.

Outro grupo de manifestações aponta um “*nó crítico*” estrutural que é o da deficiência/insuficiência/déficit da Secretaria Municipal da Saúde em prover condições para o desempenho de algumas ações, inclusive aquelas mais estruturadas ou para as quais já há suficiente definição normativa. Da mesma forma que deixou evidente a existência de um “*nó crítico*” conjuntural ou processual, seja pela dificuldade na tomada de decisões, pela paralisia ou hesitação, dada pelos diferentes tempos da gestão, ou ainda pela sensação de circularidade num processo dessa natureza, melhor dizendo na construção do gestor único.

Assim, foram reveladas várias lacunas, como a inexistência de um sistema de avaliação acreditado na secretaria, que se transformou numa agenda específica de *construção* de instrumentos de avaliação e de um processo de avaliação. Já temas relativos à adesão profissional, ao modelo, e à relação equipe-usuário tiveram uma dimensão mais permanente, de processo contínuo de aprimoramento, requerendo momentos específicos, mas não sendo um problema que se resolve em si mesmo. O problema da ampliação da democratização da gestão remete a uma demanda específica de qualificação e a um maior envolvimento dos gerentes locais.

Por último, do processo do encontro como um todo, ficou evidente a necessidade de ampliação da capacidade de análise situacional ou estratégica pelo grupo de gerentes, tema que foi pautado como chave para o próximo módulo temático: o de planejamento.

O módulo de planejamento em saúde

O módulo de planejamento teve como questão-chave o exercício reflexivo para ampliar a capacidade de análise situacional ou estratégica do grupo de gerentes locais de saúde. Como metodologia de trabalho foram estabelecidos alguns momentos específicos: primeiro, foi realizado um levantamento sobre o conhecimento do grupo acerca do assunto, concluindo que o grupo já possuía diferentes acúmulos de experiências com planejamento que vivenciou, seja na Secretaria Municipal da Saúde, seja em outras instâncias ou empregos; no segundo momento, foi feita uma leitura e o esclarecimento acerca das *expectativas* (positivas e/ou negativas), que cada um tinha para aqueles dois dias de

trabalho. A seguir, passou-se a uma etapa reflexiva-operativa sobre a realidade, na atividade que se denominou: “Olhando para o cotidiano”. Nesta atividade, os participantes foram solicitados a discutir e a responder como viam as seguintes questões: quem governa? o que governa? que ferramentas necessita para governar?

A ferramenta conceitual que foi trabalhada neste módulo a do *triângulo de governo*, formulada por Matus (1993), conforme a figura abaixo:



Figura 5- Representação do *triângulo de governo* formulada por Matus (1997)

Nessa matriz, o projeto representa o corpo das intenções que um sujeito inserido numa situação formulada para a sua vivência na realidade. A capacidade de governo representa o conjunto dos recursos que controla, sejam eles materiais (insumos e equipamentos), sejam imateriais (saberes e práticas), e governabilidade diz respeito ao grau de autonomia decisória e executiva que a capacidade de governo lhe propicia. Se a capacidade de governo é determinante, a governabilidade é condicionante; a capacidade de governo tende a ter uma natureza mais estática, ao passo que a governabilidade é dinâmica e constitui uma avaliação de conjuntura para que seja modificada.

O planejamento foi, então, compreendido como campo de saber tecnológico, dado pela natureza do objeto de sua prática, a qual opera com diferentes possibilidades de ação instrumental sobre a realidade, e também como resultado da capacidade humana de operar diversas dimensões da realidade social, produzindo benefícios coletivos se inserida numa lógica ético-prática, ou seja, do controle público para a ação humana adequada.

Isso permite trabalhá-lo, tanto como um *instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações* e aí ele é tecnologia de controle da ação organizacional que se referencia na teoria geral da administração, opera na organização do processo de trabalho, entendido como um conjunto de procedimentos e práticas reguladoras da gestão das organizações-empresa. Situa-se, portanto, na esfera do planejamento normativo: eficiência/eficácia/efetividade, ou é preciso considerá-lo como uma prática social transformadora, ou seja, tecnologia de gestão das sociedades, ou método de ação dos sujeitos sociais transformadores. Sendo tecnologia de governar o processo histórico, situa-se na esfera do planejamento estratégico situacional articulando os três aspectos: governabilidade/projeto/capacidade de governo. Sendo portanto, tecnologia de gestão de políticas.

O módulo seguiu com uma atividade de planejamento na qual os participantes tiveram que resolver uma questão real do seu cotidiano de trabalho e realizar análises de governabilidade das ações e operações que propuseram. Estas atividades se constituíram numa etapa que permitiu aos participantes o exercício prático do ato de planejar. Nesse aspecto, a escolha de um problema que estava acontecendo permitiu a construção da imagem do planejamento não apenas como um método de elaboração de *planos*, mas sobretudo como uma ferramenta à disposição do gerente para operar no processo de ação cotidiana para transformar a realidade institucional e para dar viabilidade aos seus projetos. Para tanto, foi especialmente rica a etapa da avaliação do item *governabilidade*, simbolizado pela letra G ou g, para indicar o maior ou menor grau de governabilidade (o grupo utilizou para *avaliar* qual o g ou G que apresentava para cada ação/operação que se permitiu planejar). Em consequência, o grupo foi interrogado sobre por que determinadas ações tinham alta governabilidade e não vinham sendo realizadas e que espécie de impedimento ou obstáculo concreto não permitiam que as mesmas

acontecessem. Em grande parte, as respostas construídas se caracterizaram como produto de uma certa inércia operativa.

O módulo das tecnologias para a produção do cuidado em saúde

No módulo seguinte: “tecnologias para a produção” do cuidado, foi desenvolvido o tema tecnologias e seu papel na construção de modelos assistenciais para a produção da saúde, individual e coletiva, num lugar chamado serviço de saúde. O interesse foi o de aumentar a capacidade da caixa de ferramentas de quem governa, de modo a poder operar de maneira mais competente sua ação governamental. Uma das tecnologias elaboradas foi a cartografia: instrumento que possibilita a quem governa construir o mapa dos territórios onde pisa junto com os outros e poder perceber as explosões ou se antecipar a elas.

A cartografia ajuda a fazer um trabalho coletivo com o conjunto dos sujeitos dentro do estabelecimento, para que todos consigam pensar em si mesmas e nos outros e construir uma pauta de discussão. Ou seja, é possível criar um guia prático para organizar uma ação cotidiana do serviço por meio de discussão com o conjunto dos envolvidos.

A carta desenhada, dessa forma, é uma ferramenta mental para pensar as situações e poder estabelecer conexão entre determinadas situações e o estabelecimento da ação. O território a ser cartografado é um território previamente definido que, no caso da capacitação, foi definido como o mapa de lugares que produzem cuidado: um mapa que pode ser chamado *mapa da política do estabelecimento de saúde*, que implica sujeitos em ação estabelecendo relações de poder entre si. A organização de projetos implica sujeitos organizados em termos de ação dentro de um certo serviço e, na produção do cuidado, implica sujeitos em ação operando processos produtivos. Mapa é lugar de sujeitos. Projeto não é só aquilo que o sujeito em ação formaliza no discurso, mas é aquele texto que ele formaliza na ação. (MERHY, 2002).

O outro conceito que foi explorado nesse módulo é o de que qualquer estabelecimento de saúde é um lugar de produção de cuidado. Estabelecimento não é somente território físico como hospital, ambulatório de especialidade, centro de saúde;

também equipes da saúde são componentes desse estabelecimento. Isso acontece porque, no seu interior, os trabalhadores se organizam para produzir o cuidado. Isso é fundamental para começar a trabalhar mapas dessa produção no campo da saúde para poder identificar as identidades de fundação dos estabelecimentos, pois existem modelos de produção do cuidado que não são bons produtores de saúde e existem modelos de produção do cuidado que são melhores produtores de saúde.

Foi explorada também a questão de que um trabalho tecnológico não é só a parte dura, material do processo de trabalho. A parte não-material também é tecnologia. As tecnologias que estão ligadas aos processos produtivos têm pertinência, têm sentido em processos de trabalho nos quais a finalidade perseguida já está dada previamente, e o processo de trabalho terá de realizar essa finalidade. Para fazer isso, além da capacidade técnica do trabalho, lança-se mão de tecnologias materiais e não-materiais (intuição e/ou saber) que realizam esse produto.

Nesse sentido, é possível falar de três tecnologias de que podem dispor os trabalhadores da saúde (MERHY; ONOCKO, 1997): – tecnologias duras (máquina e equipamentos); – tecnologia leve/dura (saber estruturado – epidemiologia, clínica, educação em saúde); – tecnologias leves (só existe em ato, é o momento do trabalho vivo).

A produção do cuidado envolve as três tecnologias, mas os modelos variam conforme o modo de relacionar e de dar conteúdo a essas tecnologias. A tecnologia leve, das relações é um patrimônio do conjunto das práticas dos trabalhadores de saúde porque pode construir confiança, espaços de escuta, acolhimento, desacolhimento, autocuidado, descuidado, vínculo, responsabilização, desresponsabilização, controle e autonomia do trabalhador no processo de trabalho.

Por isso, cartografar, fazer mapa da micropolítica é, no fundo, encontrar o campo de tensão existente na produção do cuidado sendo que um deles é o controle *versus* autonomia. A maneira como a autonomia é usada pelo trabalhador, do ponto de vista do privado e do público; o encontro do sentido de valor de uso que o modelo faz em relação à vida e o que o usuário faz em relação à vida são campos de tensão privilegiados quando é construída a cartografia da produção de cuidado. Essa cartografia cria a possibilidade de analisar essas tensões no cotidiano para compreendê-las e colocá-las em discussão no coletivo de trabalho.

Módulo sobre a construção do sujeito e auto-gestão profissional

No módulo subsequente, foi desenvolvido o enfoque da *auto-gestão*, dando continuidade ao tema: controle *versus* autonomia, o que levou o grupo a explorar o universo das relações institucionais e seus conflitos.

Um objetivo desse módulo foi o de aprofundar o reconhecimento e a significação (para os processos gerenciais em seu encontro cotidiano com os processos singulares dos diferentes profissionais), as suas diferentes inserções e de seus diferentes tempos institucionais quando colidem com o tempo da gestão e de seus projetos em disputa.

A matriz trabalhada com o grupo buscou um eixo de análise que relacionou uma série de conflitos vivenciados pelos gerentes, em cada uma de suas instâncias governativas – nível central, nível local, núcleos técnicos de apoio – que foram discutidos, a fim de que revelassem quais as suas tensões constitutivas.

O passo seguinte foi o de recuperar a memória e analisar como os conflitos tinham sido trabalhados pelo ator até aquele momento. Essa análise foi submetida a um processo de discussão coletivo a fim de ter apontadas outras possibilidades de superação. Com isso, o tema da rigidez institucional, com seus tempos burocráticos, suas normas e operações, suas regras e limites via-se cotejado com a instigante questão do trabalho vivo, do reconhecimento da ideia de que todo e qualquer profissional da saúde faz clínica, constrói relações, têm projetos e os disputa, e que essa relação é potencializadora de tensões que se expressam em conflitos e que tumultuam a agenda de trabalho o tempo inteiro.

Ao final, ficou evidente que o tema dos conflitos cotidianos é elemento importante na agenda da gestão e requer competências específicas para a sua resolução as quais passam pela capacidade de fortalecer o desenvolvimento do trabalho vivo e a utilização de tecnologias leves, que são as relacionais.

O módulo de informações e avaliação em saúde

Neste módulo foram apresentados diferentes aspectos sobre avaliação dos serviços de saúde. O módulo foi desenvolvido com a apresentação dos conceitos de avaliação e sua evolução histórica. Posteriormente, foi realizada uma discussão acerca das principais metodologias de avaliação. Também foram apresentadas as etapas para a construção de um sistema de avaliação e analisadas as perspectivas de instituir um processo de avaliação.

Com essa base conceitual, foi possível discutir a importância da estruturação de um *sistema de informação em saúde* e da avaliação local. Houve, então, o momento de conceituar dados, informação, indicador, sistema de informação. Também foram identificadas as potencialidades dos principais sistemas de informação em saúde e os principais indicadores de saúde ligados à morbidade e à mortalidade, o processo de seleção de indicadores, as formas de obtenção e as principais utilizações. Por último, no bloco de encerramento, foi discutida uma proposta de avaliação de serviços em saúde, os marcadores para essa avaliação, e os indicadores de avaliação local. Tudo, em síntese, para repensar a avaliação de modelos assistenciais.

Considerando a complexidade dos temas desenvolvidos e respeitando o ritmo dos gerentes para o desenvolvimento das atividades, toda a carga horária prevista para esta estratégia foi utilizada nos módulos apresentados ficando os outros, que foram propostos como demanda para o ano subsequente.

Desenvolvimento das oficinas de capacitação gerencial

As oficinas foram divididas de acordo com as etapas do ciclo vital que deram a base para a estruturação do *protocolo*. A divisão de oficinas e módulos em blocos teve apenas caráter organizador para sua apresentação textual, pois foram realizados em esquema de intercalação, ou seja, entre uma oficina e outra, realizou-se um módulo temático.

Todas as oficinas trabalharam com uma sistemática que consistiu em inicialmente se fazer um levantamento acerca do que vinha sendo feito para submetê-la a uma análise crítica pelo grupo, à luz da leitura e discussão do tal protocolo e, com isso, foram produzidos os *planos* de aplicação e implantação do instrumento. Para tanto, os participantes tinham uma tarefa inicial: preencher uma matriz descritiva das ações que vinham sendo realizadas naquele momento referentes ao ciclo sob estudo, identificando variáveis sobre: qual a ação realizada, quem a faz e como a faz, ou seja, um levantamento de como se processava o trabalho nas equipes de saúde. Significa que a base inicial de construção de novos saberes foi o conhecimento dos próprios sujeitos e as atividades foram exigindo reflexões e abstrações mais completas e complexas de tal forma que fosse possível a cada participante obter referências para construção de novos conhecimentos ou ancoragem de novas informações que pudessem servir de base às reflexões subseqüentes.

Este levantamento era, então, discutido e problematizado e se consolidava o *novo* modo de organizar e operacionalizar a assistência específica pela montagem de um novo quadro, em que se passava a responder: como deveria ser feita a ação e quem deveria fazer ou passar a fazer a partir dos referenciais contidos no Protocolo de Ações Básicas de Saúde.

Esse processo procurou revelar as incoerências do processo de trabalho vigente, mostrando as lacunas de integração e explicitando a reprodução de um modo de produzir o cuidado que, apesar de formalizado segundo uma lógica usuário-centrada, continuava a operar na lógica procedimento-centrada. Assim, a reconstrução implicava constituir e definir uma agenda de trabalho para a gestão ao implantar as modificações necessárias para inverter esta lógica de atenção. Simultaneamente, o exercício de montagem dessa agenda utilizava elementos trabalhados nos módulos temáticos à medida que iam ocorrendo.

Para a efetivação de tais aspectos, uma diversidade de recursos metodológicos foi posta a serviço dos gerentes, tais como: sala de situação, dramatização, fluxogramas, trabalho em rede, trabalhos em grupo, técnica para resolução de problemas, trabalhos individuais (preferencialmente reflexivos). Independentemente do tipo de recurso utilizado, a problematização foi a tônica dos encontros, tendo o protocolo como eixo norteador de análises em relação à produção do cuidado em saúde.

Como parte da metodologia escolhida, foram criados instrumentos próprios de registro. Assim, em diferentes momentos, relacionados a cada um dos ciclos vitais, por exemplo, os gerentes respondiam individualmente a um instrumento sobre *o que é feito nas UBS, como é feito e quem faz* (identificação do real), seguido da reflexão sobre *como deveria ser feito* (situação ideal), em relação a cada um dos procedimentos elencados no protocolo. Esse instrumento, além de permitir aos gerentes avaliar a situação existente e projetar a situação ideal, deveria permitir que os mesmos reconheçam onde e como se situam em relação a esses dois extremos. Outro instrumento criado buscou, ainda, permitir que fosse feita uma avaliação de viabilidade em relação à aproximação entre as situações real e ideal, com ênfase na identificação das dificuldades e “nós” críticos existentes, das estratégias possíveis de ser produzidas para “vir a ser” e, principalmente, avaliar o grau de governabilidade do gerente em relação à sua capacidade de decisão e de poder, para efetivar mudanças julgadas necessárias.

Ao final de cada oficina, os gerentes locais tinham a demanda de propor e realizar um plano de efetivação da reorganização da assistência em nível local, conjuntamente com suas equipes, a partir das definições que haviam sido apontadas pelas oficinas. Para essas atividades também foram construídos instrumentos próprios de registro.

A primeira oficina foi a da gestante. Nela foi trabalhada uma técnica de revisão dos conceitos-chave que modulavam a estrutura do *protocolo*, além da construção do processo de trabalho de atenção à saúde da gestante nos moldes em que foram descritos. Nesta oficina, também foram trabalhados com recursos de dramatização para a discussão de como operam as práticas de saúde em relação à gestante nas unidades: elemento de representação que permitiu uma crítica do processo de forma lúdica e facilitadora das discussões.

A oficina seguinte (da criança) utilizou um fluxograma analisador como ferramenta de visualização do processo de trabalho de modo sistemático, o que permitiu analisar questões e produzir subsídios para melhor reorganizar o trabalho local. Além desses, ao se clarear e discutir ações da área da criança, se exercitou e consolidou a compreensão da linha de produção do cuidado, disponibilizada aos gerentes pelo módulo que o antecedeu.

Esse processo se repetiu por ocasião das demais oficinas – adolescentes, adultos, idosos. Cada vez, os gerentes locais foram realizando suas tarefas e discussões se valendo das ferramentas de gestão disponibilizadas pelas discussões e tematizações dos módulos, não necessariamente numa relação linear e direta, mas à medida que sentissem a necessidade de adequação do uso. Ao final, de todas as oficina, os gerentes realizaram montagem de discussão das ações de cuidado na unidade como tarefa de dispersão.

Atividades realizadas na primeira oficina referentes a gestante

O objetivo da descrição resumida das atividades propostas na primeira oficina tem como objetivo aumentar o grau de percepção sobre o processo desenvolvido e a diversidade de competências envolvidas nestas atividades.

A oficina foi dividida em três grandes momentos:

- reconstrução dos conceitos básicos necessários ao gerenciamento em saúde, com ênfase no significado do *protocolo* para os gerentes;
- atividades relacionadas à gestante;
- execução de oficinas locais e avaliação do processo de desenvolvimento das oficinas locais.

As atividades desenvolvidas nesses três momentos foram:

- levantamento das expectativas dos sujeitos em relação à oficina, desenvolvido pela síntese das expectativas individuais, escrita em folhas de papel e afixadas posteriormente na parede e socializadas pelos autores ao grande grupo;
- **Tarefas 1 e 2:** voltada à construção inicial dos conceitos básicos necessários para o trabalho em saúde e à reconstrução dos conceitos após consulta ao *protocolo*. Os dois momentos foram registrados em quadros, previamente preparados para esse fim.

Para socialização desses conceitos, foi feito um trabalho em grande grupo, no qual os sujeitos avaliavam os resultados das construções iniciais e finais e faziam uma análise da forma como tais conceitos são utilizados no cotidiano de trabalho.

– **Tarefa 3:** significado do *protocolo* para os gerentes. Cabe ressaltar a importância dessa atividade como possibilidade de avaliar o significado real dessa potente ferramenta de trabalho para os gestores municipais da saúde.

– **Tarefa 4:** atividades relacionadas à gestante

a) *atividades 1 e 2:* os gerentes foram convidados a preencher um *mapa* de referência das atividades desenvolvidas nas UBS com gestantes, para responder (em um primeiro momento) a duas questões: O que é feito? Como deveria ser feito? Na sequência respondiam a duas outras questões: Como deveria ser feito? Quem deveria fazer? Esse tipo de atividade permitiu uma reflexão sobre o cotidiano de trabalho, além de ter permitido a seleção de aspectos a serem considerados na construção de planos locais de trabalho, relacionados à gestante. Esse quadro, daqui para frente, será denominado *mapa de análise* e será utilizado em todas as etapas do ciclo vital.

O objetivo dessa atividade foi sistematizar informações que aumentem assim a percepção dos gerentes sobre como está o trabalho em saúde e que elas possam ser utilizadas pelos gerentes como subsídios para a tomada de decisões sobre o que deveria ser feito para qualificar o trabalho em saúde oferecido à população.

b) *atividade 3:* levantamento das dificuldades encontradas para fazer o que deveria ser feito, das estratégias possíveis de vir-a-ser e a avaliação do grau de governabilidade do gerente em relação ao que deveria ser feito para vir-a-ser.

c) *atividade 4*: socialização das reflexões individuais e análise das diferentes situações e estratégias, culminando com a organização de um teatro, no qual foram apresentadas duas situações: o que é feito com a gestante nas UBS e o que deveria ser feito.

– **Tarefa 5**: planejamento de oficinas locais. Essa atividade foi desenvolvida com o objetivo de comprometer o gerente em relação à construção de conhecimentos relacionados à gestante nas equipes da saúde e a construção local de estratégias de modificação do trabalho com a gestante. É uma atividade de multiplicação de conhecimentos e de fortalecimento das habilidades dos gerentes como educadores em saúde que são.

– **Tarefa 6**: avaliação final dos trabalhos da oficina relacionada à gestante. Após a execução das oficinas locais e anteriormente ao início dos trabalhos relacionados à oficina dirigida à criança, foram avaliadas as atividades desenvolvidas na primeira oficina mediante a aplicação de um **instrumento de avaliação das oficinas locais**. Dito instrumento foi composto pelas seguintes questões orientadoras, as quais foram entregues uma a uma:

- De uma forma geral, quais aprendizagens mais importantes foram desenvolvidas pelos trabalhadores em saúde, mediante o desenvolvimento da oficina local com gestante?
- Lembrando como você planejou o processo, procure pensar se há outras formas de desenvolvê-lo. Em caso positivo, quais seriam essas formas?
- Comparando a forma de desenvolvimento que foi utilizada e as novas formas que pensou serem possíveis, considerando que você deveria reproduzir a experiência, você manteria ou modificaria a forma como o processo foi desenvolvido? Justifique sua resposta.
- Ao propor e desenvolver um processo de aprendizagem com os profissionais de seu território, você também desenvolve aprendizagens. O que você aprendeu ao desenvolver essa experiência?

Este tipo de avaliação permite aumentar a visibilidade dos gerentes para o desempenho de suas funções educativas e a plasticidade cognitiva e criatividade requeridas para este tipo de atividade. O objetivo de tal atividade é desencadear um processo de reflexão (pensar sobre o pensar) que possa instrumentalizá-lo para o desenvolvimento de processos de aprendizagem.

Apresentação de algumas evidências percebidas com o desenvolvimento da oficina de capacitação relacionada à gestante

Em relação a tarefa 1, que diz respeito ao levantamento das expectativas os objetivos dos gerentes foram variados: muitos focalizaram suas expectativas em torno da construção de conhecimentos próprios e das trocas de experiências que pudessem qualificar sua atuação como gerente de território; outros em relação à qualificação do trabalho em equipe, ao plano local e à utilização do protocolo no cotidiano de trabalho; um terceiro grupo tinha seu interesse em reconhecer a situação atual de atendimento à gestante. O fato de a maioria dos sujeitos ter tido uma expectativa que ultrapassava a esfera pessoal, pode ser considerado positivo no sentido de que permitiu que a capacitação pudesse de fato interferir nos processos de trabalho desenvolvidos nos diferentes territórios que compõem a área de abrangência da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul.

Revisão de conceitos básicos presentes no Protocolo de Ações Básicas em Saúde de Caxias do Sul

Qualquer que seja a habilidade/competência necessária ao gerente, há a necessidade inicial de revisão da estrutura conceitual sobre a qual tais competências serão desenvolvidas. Desta forma, a capacidade de desconstruir e reconstruir conceitos aponta como um pré-requisito, na medida em que os mesmos influenciam a conduta profissional e a determinam em algum grau. A familiaridade dos gerentes com os conceitos dificultam a reflexão permanente sobre os mesmos e sua reconstrução.

Se competência é entendida como a forma do indivíduo agir com eficiência e eficácia em diferentes situações, utilizando o conhecimento existente, mas sem limitar-se a eles (PERRENOUD, 1999), então, num processo de capacitação permear os módulos e oficinas com uma permanente reflexão sobre como os conceitos são entendidos é uma maneira de favorecer seu questionamento e introduzir novos elementos para reestruturar a forma de pensar sobre eles.

Quadro 4- Significados construídos pelos gerentes sobre os conceitos básicos relacionados ao Protocolo de Ações Básicas de Saúde

Conceitos	1ª Construção	2ª Construção
Saúde	No geral, o conceito é construído com base nos termos <i>bem-estar</i> e <i>equilíbrio</i> , o que demonstra certa imprecisão e limitação em relação ao conceito.	Há nítida alteração na construção com a inclusão de expressões como: <i>qualidade de vida</i> , <i>fatores determinantes</i> , <i>condição de saúde</i> . Apenas 2 sujeitos mantiveram a forma de construção, as quais são insuficientes e imprecisas.
Necessidade de saúde	Expressa na forma de <i>falta de bem-estar</i> e de <i>equilíbrio</i> .	Reconstrução marcada pela ampliação do conceito com a inclusão de idéia de que é <i>singular, diferente e abstraída do cotidiano</i> .
Integralidade em saúde	Veio limitada a <i>ver o indivíduo como um todo</i> , de <i>forma integral</i> . Três sujeitos limitaram-se a repetir que significa <i>estar bem, física e emocionalmente</i> .	Conceito redefinido como um conjunto articulado de ações e serviços, marcado pela integralidade em ações interdisciplinares. Apenas (1) sujeito não apresentou tal ampliação.
Acesso	Sua característica principal é <i>criar mecanismos para que os usuários tenham acesso ao sistema</i> .	Ao significado inicial foi acrescentado por gerentes (5) <i>acesso às informações</i> .
Acolhimento	Muitos resumiram a definição em <i>escuta qualificada</i> (5); outros acrescentaram a isso a <i>escuta</i> e a resposta positiva a ela (5), ou ainda, ser <i>solidário</i> (1). Dois sujeitos foram circulares ao definir como <i>acolher o indivíduo</i> .	Apenas sujeitos (2) não reconstruíram os conceitos, e os que o fizeram acrescentaram aspectos como: a <i>relação do usuário com os serviços de saúde</i> ; o <i>início da construção do vínculo</i> ; e a possibilidade de <i>autonomização do sujeito</i> .
Vínculo	Os termos que mais apareceram foram: • estar ligado a uma equipe ou criar laços (4); • usar os serviços (1); • estabelecer relação de confiança (5); • acolher os compromissos (2); • uma resposta foi vaga.	Três gerentes mantiveram o conceito. Outros acrescentaram os termos: • <i>relação personalizada e responsável</i> (7); • dois mantiveram um conceito vago (2) e (1) que modifica o modelo médico centrado no usuário/ equipe centrado.
Responsabilização	Sua definição foi feita com os termos como <i>compromisso</i> (5); <i>responsabilidade</i> (4). No geral, predominou o sentido de responsabilidade da equipe em relação ao usuário.	Além dos iniciais foram acrescentados: <i>autonomia, relação personalizada</i> . Há um equilíbrio de sentido entre a idéia de responsabilidade da equipe e do usuário pela saúde. Sujeitos (3) não fizeram alteração na definição inicial.
Responsabilização sanitária	Há uma dificuldade para a explicação desse conceito, já que gerentes (5) não o explicitaram inicialmente. Os que o fizeram deram ao mesmo um sentido semelhante ao anterior (responsabilização) ou usaram expressão vaga.	Emerge a idéia de que <i>vigilância à saúde</i> , abrangência, e <i>epidemiologia</i> são a prática sanitária interdisciplinar. As dificuldades parecem contínuas, já que sujeitos (2), mesmo definindo inicialmente de forma vaga, não refizeram o conceito.
Resolutividade	Expressa com o sentido geral de <i>solucionar problemas de forma positiva ou satisfatória</i> .	A idéia original é acrescida a percepção do aspecto <i>agilidade</i> .
Gestão democrática	Expressa com o sentido básico de <i>participação</i> popular, com respeito a <i>decisões coletivas</i> .	Indivíduos (5) mantêm o conceito original, e os demais acrescentam a idéia contida no <i>protocolo</i> como um sistema de <i>co-gestão aberto à participação dos interesses populares</i> .
Controle social	Dos (13) sujeitos gerentes (11) apresentam a idéia de participação e controle da comunidade em relação ao trabalho e a ações das UBS e(2) no sentido de <i>manter o controle da população</i> .	A idéia da totalidade de gerentes é a garantia de espaços de participação da população.
Trabalho em equipe	Definido por <i>estar integrado, agir em conjunto, aceitar idéias, dividir conhecimentos, pactuar ações consensadas e partilhadas, participação conjunta, planejamento em equipe, construção coletiva, ajuda mútua, cada um fazer sua parte</i> . Há portanto, grande diversidade na forma de entendimento quanto a esse conceito.	A segunda construção é menos ampla e se centra na mobilização de conhecimentos técnicos e de diferentes saberes, sem que seja claro o porquê dessa necessidade. Dos sujeitos, apenas (1) defende a idéia de que é importante definir quem é responsável pelos projetos, pela articulação da rede e pela pactuação das ações.
Risco em saúde	Bastante vinculado à idéia de algo prejudicial. Esse algo é definido como <i>situações, fatores e determinantes</i> .	Definido prevalentemente como <i>probabilidade de ocorrência de problemas de saúde, e relações de determinação de doenças</i> .
Ciclo vital	Definido como fases ou etapas da vida.	Definido como <i>estágios sucessivos que exigem adaptação</i> .
Projeto terapêutico	Sujeitos (2) desenvolvem o conceito em torno da idéia de discussão conjunta; não explicitou (1); foi vago (1) e os demais discutem a idéia de <i>ações programadas conjuntamente</i> .	As respostas são insatisfatórias e não suficientemente claras. Acrescentam à formulação inicial a idéia de rede de cuidados singulares, específicos planejados e articulados aos usuários.
Ações básicas em saúde	Bastante vinculadas à idéia de ações mínimas e muitas vezes limitadas à orientação. Alguns apresentam a idéia de ações que visem à prevenção.	Predomina a idéia de <i>cuidados básicos em saúde ao longo do ciclo vital</i> . Ainda permanecem conceitos vagos (2) e incompletos.
Unidade Básica de Saúde	Local que presta serviços básicos de saúde à população. Muitos sujeitos a vinculam ao local de prevenção.	Mantêm a mesma idéia básica, acrescentando ainda a idéia de <i>centro do sistema</i> e de <i>resolutividade</i> .
Território	Prevalece a idéia de espaço físico delimitado geograficamente.	Prevalece a idéia de espaço e/ou percurso que compõe a vida cotidiana dos usuários.

O objetivo dessa atividade (tarefas 1 e 2) foi o de resgatar conceitos básicos relacionados ao modelo técnico-assistencial e de gestão. Pedagogicamente, essa parte da Oficina foi conduzida com o objetivo de levar o indivíduo a revisar seus conceitos, produzindo-os de acordo com suas próprias percepções, conhecimentos e experiências. Depois, foram examinados os conceitos apresentados no *protocolo* e reconstruídos ou ressignificados. Após a construção inicial, os conceitos foram examinados para verificar o quanto e em que grau eram utilizados no cotidiano de trabalho. Os resultados correspondentes à primeira e a segunda construção, são apresentados no quadro 4.

A análise do quadro sugere uma representação mental do conjunto de gerentes para cada um dos conceitos básicos que aparecem no cotidiano de trabalho. Muitas dessas representações são imprecisas ou até equivocadas; precisam ser reconstruídas ao longo do processo de capacitação. No geral, a segunda construção é mais completa, no entanto, muitos gerentes fizeram uma transição do conceito existente no *protocolo*, e isso não dá garantia de que tenha havido uma real modificação da *representação mental* dos sujeitos em relação a esses conceitos. Por outro lado, a existência de conceitos vagos, em qualquer uma das duas fases trabalhadas, permite inferir a não-utilização do *protocolo* como instrumento de trabalho.

Partindo do pressuposto de que os conceitos exercem influência no exercício profissional, especialmente na conduta, é possível acompanhar a forma como esses conceitos estão exercendo essa influência no processo de trabalho.

Na tentativa de tornar consciente a importância dos conceitos na vida profissional, a tarefa de culminância foi examinar e descrever como esses conceitos perpassam o cotidiano de trabalho de cada um. Ao longo do processo de capacitação, esses conceitos foram sendo revisitados continuamente, de forma a aumentar o grau de clareza sobre eles.

Aspectos relacionados ao significado do Protocolo de Ações Básicas em Saúde

Na tarefa 3, os gerentes explicitaram o significado do *protocolo* de Ações Básicas em Saúde. Protocolo esse, que foi implantado em 1999, deveria estar sendo utilizado desde então como instrumento ou ferramenta norteadora das ações básicas em saúde.

Todos os gerentes expressaram o significado do Protocolo como algo desejado, ou seja, significado que o mesmo terá no futuro ou poderá vir a ter. Este fato indica que esta ferramenta não está sendo adequadamente utilizada por todos os gerentes e trabalhadores de saúde. Alguns gerentes o apresentam como uma ferramenta que norteia o processo de trabalho de equipe ou que apóia o desenvolvimento de ações básicas. Dois deles o reconhecem como importante na implantação do modelo de assistência.

Essas atividades foram metodologicamente planejadas para proporcionar um repensar inicial quanto aos conceitos básicos e quanto ao valor do protocolo. Essa sensibilização inicial, mesmo que não represente uma ressignificação dos conceitos, certamente dá origem a dúvidas em lugar de certezas, o que, por sua vez, é um primeiro desejo para a construção de novos referenciais que possam influenciar novas formas de agir.

Atividades relacionadas à gestante

O quadro 5 apresenta as dificuldades que os gerentes percebem quanto ao desenvolvimento de atividades relacionadas à gestante e às estratégias propostas para vir-a-ser.

Quadro 5- Dificuldades apresentadas para intervir e estratégias de intervenção em relação ao atendimento a gestante

Itens (N=8)	Dificuldades para fazer o que deveria ser feito	Estratégias para vir-a-ser
Equipe responsável	• Múltiplas demandas (2) • N° reduzido de profissionais (3) • Falta comprometimento da equipe (2) • Demanda excessiva (2) • Falta de entendimento da equipe (1) • Médicos não colaborativos (1) • Grupo desestimulado (1) • Equipe não aderida (1) • Acúmulo de atividades (1)	• Priorizar gestantes (1) • Contratar mais profissionais (5) • Tentar envolver a equipe (2) • Usar dados estatísticos para avaliar o que é feito (1) • Aumentar a carga horária do ginecologista (1) • Monitorar trabalho (1)
Captação da clientela	• Falta de organização e sistematização do serviço (2) • Não respondeu (2) • Captar antes da 14ª semana de gestação (1) • Não há (1) • Inexistência de arquivo rotativo e cadastramento (1) • Falta de disposição da enfermeira (1) • Falta de condições do gerente de participar das reuniões de comunidade (1) • Ausência do ACS (1)	• Organizar e sistematizar o serviço (3) • Sensibilizar toda a equipe para o trabalho com gestantes (2) • Pactuar com os profissionais (1) • Não respondeu (2) • Ter mais tempo na UBS (1)
Agendamento	• Não há dificuldades (2) • Usuário busca a unidade (1) • Número insuficiente de consultas médicas (1) • Não-acolhimento à gestante (1) • Demanda excessiva (1) • Não respondeu	• Não respondeu (3) • Acolhimento implantado (1) • Aumentar ao número de consultas do ginecologista (1) • Rever a forma de abordagem na recepção (2) • Qualificar o atendimento (1)
Calendário mínimo a) consultas clínicas em pré-natal b) Consultas no puerpério	• Não há dificuldades (2) • Falta cadastramento e busca ativa de faltosos (2) • Procedimentos incompletos na consulta ao ginecologista (1) • Demanda espontânea (1) • Baixo número de consultas de algumas (1) • Grande demanda (1) • Não-agendamento e falta de controle na 2ª consulta (3) • Recepcionista não sabe que é puerpera (1) • Baixo número de consultas (1) • Não há monitoramento (1) • Não procura pela usuária (1) • Não há (1)	• Buscar faltosos (1) • Não respondeu (4) • Cadastrar gestantes (1) • Organizar serviços com a gestantes (1) • Mais recursos humanos (1) • Criar agendamento de consultas no puerpério (2) • Melhorar a qualidade da consulta médica (1) • Orientar a recepção (1) • Concentrar em dias para compatibilizar com pediatra (1) • Organizar com a equipe (1) • Maior incentivo no pré-natal e no hospital (1)
Cadastra-mento e arquivo	• Não há dificuldades (4) • Não é feito por insuficiência de RH (2) • Não é feito (1) • Fazer arquivo (1) • Equipe desestimulada, não-orientada e desorganizada (1)	• Organizar a equipe (3) • Trabalhar quanto importância com a equipe (3) • Cadastrar (1) • Convencer a equipe (1) • Cadastrar no sistema da SMS todas as gestantes (1)
Arquivo rotativo	• Utilizar livro próprio (3) • Recepção e enfermagem (1) • O método é desconhecido (1) • Controle pelo livro de registro (1) • Não há dificuldades (2)	• Conhecer melhor como utilizar o arquivo rotativo e sua utilidade (2) • Implantar e capacitar a equipe (2) • Cadastrar (1) • Implantar (1)

Controle de faltosos	• Buscam-se às vezes (1) • Falta de cadastro e serviço disperso, sem controle (2) • Transporte de funcionários e tempo (3) • Insuficiência de tempo do enfermeiro para monitorar (1) • Falta de arquivo rotativo (2)	• Busca de 100% dos faltosos (1) • Cadastramento (2) • Organizar o serviço (1) • Ter carro disponível (2) • Rever processo de trabalho (1) • Contratar mais um auxiliar (1) • Implantar arquivo rotativo (2)
Procedimentos técnicos a) Consulta clínica individual b) Assistência odontológica c) Atendimento individualizado d) Atividades de grupo e) Visita domiciliar f) Atividades comunitárias	• Realizada pelo ginecologista, sem dificuldades (3) • Falta qualidade e há pouca confiança das usuárias no profissional (1) • Pouca permanência do médico na UBS (1) • Não-preenchimento de dados no prontuário pelo médico (1) • Definição de quem verifica sinais vitais (1) • Não respondeu (1) • Sem dificuldades (3) • Atendimento feito em outra UBS (1) • Atende só 8 clientes (1) • Desinteresse da gestante (2) • Equipe não incentiva consulta (1)	• Rever com o médico os critérios na consulta pré-natal (2) • Sensibilização do médico (2) • Conscientizar e orientar (1) • Aumentar atendimento (1) • Maior entrosamento com a equipe (1) • Estudo de caso, projeto terapêutico (1) • Agendamento prévio entre as UBS (1) • Aumentar a oferta (1) • Sensibilização (1) • Mudar agendamento (1) • Maior participação da odontóloga nos grupos de gestantes (1)

O quadro 5 permite perceber que há um diversificado número de dificuldades apresentadas. Em relação à equipe responsável, as respostas confirmam a dificuldade de entendimento desse conceito, uma vez que o trabalho em equipe é, em si, uma estratégia para resolver problemas/dificuldades como: múltiplas demandas, número reduzido de profissionais, aumento da adesão de todos ao trabalho. Em outras palavras, contratar mais profissionais não garante o trabalho de equipe: o que o garante é uma nova forma de entendimento e organização conjunta do trabalho, para obtenção de fins comuns e metas claramente estabelecidas e pactuadas. As estratégias propostas para vir-a-ser são, na maioria, passíveis de solução pelo planejamento local. Vale ressaltar que, em relação à governabilidade do gerente em relação a essa estratégia, a maioria percebe-se com baixa governabilidade. Entretanto, a maioria das estratégias (por exemplo: desenvolver formas de monitoramento e de avaliação do trabalho, estabelecer prioridades, incluir análise de dados estatísticos como subsídios para o trabalho) são atribuições passíveis de ser desenvolvidas por gerentes qualificados para tal função. Outro dado interessante é que para uma mesma

ação, alguns gerentes sentem-se com governabilidade alta, enquanto outros, com baixa governabilidade, o que representa uma questão para ser socializado em grande grupo, uma vez que as diretrizes e políticas de processos de trabalho são as mesmas para todos os gerentes.

As dificuldades apresentadas em relação à captação da clientela e ao agendamento, também sinalizam ruídos na organização dos serviços e para a não-alteração (de fato) do modelo técnico-assistencial: os usuários continuam sendo os responsáveis pela busca da assistência, e ela continua sendo pensada numa dimensão médico-centrada. Muitos dos problemas relacionados à gestante podem ser solucionados por outros profissionais, desde que esteja devidamente organizado o trabalho de equipe. Mudar a lógica de organização das práticas não é fácil e requer gerentes técnica e politicamente preparados para propor mecanismos que fortaleçam novas formas de produzir o cuidado em saúde.

O mesmo ocorre para os processos de cadastramento e o arquivo. Nesses itens, os gerentes têm elevado grau de clareza quanto ao que é necessário para vir-a-ser, e grande parte sente-se com bom poder de governabilidade para alterar o processo de trabalho. A tomada de consciência, nesse caso, é o primeiro passo decisivo para a tomada de decisões e para o desenvolvimento de condutas autônomas.

Em relação aos procedimentos técnicos, as dificuldades maiores estão relacionadas diretamente ao trabalho de equipe, mais caracterizado como atividade multiprofissional. As estratégias para vir-a-ser, no geral, são de fácil solução, dependendo de alterações no processo de trabalho, as quais podem ser conseguidas pelo desenvolvimento de espaços de discussão, com tomadas de decisão coletiva sobre *como* desenvolver determinadas atividades.

Aspectos relacionados à avaliação das oficinas locais

O quadro 6 mostra que há diferentes e variadas aprendizagens percebidas. Muitas delas são complexas e difíceis de ser desenvolvidas em uma única oficina, especialmente se for considerado que a maioria dos gerentes desenvolveu a oficina em apenas um turno de

trabalho. Outro aspecto importante a salientar é que apenas três sujeitos referem aprendizagens relacionadas à utilização do *protocolo*, e um deles ainda se refere ao mesmo no sentido de iniciar contato. Tal aspecto deve ser ressaltado no sentido da necessidade de avaliar e de criar estratégias para a real utilização do *protocolo*, já que o mesmo foi criado e desenvolvido no sentido de orientar as ações em atenção básica desenvolvidas no município.

Quadro 6 – (Questão 1): Aprendizagens mais importantes desenvolvidas pelos trabalhadores em saúde, segundo a percepção dos gerentes

Tipos de aprendizagem
• Descrever as ações feitas (3) • Analisar o trabalho já desenvolvido (1) • Perceber a importância do <i>protocolo</i> (1) • Refletir sobre o acesso do usuário (1) • Responsabilizar-se pela saúde do usuário (1) • Refletir sobre condições locais do cuidado à gestante (1) • Formular plano local de cuidados a partir do <i>protocolo</i> (1) • Visualizar o estágio do trabalho (2) • Visualizar dificuldades (1) • Refletir (1) • Avaliar (1) • Analisar plano local (1) • Reforçar a importância do pré-natal (1) • Utilizar instrumento e ferramentas que possibilitam a análise da situação da saúde (1) • Melhorar relações interpessoais (1) • Perceber pontos fracos e possibilidades de mudança (1) • Iniciar contato com o <i>protocolo</i> (1) • Comparar a prática com o <i>protocolo</i> (1)

Quadro 7 – (Questões 2 e 3): Outras formas de desenvolver oficinas locais

Alteração em relação a forma original planejada	Formas de desenvolvimento das oficinas locais	Mantém ou altera a forma original planejada
Sim (10)	• Leitura individual (em casa) do <i>protocolo</i> (1) • Apresentação dos dados relacionados à gestante (1) • Identificação de falhas no atendimento (1) • Definição do que deveria ser feito (1) • Uso de questões norteadoras em grupo (2) • Realizaram em dois encontros (3) • Dramatização (1) • Usar o fluxograma local, construindo-o coletivamente (1) • Oferecer material previamente (1) • Utilizar novas ferramentas (1) • Partir da avaliação individualizada (1)	• Mantém (10) • Altera (3)
Não (3)		

O quadro 7 permite perceber que os gerentes reconhecem que podem realizar as oficinas locais de diferentes maneiras; isso indica, também, plasticidade cognitiva. No entanto, somente 3 dos 13 gerentes que participaram dessa atividade alterariam a forma de realizá-la. Há medo de tentar formas diferentes? Os gerentes não estão familiarizados com funções educativas? Um gerente precisa desenvolver diferentes competências para construir oficinas locais, de tal forma que as mesmas sejam adequadas às diferentes situações e estimulantes do ponto de vista do tipo de atividade proposto. Dessa forma, foi preciso sinalizar aos gerentes uma competência fundamental que é refletir sobre cada atividade desenvolvida, para poder aprimorá-la. Um profissional reflexivo em relação a sua prática poderá ser sempre mais criativo e dinâmico, características que podem ser consideradas fundamentais para a função educativa do gerente no trabalho com a equipe da saúde.

As demais oficinas foram desenvolvidas com algumas modificações quanto aos instrumentos utilizados. Por exemplo, em relação ao adolescente, foram convidadas a participar diferentes entidades que desenvolvem atividades com referida clientela para avaliar possibilidades de assistência integral a esses cidadãos esquecidos pela maioria das UBS. Com esses atores sociais, foi montada uma sala de situação, e essa foi a faixa etária com a qual os gerentes tiveram maior dificuldade para descrever o que está sendo feito, já que as iniciativas são poucas e fracamente dirigidas a ela. Ao que parece, embora o protocolo estabeleça atividades a serem desenvolvidas em todas as faixas etárias, crianças (após os 5 anos) adolescentes e idosos são atendidos apenas como demanda espontânea.

Ao refletir, em cada oficina em relação, as necessidades em saúde e as possibilidades quanto ao que pode vir-a-ser feito, os gerentes não apenas ressignificaram o protocolo, mas e principalmente, definiram novas formas de agir, pactuaram responsabilidades, construíram redes de petição e compromissos, que passaram a compor os planos locais de saúde.

Outro aspecto a destacar em relação à realização das oficinas foi a permanente reflexão sobre o papel do gerente para conduzir processos de trabalho centrado nas necessidades em saúde da população e no trabalho em equipe com a definição de responsabilidades. Gradativamente, os gerentes foram percebendo seu papel e superando uma dificuldade inicialmente expressa: separar ou perceber melhor seu papel de gerente em saúde e do profissional de saúde.

Esse resultado aponta para a importância da capacitação, já que, sem essa distinção, é muito difícil os gerentes assumirem as competências específicas que caracterizam este trabalho e se comprometerem com o aprimoramento das mesmas de forma que possam assegurar uma atuação gerencial efetiva.

Em relação aos conceitos, percebe-se um avanço geral de significação deles; no entanto, ainda não suficientemente significados. Tal afirmação baseia-se no fato de que muitos participantes apenas se limitaram a copiar o conceito apresentado no protocolo e demonstraram, em consequência, durante a socialização, a não-ressignificação do conceito.

Esse processo permitiu identificar a necessidade de investir no desenvolvimento de competências específicas e na revisão e construção do papel do gerente, considerando que a representação mental que os gerentes possuem a respeito de seu papel ainda não é suficientemente clara.

4.5- Competências gerenciais como resultado das expressões dos gerentes

A partir das expressões dos gerentes sobre quais competências constituem o trabalho gerencial, realizado em UBS, foi possível construir um quadro, que mostra tipos de competências que foram apontadas pelos gerentes e identificadas ao término do processo de capacitação gerencial, bem como, as competências indicadas pelos gerentes a partir do questionamento realizado após um ano da realização da referida capacitação. No quadro 8, está explicitado o conjunto de competências identificadas e que foram organizadas em quatro núcleos: competências que se referem ao planejamento local de saúde; se referem à condução do trabalho gerencial, outras relacionadas ao trabalho com coletivos organizados e, ainda, as relacionadas ao trabalho educativo em saúde. Cabe esclarecer que, se competência é a “capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade, em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural” (DELUIZ, 2001b), as expressões, elencadas no quadro 8, não se constituem nas competências em si, mas em **elementos constitutivos de competências** que se tornam objetiváveis na ação gerencial.

Quadro 8- Competências gerenciais derivadas das expressões dos gerentes

Núcleo de competências	Competências para gerenciar
Planejar localmente em saúde	- Elaborar e implementar planos locais de saúde com a participação dos atores envolvidos; - Utilizar fluxograma para análise do processo de trabalho; - Construir indicadores de saúde com as equipes para subsidiar planos locais de saúde; - Utilizar ferramentas para planejar/desenvolver/avaliar atividades/ações do cotidiano da UBS; - Utilizar o protocolo de forma continuada para subsidiar o planejamento local; - Planejar localmente intervenções profissionais (preventivas, educativas, reuniões, grupos); - Caracterizar a realidade local do território de abrangência; - Delimitar a área de abrangência de cada território; - Utilizar indicadores como metas a serem alcançadas; - Organizar o serviço a partir do ciclo vital; - Realizar rede de petição e compromisso; - Reavaliar a prática do planejamento local; - Avaliar necessidades de recursos humanos para implementação de <i>plano local</i>; - Estabelecer prioridades de ações locais; - Utilizar recursos comunitários nos planos locais de saúde; - Avaliar indicadores em nível local/municipal; - Utilizar informações existentes (SIGAB, livros de registros da UBS, arquivos rotativos e cadastros) para planejamento local de saúde;
Trabalhar com coletivos	- Coordenar reuniões periódicas com a equipe para organização e avaliação do trabalho da UBS; - Interagir com diferentes recursos da comunidade - Realizar reuniões do Conselho Local; - Realizar reuniões com lideranças locais; - Formular com a equipe projetos terapêuticos; - Realizar reunião do Colegiado Gestor Local; - Participar de reuniões com outros gerentes para discutir e implementar ações em saúde; - Ampliar conhecimento e diagnóstico da comunidade;
Educar em saúde	- Capacitar equipe local da saúde; - Facilitar e incentivar a participação dos profissionais em capacitações e na busca de maior saber; - Realizar grupos educativos; - Capacitar recursos da comunidade como multiplicadores;
Conduzir o trabalho gerencial	- Saber ouvir; - Tomar decisões com a equipe; - Perceber melhor o processo de trabalho; - Fazer cumprir normas administrativas; - Ouvir para melhor argumentar; - Agilizar a elaboração de ações; - Avaliar a impotência diante de situações; - Aceitar a impossibilidade de fazer; - Ter poder de liderança; - Ser coerente; - Reconhecer os profissionais e usuários como sujeitos no processo de efetivação do SUS; - Incentivar o desempenho/capacidade dos profissionais em desenvolver ações em saúde, - Ser persistente; - Agir sem autoritarismo; - Saber argumentar; - Executar funções de gerente; - Flexibilizar formas de lidar com trabalhadores; - Lidar adequadamente com diversos saberes, comportamentos e valores; - Refletir e após agir; - Observar melhor a função; - Distinguir entre função gerencial e função assistencial; - Lidar com o imprevisível - Sensibilizar profissionais para a mudança dos processos de trabalho; - Delegar tarefas; - Organizar rotinas/agenda do gerente; - Identificar conflitos e tensões; - Garantir trabalho interdisciplinar; - Repassar informações sobre o que é de responsabilidade e de apoio da SMS; - Desenvolver credibilidade em ações possíveis; - Estabelecer limites de ação; - Estimular raciocínio coletivo ao propor ações; - Pactuar com sabedoria; - Manejar as ansiedades; - Mediar situações; - Ter firmeza e segurança na tomada de decisões; - Ter poder de convencimento; - Ser observador; - Ter paciência; - Estar disponível.

O núcleo de competências: *planejar localmente em saúde*

Em relação ao núcleo *planejar localmente em saúde* aparecem competências relativas à elaboração e à implementação de planos locais de forma participativa, já que envolve a participação de atores envolvidos (gerente, profissionais da saúde, usuários e recursos da comunidade) conforme expressões apontadas.

O planejamento local participativo é uma potente estratégia de descentralização na medida em que o nível local assume novas e amplas responsabilidades, como trabalhar as demandas e necessidades reais, locais e não se basear somente em definições centralizadas e aprioristicamente organizadas em programas. Além disso, possibilita que trabalhadores e população sejam sujeitos do processo na medida em que o planejamento local possibilita a ressignificação do trabalho e do papel dos trabalhadores e da população em sua definição e organização. (CAMPOS, 1994a).

Apresentam, também, competências que demonstram a territorialidade do trabalho, visto que aparecem expressões como: “*caracterizar a realidade local do território de abrangência*”, e “*delimitar a área de abrangência de cada território*”. Essa territorialidade é fundamental para um modelo centrado nas necessidades do usuário, visto que a aplicação do planejamento ao espaço geopolítico e sociocultural de abrangência das unidades de saúde permite um conhecimento mais profundo e dinâmico do modo de viver e adoecer da população da área e, principalmente, quando esse processo de reconhecimento é feito com a participação da população, incorporando seu olhar sobre o tema. Ou seja, quando problemas, recursos, demandas e soluções são abordados desde o ponto de vista de vários atores existentes num dado espaço. (TEIXEIRA, 1993). As expressões apontadas, demonstram essa possibilidade de participação.

Ainda, a territorialização pressupõe e possibilita a existência/criação de sistemas de informação que viabilizam a instrumentalização do nível local para que ele, de fato possa funcionar como instância planejadora e gestora do sistema. Pelas competências apontadas pelos gerentes, é possível perceber um trabalho gerencial que utiliza informações dos sistemas existentes, bem como que cria aquelas necessárias para subsidiar os planos locais. Isso pode ser identificado pelas expressões: “*utilizar informações existentes*

(SIGAB, livro de registros da UBS, arquivos rotativos e cadastros”; “avaliar indicadores à nível local”; “utilizar indicadores como metas a serem alcançadas”; construir indicadores de saúde junto à equipes para subsidiar planos locais de saúde”. Essas competências são fundamentais ao trabalho gerencial uma vez que possibilitam reorganizar a atenção em função da demanda e também elaborar propostas de atenção que levem em conta as diferenças existentes entre os diversos agrupamentos sociais do território. Nesse sentido, é possível avançar em direção à equidade, dando atenção especial aos grupos mais vulneráveis. No entender dos gerentes, a competência que pode expressar essa questão é *“planejar localmente intervenções profissionais (preventivas, educativas, reuniões, grupos)”*.

Além disso, utilizar informações sistematizadas e confiáveis, bem como construí-las, quando inexistentes, são competências essenciais para sustentar o processo de tomada de decisões e o estabelecimento de propostas de intervenção factíveis e viáveis em razão das distintas realidades de cada território de abrangência.

O fluxo permanente de informações, entre os diferentes níveis, possibilita que o gerente desenvolva a autonomia necessária à resolução dos problemas, estabeleça estratégias de articulação com os diversos níveis administrativos e assistenciais, bem como com os equipamentos sociais de uma área de abrangência e, fundamentalmente, possa constituir uma relação de trabalho mais transparente e próxima com a equipe e a população, permitindo sua legitimação na coordenação do processo de trabalho na UBS.

Misoczky (1991) assinala que, para a consolidação do processo de descentralização, é fundamental, além da instituição de uma gerência local, a existência de um sistema de informações que permita aos gestores, aos trabalhadores da saúde e a população conhecer com atualidade e profundidade as matérias sobre as quais devem decidir.

Nessa mesma direção, Donalísio (1993) enfatiza que a prioridade do sistema de informações em saúde deve ser a sua organização em nível local. O retorno das informações às equipes prestadoras de atendimento à população dá sentido às informações coletadas e pode gerar um processo de envolvimento e compromisso das equipes com a qualidade do trabalho. O sistema de informação deve conter, na sua dinâmica interna, as diretrizes básicas que sustentam o modelo assistencial no município.

Outra dimensão presente – que as competências revelam – refere-se à ampliação da ação gerencial para além da garantia de funcionalidade interna da UBS, desenvolvendo a capacidade de identificar as diversidades de sua área de abrangência de atuação, tanto na que se refere às peculiaridades da população abrangida como às disputas presentes nos espaços sociais externos à unidade de saúde.

Também é possível perceber, contudo, a utilização de competências para identificar as disputas existentes, bem como a forma como se organiza o processo de trabalho no âmbito interno da unidade e nas relações estabelecidas com outras unidades, por meio das expressões: “utilizar fluxogramas para análise do processo de trabalho” e “*realizar rede de petição e compromisso*”. A utilização dessas ferramentas são competências que contribuem, para abrir algumas “caixas pretas” tanto presentes na micropolítica dos processos de trabalho, quanto nos mecanismos organizacionais capturantes das ações mais autônomas dos distintos sujeitos em cena. (FRANCO; MERHY, 1998). As “caixas pretas”, dizem respeito aos mecanismos que as corporações e a burocracia do estabelecimento utilizam para aprisionar e enquadrar o serviço, a determinadas normas, objetivos e resultados. Desta forma, impõem aos serviços de saúde um modo de agir próprio de acordo com seus interesses. Esse processo, histórica e politicamente determinado, é institucionalmente subliminar à ação consciente do trabalhador, e por isto mesmo, mecânico. Por outro lado, é determinante na maioria das vezes, do resultado final do trabalho realizado, fundamentalmente, dos produtos daquele estabelecimento. Portanto, esse processo de análise possibilita revelar aos trabalhadores as amarras do serviço de saúde, de forma a, torná-los conscientes e ao mesmo tempo, donos dos processos vividos e constituídos por eles mesmos.

A utilização dessas ferramentas na ação gerencial é um potente instrumento para a mudança na medida em que, além dessas ferramentas revelarem questões sobre o serviço podem servir para que os trabalhadores se apropriem da sua realidade institucional e de seus próprios protagonismos. “Essa apropriação lhes dá a possibilidade de serem artífices das mudanças pretendidas de acordo com determinado projeto estratégico que pode muito bem ser, o de um serviço centrado nos interesses dos usuários”. (FRANCO, 1999, p. 156). Como é o caso da SMS de Caxias do Sul.

A competência “*utilizar o protocolo de forma continuada para subsidiar o planejamento local*” parece indicar um fazer gerencial que tem direcionalidade, uma vez que o *protocolo*, a que os gerentes se referem, não é só um instrumento normativo de atribuições e intervenções a serem executadas, mas é a formalização dos princípios e diretrizes operacionais do projeto político da SMS. Nessa seara, é o fio condutor para que o processo de trabalho seja desenvolvido, e que o gerente, ao utilizá-lo na orientação de seu trabalho, passa a ser o condutor de uma política explicitada pela referida instituição. Nesse cenário, o gerente é um executor/formulador de políticas. Campos (1992) afirma que “é quase impossível levar a cabo a implantação de um novo modelo de saúde sem que a maioria dos gerentes e dos trabalhadores de saúde não só estejam de acordo com a nova proposta, como também se empenhem em consolidá-la”. (p.108). E ainda, nesse sentido, afirma que

(...) a gerência é um instrumento importante para a efetivação de políticas; ela é ao mesmo tempo, condicionante do e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços. Esta dupla posição – de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto – torna o processo de gestão permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde. (CAMPOS ;MERHY; NUNES, 1989, p. 11).

O núcleo de competências: *trabalhar com coletivos*

Em relação ao trabalho com coletivos, os gerentes apontam competências como “*realizar*”, “*coordenar*” e “*participar de reuniões*” em diferentes coletivos organizados (as equipes, o Conselho Local, o Colegiado Gestor Local, as lideranças locais, outros gerentes,...) bem como de interagir com diferentes recursos da comunidade e formular com a equipe projetos terapêuticos. Pelas competências identificadas, é possível perceber um trabalho gerencial que se aproxima dos ideais de descentralização e democratização uma vez que parece haver um compartilhamento das decisões para a organização e a avaliação do trabalho da UBS com as equipes locais e o Colegiado Gestor Local, bem como uma interação com diferentes atores externos aos serviços em saúde, no que se refere ao Conselho Local de Saúde. Nesse sentido, parece que os gerentes estão, balizada nas

expressões de competências apontadas, democratizando o poder nas diferentes instâncias em que atuam.

Campos (2000) aponta que democratizar é estender o direito à capacidade de decidir a todos os membros de um dado coletivo. Direito formal, que pode ser expresso em leis, regulamentos, etc.; e capacidade, na prática, de assegurar que aqueles que trabalham disporão de tempo e informação para planejar e tomar decisões. Entretanto, a possibilidade de participar não está somente garantida pela existência de um espaço formal. É necessário que seja garantida na sua expressão concreta, ou seja, nos tipos de arranjos e inter-relações estabelecidos entre as pessoas que fazem parte desses coletivos como também entre diferentes organizações coletivas. Nessa direção, parecem necessários ao gerente competências para construir, criativamente, esses arranjos e essas relações.

Nesse sentido, Misoczky (1991) afirma “que a participação da população na gestão deve envolver a capacidade de decisão sobre objetivos e formas de operação da organização” (p. 56), sendo necessária uma aproximação cada vez maior dos níveis decisórios aos locais das ações e serviços. Isso é fundamental para que seja possível que a participação da população permita

ampliar e tornar eficazes os canais de comunicação existentes; tornar realistas as expectativas da população e dos dirigentes sobre a natureza das demandas e a capacidade de organização de responder; alterar as relações de poder interferindo sobre a influência de grupos preferenciais na estrutura administrativa, permitindo a incorporação de novos valores; ativar possibilidades de contribuições criativas normalmente afastadas pelos controles centrais e pela busca de padrões uniformes.” (p. 57).

Esse processo não se constitui em uma tarefa fácil, visto que implica uma “contínua distribuição de poder daqueles que o detém para que a sociedade dele se aproprie”. (p. 57). É um processo que não está pronto e acabado, mas que, certamente, exige do gerente competências na dimensão política e relacional que possibilite construções na direção da democratização da sociedade.

Outro aspecto implicado nessa questão se refere à participação social, que se acredita deva viabilizar a aproximação, por parte da população e dos serviços em saúde, das decisões político-administrativas que interfiram nos níveis de vida da coletividade, construindo práticas dialógicas que fundamentem o democratizar da vida cotidiana. (SILVA JR., 1993; FERLA; JAEGER, 2002).

Aqui está expressa uma competência gerencial de articulação da unidade de saúde com a comunidade, no sentido de criar possibilidades de um *fazer saúde* que represente as necessidades e os desejos dos sujeitos que compõem esse espaço, com o desenvolvimento de uma ação colocada no sentido do responsabilizar-se pelos problemas de saúde da região/área de abrangência sob seu gerenciamento.

É fundamental que a competência de realizar reuniões com coletivos, conforme expressa pelos gerentes, garanta a viabilização de condições para que essas instâncias não se tornem uma obrigação formal da unidade, mas um espaço fundamental para a organização e a gestão de unidades locais de saúde.

Outra questão a considerar se refere ao coletivo organizado denominado Colegiado. Na SMS de Caxias do Sul, existe um Colegiado Gestor, que congrega os gerentes e outros dirigentes institucionais, e os Colegiados Gestores Locais, existentes em todas as UBS, coordenados pelos gerentes locais. É interessante sinalizar as expressões utilizadas pelos gerentes na enunciação das competências, em relação a tais coletivos organizados. No caso do Colegiado Gestor Local é utilizada a expressão *realizar* enquanto que, na reunião com outros gerentes, é utilizada a expressão *participar*. Muito mais interessante é não aparecer nenhuma competência referente à participação no Colegiado Gestor (equipe diretiva). Considerando que, no dizer de Campos (2000), o colegiado significa “órgão dirigente cujos membros têm poder idênticos”, os aspectos sinalizados teriam relação com essa forma de poder? Ou *não* poder?, ou diferentes graus de poder? É possível que essa forma de exercício do poder, que o autor aponta, ainda cause estranhamento institucional. Entretanto, sendo um órgão de natureza política (com poder em disputa), terapêutica e pedagógica, o Colegiado de Gestão poderia se constituir num espaço privilegiado para o gerente desenvolver competências para lidar com as diferenças de capacidade e de potencialidades que possam existir entre os membros que o compõem.

Competências para considerar a existência de outros agrupamentos, de outros interesse, de outros projetos, de outros sujeitos em disputa.

Uma competência que merece ser destacada é a de *coordenar reuniões periódicas com a equipe para organização e avaliação do trabalho da UBS*. Essa expressão é relevante, porque expressa o partilhar dos encaminhamentos do trabalho da UBS entre o gerente e a equipe. Isso significa uma relação mais horizontalizada entre os agentes presentes no processo de trabalho em saúde, o que significa abrir mão de um certo poder, podendo compartilhar saberes e decisões. Dita competência é de grande relevância num processo de gestão que pretende se constituir em espaço democrático, considerando que

no trabalho em saúde, hoje presente nas UBS, as relações entre as distintas categorias profissionais é hierárquica, ou seja, a equipe da saúde como se encontra constituída, é formada por profissionais com determinados conhecimentos colocados hierarquicamente, onde estes diferentes agentes conhecem muitas coisas, mas conhecimentos distintos (uma profissão não conhece a potencialidade da outra), sendo que estes alavancam o trabalho assentado em relações verticais de mando e autoridade, reproduzindo a divisão social do trabalho. (MISHIMA, 1995, p. 274).

Processos com potência para modificar essa realidade parecem ser um avanço na construção da democratização nos serviços em saúde. Testa (1995) reforça essa questão ao afirmar que a democracia intra-organizacional se refere à construção de um processo que vá diminuindo as relações de poder existentes; ou seja, é possível avançar no sentido de estabelecer relações mais *iguais* entre sujeitos que são intrinsecamente desiguais em seu acesso a recursos de poder real.

O núcleo de competências: *educar em saúde*

Com relação ao núcleo de competências *educar em saúde* é possível identificar a competência pedagógica do gerente ao conduzir processos de trabalho. Aparecem práticas pedagógicas diversas: no âmbito coletivo de trabalhadores (“*capacitar equipe local de saúde*”); no âmbito individual (“*facilitar e incentivar a participação em capacitações e na*

busca de maior saber”; “incentivar o desempenho/capacidade dos profissionais em desenvolver ações de saúde”); no âmbito de grupos de usuários (“realizar grupos educativos”) e no âmbito da comunidade (“capacitar recursos da comunidade como multiplicadores”).

Essas competências refletem um fazer gerencial comprometido em utilizar diferentes espaços para reflexão crítica aumentando o discernimento e capacidade de intervenção sobre a realidade por parte dos sujeitos implicados. Este agir se aproxima ao dizer de Campos (2000) quando aponta que durante o processo de gerência, “e particularmente em uma gestão participativa, não se produzem somente efeitos políticos e administrativos, mas também efeitos pedagógicos e subjetivos”. (p. 161). A ação pedagógica, nesse contexto, pode produzir, dentro dos espaços coletivos, novos saberes e novos modos de fazer as coisas. Elementos fundamentais para a concretização das mudanças das práticas nos serviços de saúde.

Além disso, a formação e a gestão não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e principalmente nas pessoas. São questões técnico-políticas e implicam na articulação de ações dentro e fora das UBS. Articulações que aparecem nas expressões dos gerentes ao realizar seu trabalho gerencial.

Estas questões são reforçadas por Ceccim e Feuerwerker (2004) ao apontarem que mudar as práticas de saúde envolve restituir a integralidade e a humanização como o determinante ético na política de formação de trabalhadores. Essa pode ser expressa num *quadrilátero* sendo necessário instituir relações orgânicas entre as estruturas de gestão sanitária (práticas gerenciais e organização da rede); as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação), os órgãos de controle social (movimentos sociais e educação popular) e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas). As práticas gerenciais podem se constituir em instrumentos potentes para instituir essas relações.

O núcleo de competências: *conduzir o trabalho gerencial*

O núcleo de competências denominado *conduzir o trabalho gerencial* contempla competências que se referem a atributos pessoais e relacionais, bem como àquelas que estão afetas à própria condução do trabalho gerencial. Entre estas últimas podem ser encontradas as expressões “*executar funções de gerente*”; “*observar melhor a função*”; “*distinguir entre função gerencial e assistencial*”; “*delegar tarefas*”; “*organizar rotinas/agenda do gerente*”; “*repassar informações sobre o que é de responsabilidade e de apoio da SMS*”; “*agilizar na elaboração de ações*”; “*perceber melhor o processo de trabalho*”; e “*fazer cumprir normas administrativas*”.

Expressões como “*saber ouvir*”; “*ouvir para melhor argumentar*”; “*avaliar a impotência diante das situações*”; “*aceitar a impossibilidade de fazer*”; “*ser persistente*”; “*ser coerente*”, “*agir sem autoritarismo*”; “*flexibilizar formas de lidar com trabalhadores*”; “*pactuar com sabedoria*”; “*manejar ansiedades*”; “*mediar situações*”, são reveladoras da existência de contradições e conflitos no cotidiano das relações entre os diversos atores que interagem na produção do cuidado em UBS. Talvez essas contradições e conflitos sejam decorrência de mudanças nos processos de trabalho. Uma vez que desinstalar a equipe de uma situação colocada, já existente e conhecida, ou seja, já consolidada pelos trabalhadores, é sempre um processo que gera ruídos e rupturas. Mas, para que ocorram mudanças, as rupturas são molas propulsoras, uma vez que as transformações só são possíveis pela existência de contradições e conflitos. (MISHIMA, 1995). Em rigor, o agir gerencial não deve ser conduzido para a amenização, ou a acomodação dos homens, mas para a descoberta de seus potenciais criativos e inovadores.

Pelas expressões apontadas, não parece que os gerentes estejam se voltando para a organização e o controle de recursos, numa dimensão prioritariamente instrumental, ao lidar constantemente com o trabalho na UBS. O que fica mais evidente é a incorporação das dimensões política e comunicativa/relacional que têm sido necessárias ao trabalho coletivo que se dirige à transformação das práticas em saúde. Isso posto, parece que os gerentes mantêm uma certa vinculação com o projeto político da SMS, na medida em que integram (em sua prática) a racionalidade instrumental e a racionalidade

comunicativa/relacional, possibilitando a constituição de sujeitos envolvidos com um trabalho (vivo em ato), que possa estar mais comprometido com o atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas.

Segundo Merhy; Onocko (1997), o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objetivo não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

O trabalho vivo em saúde se materializa através do processo de produção de relações entre os cuidadores e o usuário final que, com suas necessidades particulares de saúde, dá aos profissionais a oportunidade de tornar públicas suas distintas intencionalidades no cuidado da saúde, tornando-se responsáveis pelos resultados da ação cuidadora.

Dessa forma, reinventar essa relação, ampliando o espaço de responsabilização, o acolhimento e a autonomia progressiva dos usuários, é competência central do gerente na construção de um novo modelo de atenção e de uma nova clínica, de um novo tratamento para o espaço da doença.

No conjunto das competências, há uma forte evidência da consolidação do trabalho em equipe, baseado na articulação e na integração dos profissionais na efetivação da interdisciplinaridade, da democratização das relações de trabalho, do estabelecimento de um trabalho mais participativo, da valorização dos trabalhadores, da flexibilização e do desenvolvimento do trabalho. Isso pode ser identificado pelas expressões como: *“tomar decisões junto com a equipe”*; *“garantir trabalho interdisciplinar”*; *“avaliar a impotência diante das situações”*; *“aceitar a impossibilidade de fazer”*; *“reconhecer os profissionais e usuários como sujeitos do processo de efetivação do SUS”*; *“flexibilizar formas de lidar com trabalhadores”*; *“lidar adequadamente com diversos saberes, comportamentos e valores”*; e *“estar disponível”*; *“ter paciência”*. Expressões como: *“sensibilizar profissionais para a mudança de processos de trabalho”*; *“desenvolver credibilidade em ações possíveis”*; e *“ter poder de convencimento”*, indicam as competências necessárias no âmbito da política para a consolidação de um projeto institucional.

Com relação ao conjunto de competências elencadas no quadro 8 e considerando a quantidade e as especificidades das competências apontadas, é possível afirmar que as mesmas não refletem a complexidade de situações a que os gerentes foram submetidos no processo de capacitação e que propiciaram o desenvolvimento de oficinas com as equipes locais, por ciclo vital, para a elaboração do plano local de saúde. Esse fato pode ser decorrência das dificuldades dos gerentes em realizar/expressar e/ou perceber o conjunto de competências que fazem parte de seu trabalho profissional. Essas dificuldades podem ser identificadas pelas expressões: “*executar funções de gerente*”, “*perceber melhor o processo de trabalho*”, “*observar melhor a função*”, “*distinguir entre função gerencial e assistencial*”. Mas, mesmo não tendo suficiente clareza sobre o próprio trabalho gerencial, Gowzi; Athanasou (1996) sinalizam que se a competência estiver sujeitada ao contexto de trabalho, pode ser melhor percebida, expressa e desenvolvida, à medida que os profissionais ampliam a compreensão cultural de sua função e do lugar que ocupam na instituição. Efetivamente, os indivíduos esclarecem a natureza da competência que conformam o seu trabalho, cada vez que tomam decisões. Dessa forma, a competência sempre terá uma tendência evolutiva que permite a crítica e seu constante aprimoramento.

Essas mesmas expressões também podem estar revelando um descompasso entre uma possível familiaridade dos gerentes com um trabalho gerencial baseado em competências técnico-burocráticas e a exigência que é feita aos mesmos de terem outros tipos de competências que possam garantir mudanças no modelo assistencial.

A forma de expressar as competências, no seu conjunto (quadro 8), também não deixa claro a riqueza de significados que as mesmas possam ter num processo de gerenciamento local. As expressões: “*avaliar*”, “*planejar*”, “*priorizar trabalho*”, “*pactuar metas*”, “*comunicar*”, “*escutar*”, “*argumentar*”, “*lidar com dados da realidade*”, são termos amplos e não deixam claro a especificidade do fazer profissional contido nos mesmos. Entretanto, se tais expressões forem consideradas em relação ao contexto em que possam ter sido geradas (processo de capacitação gerencial) podem adquirir outros significados, ou seja, podem estar revelando um trabalho gerencial baseado na intencionalidade das ações, focalizado na realidade local, intermediado por negociações coletivas a partir da escuta, da comunicação, da argumentação e, portanto, da flexibilização.

Competências essas que foram exercitadas no espaço formal da capacitação e que tiveram também seu espaço de exercício na interação dos gerentes com as equipes locais como parte do próprio processo de desenvolvimento gerencial (oficinas locais). Por outro lado, podem estar revelando que não há suficiente visibilidade dos gerentes sobre as especificidades do trabalho que as mesmas poderiam conter. Portanto, é necessário que o trabalho gerencial seja constantemente colocado em análise, e que as competências estejam permanentemente em processo de reconstrução.

Possibilidades das competências gerenciais se constituírem em objetivos de ensino nos cursos de formação profissional

Diante das competências identificadas, surge outra questão posta neste estudo: de que forma é possível viabilizá-las em cursos de formação, principalmente em relação àqueles que tem o compromisso de habilitar os indivíduos para o exercício profissional, como é o caso dos cursos de graduação.

Malglaive (1994) aborda que a educação, com base em competências, está orientada para a “produção das competências necessárias ao exercício das atividades sociais e profissionais que os formandos exercerão no final de sua formação” (p. 107). Nesse caso, essas competências se tornam os próprios objetivos educacionais.

Ramos (2001a) alerta para a diferença existente entre um objetivo educacional e uma competência. No caso do primeiro, quando se fala em objetivos, não há uma preocupação com a transferência de conhecimentos ou com sua mobilização diante de situações complexas. Além disso, quando se tenta nomear, classificar, repertoriar as competências ao acrescentar ao verbo *saber* ou à locução *ser capaz de* uma expressão que caracterize uma ação ou um conjunto de ações, o que é designado caracteriza uma atividade, e não, a competência. Os objetivos, nesse sentido, indicam o que é esperado que os alunos sejam capazes de realizar ao final de um processo de formação, normalmente descrito em termos de atividade.

Compreendido o objetivo dessa forma, a competência é o que estrutura, subjaz ou o que sustenta a atividade, se constituindo, portanto, num processo entendido como ações e operações mentais. Mais uma vez, Ramos (2001a) alerta para o fato de que a competência não se limita ao conhecer, mas vai além dessa compreensão, porque envolve o agir numa situação determinada. Ou seja, “o agir competente inclui decidir e agir em situações imprevistas, mobilizar conhecimentos, informações e hábitos, para aplicá-los, com capacidade de julgamento, em situações reais e concretas, individualmente e com sua equipe de trabalho”. (p. 33).

Compreendida a competência nessa complexidade, a sua noção resistiria a uma objetivação tal como habitualmente é feita para institucionalizá-la nos cursos de formação. Entretanto, nas próprias Diretrizes Curriculares, quando traduzidas nos respectivos perfis, as competências acabam sendo descritas como atividades requeridas pela natureza do trabalho.

Neste estudo, um aspecto fundamental a considerar se refere a como é enunciada a maioria das competências (conforme quadro 8). Estas estão enunciadas na forma de ações objetiváveis, que não refletem a competência *em si*: se aproximam mais de atividades requeridas pela natureza do trabalho gerencial, ou de atributos necessários para realizá-las. Podem ser consideradas, portanto, **elementos constitutivos da competência**. Nesse caso, não podem simplesmente ser transpostas para situações de ensino como se constituíssem a própria competência.

Para serem tomadas como objetivos de ensino, é necessário que, a partir das competências enunciadas, sejam identificadas habilidades cognitivas (ou capacidades) a serem estimuladas, conhecimentos científicos e técnicos a ser ensinados/aprendidos, valores e atitudes a serem problematizados em relação a cada objetivo ou a partir da organização de vários objetivos (unidades de aprendizagem). Melhor dizendo, ao eleger competências, identificadas no mundo do trabalho, como objetivos de ensino, faz-se necessário que haja um processamento ao planejar o ensino que, baseado em Ramos (2001a), inclui os seguintes aspectos:

1. **Compreender o enunciado objetivo de uma competência, não como a competência em si, mas como ação ou atividade**, sabendo que a competência está subjacente à ação sob dois aspectos: estrutural (saberes) e dinâmico (a mobilização do pensamento sobre os saberes), se constituindo pelas representações subjetivas da realidade objetiva, nas relações sociais, culturais, políticas, econômicas e produtivas;
2. A partir do enunciado, **identificar os componentes que estruturam a ação: conhecimentos, habilidades, valores/attitudes**;
3. **A partir dos conhecimentos identificados**, selecionar conteúdos de ensino, ou bases tecnológicas, científicas e instrumentais;
4. **Localizar os conteúdos de ensino num universo conceitual**, isto é, nos respectivos campos originais do saber (áreas do conhecimento, disciplinas científicas e/ou profissionais), identificando as relações desses conteúdos com outros originais do mesmo campo do saber e de campos distintos do saber (disciplinaridade e interdisciplinaridade);
5. **A partir dessas relações, decidir sobre a organização desses conteúdos em componentes curriculares**, isto é, em unidades organizadoras de conteúdos e/ou bases que podem ser, por exemplo, disciplinas, temas, problemas, projetos, seminários, programas de estudo, experiências laboratoriais, dentre outros. É possível fazer organizações múltiplas, desde que preservada a coerência curricular;
6. **A partir das habilidades, elaborar situações significativas de aprendizagem e estratégias metodológicas apropriadas**. Essas situações são propostas pelos professores, discutidas entre eles e, de acordo com a pertinência das mesmas, negociadas com os alunos, de modo a possibilitar a apreensão significativa dos conteúdos de ensino e, portanto, o desenvolvimento de competências.

7. Os valores/atitudes a ser problematizados devem atravessar todo o currículo, a medida que definem o campo axiológico da formação.

De uma forma mais esquemática, e referida ao contexto deste estudo, é possível compreender esse processo a partir de uma competência/objetivo expressa pelos gerentes: *“elaborar e implementar planos locais de saúde com a participação dos atores envolvidos”* (quadro 8). Primeiramente, é necessário considerar que citada expressão contém duas competências complexas: *“elaborar”* e *“implementar”* planos locais em saúde e para produzi-las ou desenvolvê-las é necessário conhecimentos, habilidades e atitudes diferenciados, porém, não desvinculados. Se for tomada a competência/objetivo *“elaborar planos locais em saúde com a participação dos atores envolvidos”*, para facilitar a compreensão desse processo, pode-se ter o seguinte movimento de elaboração:

Quadro 9- Relação entre constituintes da competência/objetivo e possibilidades pedagógicas para seu desenvolvimento

Competência/objetivo	Constituintes da competência	Possibilidades pedagógicas
Elaborar planos locais em saúde com a participação dos atores envolvidos	Habilidades: Definição de habilidades para elaborar planos locais de saúde	Elaboração de situações significativas de aprendizagem e metodologia apropriadas
	Conhecimentos: Definição dos conhecimentos necessários para o desenvolvimento das habilidades identificadas	Seleção e organização dos conteúdos de ensino
	Valores e atitudes: Definições de valores e atitudes envolvidos na elaboração do plano local em saúde desejado	Delimitação do universo Político Pedagógico de formação

Para cada competência/objetivo, definem-se as habilidades, os conhecimentos, os valores e as atitudes necessários para ser mobilizados de modo a desenvolvê-la, bem como a seleção de possibilidades relativas a cada um dos constituintes da competência (quadro 9).

Ao ser considerada essa proposição de processamento de competência/objetivo, outras expressões utilizadas pelos gerentes para indicar as competências referentes ao seu trabalho podem, nessa situação, se constituir em habilidades necessárias para elaborar planos locais em saúde (quadro 10) com a participação dos atores envolvidos, considerando que ditas expressões já conformam um certo fazer gerencial, referenciado a um contexto específico do projeto político da SMS, explicitadas no quadro 8.

Quadro 10- Habilidades definidas em relação à competência/objetivo derivadas das competências gerais apontadas pelos gerentes.

Competência	Habilidades definidas
Elaborar planos locais em saúde com a participação dos atores envolvidos	• Utilizar fluxograma para análise do processo de trabalho; • Construir indicadores de saúde com as equipes para subsidiar planos locais em saúde; • Utilizar o protocolo de forma continuada para subsidiar o planejamento local; • Caracterizar a realidade local do território de abrangência; • Delimitar a área de abrangência de cada território; • Utilizar indicadores como metas a serem alcançadas; • Estabelecer prioridades de ações locais; • Utilizar informações existentes (SIGAB, livros de registros da UBS, arquivos rotativos e cadastros) para planejamento local em saúde.

Fonte: Elaborado pela autora

Também, nesse processo, podem ser definidos os valores e as atitudes (quadro 11), a partir de expressões apontadas pelos gerentes, as quais foram agrupadas no núcleo de competências relativas à condução do trabalho gerencial (quadro 8). Parece importante salientar que a atribuição de certos valores (atributos pessoais e relacionais) a determinadas competências/habilidades possivelmente determinará as diferentes possibilidades de manifestação objetiva da competência. Nessa direção, é fundamental identificar ou estabelecer tais relações para produzir/garantir a conformação de um determinado trabalho gerencial capaz de efetivar determinados projetos de interesse. A partir dessas etapas é possível definir e selecionar conhecimentos e situações de aprendizagem para o desenvolvimento das competências.

Quadro 11- Habilidades e atributos definidos em relação à competência/objetivo derivadas das competências gerais apontadas pelos gerentes.

Competência	Habilidades definidas	Atributos pessoais e relacionais
Elaborar planos locais em saúde com a participação dos atores envolvidos	· Utilizar fluxograma para análise do processo de trabalho; · Construir indicadores de saúde com as às equipes para subsidiar planos locais em saúde; · Utilizar o protocolo de forma continuada para subsidiar o planejamento local; · Caracterizar a realidade local do território de abrangência; · Delimitar a área de abrangência de cada território; · Utilizar indicadores como metas a serem alcançadas; · Estabelecer prioridades de ação locais; · Utilizar informações existentes (SIGAB, livros de registros da UBS, arquivos rotativos e cadastros) para planejamento locais em saúde.	· Saber ouvir; · Tomar decisões junto com a equipe; · Ouvir para melhor argumentar · Ser coerente; · Ser persistente; · Agir sem autoritarismo; · Flexibilizar formas de lidar com trabalhadores; · Lidar adequadamente com diversos saberes, comportamentos e valores; · Refletir e após agir; · Lidar com o imprevisível; · Identificar conflitos e tensões; · Garantir trabalho interdisciplinar; · Estimular raciocínio coletivo ao propor ações; · Pactuar com sabedoria; · Manejar as ansiedades; · Mediar situações; · Ter firmeza e segurança na tomada de decisões; · Ter poder de convencimento; · Ser observador; · Ter paciência; · Estar disponível.

Fonte: Elaborado pela autora.

Implementar uma proposta como esta, exige lidar com uma dinâmica de retroalimentação entre instituições formadoras, serviços de saúde e comunidade, na identificação de competências, do processamento pedagógico na academia para a aprendizagem das mesmas e o seu exercício no mundo real. Este parece ser um desafio que envolve determinadas características.

Estruturar um currículo por competências corresponde a organizar um conjunto de experiências de aprendizagens concretas e práticas, focadas em atividades que se realizam nos contextos ou situações reais de trabalho. Dessa forma, a formação por competências privilegiaria a aprendizagem em ritmo individual, gradual e o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação. (RAMOS, 2001a).

Há de se considerar que, utilizar competências como objetivos de ensino e enunciá-las a partir dos serviços de saúde, favorecem o deslocamento de ações pedagógicas para o espaço de realização do trabalho. Esta estratégia exige um processo dinâmico de “mobilização e organização”, entre serviços de saúde e instituições formadoras e utilização de concepções pedagógicas críticas, reflexivas, problematizadoras e de metodologias de ensino que permitiam a participação ativa dos estudantes em diferentes e novos cenários de ensino.

Gerenciar processos de trabalho em UBS exige competências complexas. Desenvolver essas competências profissionais complexas, exige maximizar a utilização de habilidades cognitivas que possam auxiliar na reflexão sobre situações que envolvem a produção do cuidado em saúde. Exige, também, que o profissional esteja apto a tomar decisões (desenvolvimento da autonomia) relacionadas a resolução de problemas de saúde e de gestão. Segundo Ramos (2001b) a capacidade de resolver problemas diz respeito ao desenvolvimento de capacidade de crítica, de busca de estratégias próprias de solução, da capacidade de problematizar o que já parecia resolvido, da capacidade de dialogar, de perceber múltiplas perspectivas, de prever, e por fim, da capacidade de construir regras próprias na busca de soluções.

Dessa forma, os ambientes de aprendizagem devem explorar ao máximo as capacidades cognitivas; pressupõe a presença de uma série de atividades e recursos na qual o aluno utiliza ferramentas, coleta e interpreta informações, recebe orientações e, interagem com outras pessoas, de forma a analisar, examinar, criticar, sistematizar informações, bem como, permite que permanentemente, o aluno reflita sobre seus próprios processos mentais de forma a controlá-los gradativamente. Nesse ambiente flexível, o aluno interage de acordo com suas características, ritmo, interesse e maximiza as estratégias mentais que sejam úteis à resolução de problemas por meio de intervenções planejadas, de forma construtiva e colaborativa. O ambiente de aprendizagem é o lugar onde “comunidades de alunos trabalham juntos em projetos e atividades, trocando suporte e aprendizagem entre si e com o ambiente”. (WILSON, 1995, p.5). Pode, nesse sentido, ser denominado **ambiente colaborativo de aprendizagem**. Para Nunes (1999) esse tipo de ambiente é de grande importância para o desenvolvimento do aluno na medida em que propicia a inculcação de valores, atitudes, conhecimentos e habilidades, socializando-o para o papel profissional futuro.

Sob essa lógica, os ambientes construtivos de aprendizagens devem possibilitar a efetiva e contínua transferência das aquisições cognitivas para contextos diferentes daqueles em que foram adquiridas. A transferência não seria uma simples transposição automática de aprendizados, mas envolveria um trabalho mental que supõe o sujeito confrontado com uma nova situação. Se a mobilização de competências implica recorrer a todo tipo de aquisições cognitivas, desde os saberes e conhecimentos formalizados aos saberes e conhecimentos tácitos, a **contextualização do conhecimento** coloca-se como estratégia importante na tecitura de uma rede de significações a serviço das aprendizagens transferíveis. Isto porque a contextualização possibilitaria a “abertura de canais de comunicação entre a bagagem cultural do sujeito, quase sempre essencialmente tácita, e as formas explícitas ou explicitáveis de manifestação do conhecimento”. (MACHADO, 1999, p. 20).

Por isso, para que haja transferência não se pode restringir o conhecimento às experiências formadoras, mas deve ultrapassar suas fronteiras como produto de um processo progressivo de abstração bem como, deve superar o senso comum enquanto um saber arraigado no cotidiano. Por isto, os aprendizados reais contextualizam-se em situações concretas mas se enraízam em seus fundamentos científicos. Em outras palavras,

a transferência ocorre a partir do conhecimento descontextualizado, isto é, pronto para o uso em contextos diversos, como produto que supõe múltiplas recontextualizações e descontextualizações. Isto significa estruturar um conjunto de situações de aprendizagem significativas que nascem, inicialmente, do currículo prescrito, realizam-se por meio do currículo real e configuram, com o conjunto das demais experiências vivenciadas pelo sujeito, sua história individual de formação.(RAMOS, 2001b; p.20).

Nesse sentido, o papel fundamental do professor é construir situações de aprendizagem onde seja possível, a cada sujeito, desenvolver competências que possam ser utilizadas para resolver problemas em diferentes situações fora da sala de aula. Assumir esse papel impõe ao professor enfrentar alguns desafios como: propiciar o crescimento dos alunos na busca de processos autônomos de aprendizagem; criar ambientes onde a dúvida predomine em relação às certezas, questionando e procurando ultrapassar relações de dependência do aluno frente ao professor; potencializar o ato educativo dentro de uma ação participativa, criativa, relacional e reflexiva. (SCHÖN, 2000).

Mettrau e Mathias (1998) apresentam o professor como mediador do processo de aprendizagem. Segundo esses autores, para ser mediador, o professor deve: **1)** aprofundar-se nos conhecimentos e na cultura que serão socializados; **2)** propor práticas pedagógicas que tornem pertinente esse aprendizado; **3)** estar consciente dos valores e das expectativas próprias de seus alunos e da sociedade; **4)** compreender os processos cognitivos de seus alunos. Segundo esses autores, construir processos de aprendizagem, exige um olhar para o ambiente onde tais aprendizagens serão relevantes. A essas características pode ainda ser acrescidos a avaliação permanente do processo e o replanejamento das contingências de aprendizagem sempre que necessário.

Ao que parece, um professor que se propõe produzir/desenvolver competências de forma dinâmica e relacional precisa avaliar constantemente sua visão de aprendizagem de forma a criar ambientes de aprendizagem colaborativos, onde a construção individual e coletiva seja resultado direto da reflexão e atuação conjunta sobre e no mundo real. (PORLÁN; TOSCANO, 2000).

Para que a aprendizagem aconteça, o aluno precisa delinear, tal qual o professor, um novo papel no processo de aprendizagem. Deixa de ser um receptor passivo de informações, cuja responsabilidade é aderir, parafrasear e reproduzir, para ser um construtor ativo de suas aprendizagens, com capacidade para interagir e interaprender.

Significa que o aluno precisa ser envolvido e co-responsabilizado na tarefa de aprender, de tal forma que se comprometa a buscar novos pontos de vista sobre determinado assunto; desenvolver reflexão crítica sobre as experiências da vida e da prática diária; construir sua própria visão da realidade; socializar sua opinião sempre que possível; comunicar aos colegas suas descobertas, dificuldades e facilidades; identificar seus processos cognitivos; e desenvolver formas de controle sobre os mesmos de forma a otimizar o desenvolvimento das aprendizagens. (STÉDILE, 2002).

Esses aspectos implicam em desafios a enfrentar, para que sejam possíveis construções de práticas transformadoras na formação de profissionais de saúde.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se com esta investigação identificar competências gerenciais em atenção básica à saúde a partir de expressões de agentes que vivem cotidianamente esse tipo de trabalho no município de Caxias do Sul, na perspectiva de que as mesmas possam ser utilizadas como objetivos de ensino na formação de profissionais em saúde.

Não se teve a pretensão de compreender a competência “gerenciar processos de trabalho em Unidades Básicas de Saúde” em todos os seus ângulos, e nem a ingenuidade de definir esse trabalho somente pelas competências que puderam ser apreendidas. O trabalho gerencial e o conjunto de competências que o conformam são muito mais dinâmicos e complexos que a possibilidade de aprendê-los em seu todo.

Nesse sentido, as competências que foram identificadas representam um pequeno recorte entre uma multiplicidade de possíveis competências, as quais pudessem traduzir as várias dimensões que compõem o trabalho gerencial, mas, certamente, são aquelas que conferem um certo sentido aos agentes que vêm desenvolvendo gerenciamento local.

Também não se teve a preocupação de definir, aprioristicamente, um perfil para a gerência de unidades locais de saúde e verificar sua adequação às competências identificadas. Todavia essas possibilitaram uma aproximação para o entendimento da constituição dessa prática gerencial na perspectiva em defesa da vida. Essa aproximação pôde ser identificada pelas características das competências apontadas que, nesse estudo, se fizeram relevantes as relacionadas ao planejamento local de saúde, trabalho com coletivos, educação em saúde e condução do trabalho gerencial.

Cabe ressaltar que, no contexto deste estudo, o processo de identificação de competências, além de caracterizar um certo fazer gerencial, assume um caráter de colocar em discussão uma possibilidade de organização do ensino que possa contribuir para a transformação das práticas pedagógicas nos cursos de formação, no campo da saúde, como também a possibilidade de colocar o SUS como interlocutor das escolas na fomentação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação desses profissionais. Práticas pedagógicas essas que possibilitem definir (enunciar) competências a serem

ensinadas a partir de situações de trabalho reais e criar condições para exercitá-las, constituí-las e reconstruí-las, também, em situações de trabalho reais.

A opção de ensinar a gerenciar processos de trabalho em saúde a partir do que constitui as exigências da realidade com que o aluno vai se defrontar, quando sair da escola, como foi expresso pelas competências que os gerentes indicaram (quadro 8), representa uma maneira não usual de trabalho. Trabalhar com ela significa estabelecer referenciais bem definidos como a noção de competência.

Tendo claro o que significa competência, é possível decidir de onde derivar competências significativas (de valor) para elegê-las como sendo o que ensinar (objetivos de ensino). Nesse sentido, identificar e propor competências-objetivos significa ir além de simplesmente listar atividades que o aluno deva fazer, ou intenções do professor, ou ainda, descrever conteúdos sob a forma de ações de aprendizagem. Exige, entre outros aspectos, a definição do que o aluno precisa ser capaz de fazer fora da escola, em situações reais de vida e trabalho, levando em conta o contexto onde tais ações irão acontecer; levar em conta o que o aluno precisa ser capaz de fazer fora da escola (por exemplo, em situações de trabalho dos gerentes) é condição para propor competências humanas significativas às pessoas que compõem a realidade onde o aluno irá desenvolver atividades profissionais e para romper com os limites impostos pelo entendimento de competência como sendo apenas a *ação* dos indivíduos.

Com efeito, equivale a dizer que o objeto da aprendizagem são as relações entre as ações perante uma realidade (situações que existem) com a qual o profissional se defronta para gerar outra situação que seja desejável (resultados ou situações originais transformadas em outras de interesse). Ações que são realizadas pela mobilização de habilidades, conhecimentos, valores e referidas às especificidades que as situações enfrentadas exigem, situações essas que necessitam ser explicitadas e relacionadas em processos de aprendizagem.

Quando os objetivos do ensino de gerenciamento em saúde são competências, fica nítido o papel do conhecimento no processo de ensinar. O conhecimento deixa de ser finalidade do processo de ensino e transforma-se em instrumento a serviço da

aprendizagem, para ajudar a identificar, com maior clareza, as variáveis presentes em situações de trabalho gerenciais e as correspondentes e possíveis formas de agir (habilidades, conhecimentos, valores) em relação a essas variáveis. Parece também ficarem mais nítidas as lacunas de conhecimento existentes, de conhecimentos ainda não produzidos (e que precisam ser pesquisados) para lidar melhor com as situações em questão.

Para planejar o ensino, considerando esses aspectos, parece que um dos objetos de estudo do profissional (professor) que se propõe a ensinar a gerenciar processos de trabalho em atenção básica à saúde são as competências utilizadas pelos gerentes que atuam nesse campo e a percepção dos mesmos sobre seu próprio trabalho, no qual múltiplas variáveis estão presentes (diferentes necessidades de saúde de um indivíduo ou de uma população, possíveis variáveis determinantes dessas necessidades, diferentes agentes que possam controlar essas variáveis, diferentes interesses, diferentes projetos em disputa, diferentes condições e recursos disponíveis, diferentes resultados a ser obtidos pela intervenção).

Investigá-las é condição para identificar quais competências fazem parte do trabalho gerencial, como essas competências estão relacionadas entre si, que fatores influenciam essas relações e o que é obtido, ou necessário obter como resultado dessas relações. Essas informações são referenciais importantes para decidir quais competências importam ao profissional construir/desenvolver, de modo a auxiliar, também, nas decisões do professor sobre que condições precisará criar, no ambiente de ensino, para garantir que o estudante desenvolva tais competências. Isso significa que é responsabilidade do ensino de graduação (prioritariamente) a produção e o desenvolvimento de competências profissionais que habilitem o profissional em saúde a lidar com situações relacionadas ao gerenciamento em atenção básica à saúde, de forma a produzir mudanças na organização dos serviços e na produção do cuidado à saúde.

Gerenciar processos de trabalho em unidades básicas de saúde é uma competência complexa. Os referenciais obtidos neste estudo, para propor essa competência/objetivo, são redes contínuas e dinâmicas de relações entre competências, relacionadas a planejamento local em saúde; trabalho com coletivos organizados; trabalho em equipe e condução do trabalho gerencial.

Nesse contexto (nessas relações), outras competências não explicitadas poderão surgir, e outras ainda poderão/deverão ser necessário serem construídas para dar conta da complexidade que é gerenciar. Diante das perceptíveis exigências dessa competência complexa, é útil perguntar: é possível aos cursos de graduação ensinar alunos a gerenciar processos de trabalho, comprometidos com as necessidades de saúde da população? Para responder a essa questão, é importante ter claro que o termo *gerenciar* é bastante amplo.

Em uma palavra: encobre uma série de outras competências profissionais necessárias para ser possível dizer que o profissional está gerenciando. Nesse cenário, para que os cursos de graduação possam *ensinar* a gerenciar processos de trabalho em unidades básicas de saúde precisam explicitar e exercitar outras competências que possibilitem o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para realizar esse gerenciamento em função do contexto ao qual estiver referido. E como a realidade em saúde é dinâmica e está em constante transformação, certamente, serão necessárias novas competências (outros tipos de competência), que possibilitem lidar com maior segurança e melhor (de outra forma) com essa realidade.

Utilizar a realidade de trabalho dos serviços em saúde para poder identificar competências gerenciais a partir dos próprios agentes, que vivenciam cotidianamente esse trabalho num determinado contexto, pode ser uma alternativa aos modelos conteudistas de programação de aprendizagens. As aprendizagens, de acordo com essas contribuições, têm um ponto de partida *fora da escola* (situações reais de trabalho com as quais o aprendiz vai lidar quando *sair da escola*) e um destino (competências/objetivos) ou finalidade, também orientado para *fora da escola* (o que o aluno deve estar apto a fazer quando se defrontar com situações que o exercício profissional deve transformar). O ensino tem também a possibilidade de transformar competências complexas em competências menos complexas, constituindo unidades de aprendizagem simples, ao longo das quais o aluno pode desenvolver sua aprendizagem de forma gradativa e processual.

A organização e a reorganização de competências a partir de situações-problema, por exemplo, revela *aprendizagens* envolvidas que o aluno precisa apresentar (alguns objetivos intermediários) e que constituem o processo de realização da competência/objetivo, no caso, gerenciar processos de trabalho na atenção básica. Essas aprendizagens possibilitam ao professor explicitar critérios de seqüenciamento, dividir as seqüências em unidades e planejar condições de ensino para essas aprendizagens. Em outras palavras, elas facilitam ao professor tomar decisões importantes para efetivar o processo de aprendizagem.

Há com o ensino planejado, concebido e realizado dessa forma, várias decorrências para a administração do ensino, especialmente do ensino de nível superior. Uma dessas decorrências está diretamente relacionada ao que constitui e se caracteriza o que usualmente se chama *currículo* e às relações entre este e o processo de ensinar.

É freqüente o currículo ser definido e apresentado como sendo uma lista de temas, assuntos ou matérias constituídas por categorias de informações a serem apresentadas a alunos e que se constituirão naquilo que será solicitado ao aluno devolver ou aderir quando for realizada a avaliação. Pode ser definido, também, por *atividades*, ou seja, o que vai ser ensinado (ou feito com os alunos), mediante um conjunto de atividades, desde aulas, práticas supervisionadas, estágio curricular, etc. Esse tipo de concepção ainda não deixa clara qual é a contribuição social própria do profissional desse campo que o curso de graduação pretende formar, ou ainda, pode ser a combinação dos dois tipos de concepção.

A proposição de competências profissionais como objetivos de ensino para cursos de graduação, a partir de situações nas quais o profissional precisa estar apto a lidar, no caso, as competências apontadas e problematizadas, pelos gerentes que vivenciam este trabalho, parece ser um instrumento importante para alterar as usuais concepções de currículo para uma concepção e organização baseadas em situações-problema, na tentativa de definir o profissional a ser formado (ou as aprendizagens que necessita desenvolver para tal), por meio de competências que precisa apresentar perante as necessidades em saúde da população e em relação à qual ele deve contribuir para atender a essas necessidades por meio de sua atuação, no caso gerenciando processos de trabalho.

Planejando o ensino com base em resultados que interessa obter, em função das necessidades da população, muda a direção do ensino. Tendo esse referencial (necessidades reais da população a quem se destina o trabalho do profissional) é mais provável que a escola cumpra com a responsabilidade de transformar a realidade social, por meio da inserção de profissionais competentes e dispostos a usar sua competência em favor do atendimento às necessidades da maioria da população. Ao mesmo tempo, aumenta a probabilidade de os cursos de graduação levarem em conta toda e qualquer ação profissional capaz de colaborar com as mudanças necessárias às situações cotidianas de um profissional da saúde. Nessas *ações* profissionais, estão incluídas aquelas referentes ao gerenciamento de processos de trabalho em atenção básica na saúde.

Utilizar competências identificadas a partir do mundo do trabalho, para constituir objetivos de ensino, na formação de profissionais em saúde, tem decorrências para as instituições formadoras e para os serviços de saúde. É necessário considerar que essas novas referências favorecem o deslocamento de ações pedagógicas para o espaço de realização do trabalho.

A participação dos serviços e da comunidade, na definição de habilidades, conhecimentos e valores a serem desenvolvidos pelos futuros profissionais, é essencial para que novas competências se revelem e que novas práticas (para responder aos novos problemas) sejam construídas, práticas que possam incluir uma nova possibilidade no planejamento do ensino e na construção de competências/objetivos educacionais, agora não mais objeto exclusivo da prática acadêmica.

Esse processo de construção de estratégias – que articulem as necessidades do processo ensino/aprendizagem, dos serviços e da comunidade – é complexo e conflituoso, exigindo, portanto, negociação, avaliação e reconstrução permanentes com a participação efetiva de diversos atores.

Algumas estratégias podem ser facilitadoras dessa articulação nos espaços das práticas. As metodologias sustentadas, na concepção pedagógica crítico-reflexiva, especialmente a problematização, parecem ser um instrumental adequado para articular a ação dos diferentes atores em relação os problemas da realidade, provavelmente, porque

essas metodologias: permitem leitura e intervenção rápidas sobre a realidade; favorecem a interação entre os diversos atores, pois pressupõem participação e vivência coletiva; favorecem a construção coletiva do conhecimento e a valorização de todos os saberes porque o conhecimento da realidade não é de domínio exclusivo de nenhum dos participantes; estimulam a criatividade na construção de soluções; e propiciam a liberdade no processo de pensar e de agir. (FEUERWERKER; SENA, 2004, p. 211).

Inovar as formas de ensinar, passando de uma postura conteudista e reprodutiva para uma problematizadora, baseada em competências, depende de um elemento essencial: a capacidade de envolver o corpo docente de diferentes segmentos na apreciação, criação e experimentação de novas tecnologias de ensino (novas habilidades, novos conteúdos, novas articulações, novas metodologias, novos cenários de aprendizagem, novas relações professor/aluno/serviço, etc.).

O objetivo dos docentes, nessa seara, é fazer com que aprendam muito mais do que ensinam, incluindo algumas das seguintes ações: considerar os conhecimentos como sendo recursos a serem mobilizados; trabalhar regularmente com problemas; criar ou utilizar meios colaborativos de aprendizagem; negociar e conduzir projetos com seus alunos; adotar um planejamento flexível e indicativo e improvisar; implementar e explicitar um novo contrato didático; praticar uma avaliação formadora em situações de trabalho; dirigir-se para uma menor compartimentalização disciplinar. (PERRENOUD, 1999; 2000).

É fundamental, também, estabelecer relações mais aproximadas entre estudantes de diferentes profissões com diferentes profissionais dos serviços, visto que o trabalho específico de gerência de UBS não é exclusividade de nenhuma carreira. É possível que, com essa aproximação e com trocas de experiências possam ser constituídas novas posturas e novas práticas profissionais sustentadas num maior compromisso e no respeito aos colegas e aos seus problemas, desenvolvendo uma maior capacidade de comunicação, de escuta, de agregação de diferentes saberes, de relações mais democráticas, capazes de facilitar o estabelecimento de novos vínculos entre os próprios estudantes entre si e desses com profissionais da saúde e, principalmente, entre estudantes e seu objeto de trabalho aqui concebido como a vida e suas manifestações de sofrimento individual e coletivo. As competências se constroem a partir de relações estabelecidas entre sujeitos e essas têm um grande valor na formação dos futuros profissionais.

Numa proposta como essa que exige articulação entre mundo da formação e mundo do trabalho, a participação dos municípios nos processos de formação profissional é de grande relevância uma vez que é no espaço dos municípios que se concretiza a maior parte das ações de saúde e o trabalho das equipes de saúde e é nesse território também que se inserem docentes e estudantes para as práticas de ensino-aprendizagem. Por essa razão, os municípios têm um papel fundamental na construção de estratégias que propiciem mudança das práticas pedagógicas e da formação profissional, bem como, um papel ativo na identificação de necessidades de formação (competências, habilidades, conteúdo, valores e metodologias) e na formulação de demandas para a produção e disseminação de conhecimento. Essas questões remetem à necessidade de estabelecimento de parcerias entre instituições formadoras e serviços de saúde para o fortalecimento do trabalho no campo da formação.

Cabe, também, à universidade uma configuração de seu lugar na aproximação dos contextos reais com a prática e os problemas concretos enfrentados pelos profissionais no mundo do trabalho. Uma abordagem como essa parece depender, para se institucionalizar, de uma vontade da academia de ampliar seu papel de geração e socialização do conhecimento, de forma a fomentar, segundo novos padrões, a capacidade de produção de conhecimento por indivíduos e por comunidades profissionais, conjuntamente com a comunidade acadêmica.

Notadamente, isso parece envolver a necessidade de parceria entre instituições formadoras e serviços, legitimada pelo desejo de produzir e redefinir competências profissionais, diversificar os cenários de formação, direcionar a produção de conhecimentos, com base em sua relevância social, dando-lhe um outro sentido, sentido esse aliado à reflexão sobre as formas de construção dos saberes profissionais envolvidos na construção de novas práticas de cuidado e de gerenciamento, elemento útil para a construção de novos atos pedagógicos e de intervenção em saúde.

As competências gerenciais identificadas precisam, ainda, ser assumidas, problematizadas, exercitadas e avaliadas em situações de ensino, em cursos de formação. Constituem, em rigor, um ponto de partida para continuar os exames a respeito da formação dos profissionais da saúde comprometidas com o SUS (atuação em gerenciamento) e para propor uma tecnologia educacional que permita ao aluno desenvolver competências profissionais significativas.

É preciso, também, que outras competências sejam descobertas, elaboradas e propostas por gestores de serviços, profissionais de saúde, na comunidade e instituições formadoras para que sejam desenvolvidas nos cursos de formação, de tal forma que possibilitem, aos profissionais da saúde, aprender as competências necessárias para o trabalho gerencial comprometido com a necessidade de saúde dos indivíduos, coletividade e consolidação do SUS. Nesse sentido, a educação permanente (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, instituída pela Portaria 198/GM/MS em 13 de janeiro de 2004) parece ser uma potente mediadora e indutora dessas relações.

É importante, outrossim, tornar esse conhecimento acessível, principalmente por meio dos ensinos de graduação e pós-graduação, nos quais são formados profissionais que podem usar esse conhecimento para gerar benefícios diretos às pessoas, ou aos docentes que realizarão o ensino, transformando esse conhecimento em condutas de outras pessoas, ou aos pesquisadores que produzirão conhecimentos que poderão ser superados. Descobrir competências e torná-las reais na sociedade por meio do ensino de agentes dessa sociedade são tarefas comuns que docentes podem realizar no seu cotidiano de trabalho. Para aumentar a probabilidade de que isso ocorra, é útil ter sempre presente que *gerenciamento* de processos de trabalho na atenção básica é o nome dado ao processo de gerenciar que, se não for feito por alguém, não existirá. *Fazer* é sinônimo de comportar-se, e, para que tal gerenciamento aconteça, seja feito, ou para que ocorra o tipo de competência que recebe esse nome, é preciso que ela seja aprendida. Para ser aprendida, é necessário que seja ensinada. E, embora não tão obviamente para muitos, para ser ensinada, precisa ser descoberta, caracterizada, organizada em seqüências e em unidades de aprendizagem, exercitada, avaliada, escrita, publicada e, ainda, articulada ao mundo do trabalho e da

comunidade. Se o objetivo é ver processos de trabalho em unidades básicas serem gerenciados por profissionais da saúde, comprometidos com o SUS essas tarefas parecem ser o *caminho* seguro a percorrer, mesmo que, em alguns casos, tal caminho precise ser descoberto ou construído para poder ser percorrido como acontece (ou é feito) em relação a tantos outros problemas da vida, a situações de trabalho ou a objetos de estudo. E para reforçar o compromisso da docência e das instituições formadoras para com esse processo de formação, utilizo as palavras de Ceccin; Capazzolo (2004):

Não nos tornamos profissionais de saúde por um percurso no currículo formal de conteúdos ou por um itinerário em etapas formativas conteudistas, tornamo-nos profissionais de saúde como resultado da exposição e experimentações, como efeito de afecção (sermos afetados) pelos usuários e pela equipe com que operamos nossos instrumentos e tecnologias de trabalho. Tornar-nos-emos profissionais de saúde quando for possível escapar das percepções banais e recognitivas (de saber apenas mais sobre o mesmo e sempre com os mesmos recursos) e for possível a abertura da sensibilidade (suspensão dos filtros de olhar e escuta para aceitar o estranhamento e contatar seus desafios de aprendizagem). Tornamo-nos profissionais de saúde pelo desenvolvimento de contatos, pela presença em contextos, pela consideração de um número crescente de elementos do ambiente onde se trabalha em saúde ou se deseja ofertar práticas de saúde e não pelo treinamento em programas de ação, princípios abstratos e domínio de regras. Não há como apreender as destrezas da integralidade e da humanização sem compartilhar sensações com os usuários e as equipes ao longo da profissionalização e ao longo de todo o exercício profissional, mas, sem dúvida, cabe à docência a oportunização de contextos e da problematização desses contextos –, múltiplos, polifônicos, complexos, reais. (p. 367 e 368).

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMANA, I. **Competências que definem a liderança**. São Paulo: Amana-Key Editora, 1989.

BARBOSA, P. R.; LIMA, S. M. L. Gestão em saúde: bases para maior responsabilidade, eficiência e eficácia. **Espaço para a Saúde**. Curitiba: v. 5, n. 5, p. 5-12, set. 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdos**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOTOMÉ, S. P. **Como decidir o que ensinar**: objetivos de ensino, necessidades sociais e tecnologia educacional. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 1987. Mimeo.

BOTOMÉ, S. P.; PAVIANI, J. **Contemporaneidade, ciência, educação e ... verbalismo**. Erechim: Ed. da Universidade Integrada do Alto Uruguai e das Missões, 1994.

BOWER, M. **Talento para liderar**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa**, Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Educação Profissional: Legislação Básica**. Brasília: Proep, 1998a.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Educação Profissional: Legislação Básica**. Brasília, DF: Proep, 1998b.

BRASIL. Ministério da Educação. CNE/CEB. Parecer 16, de 5 de outubro de 1999. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico**. Disponível em <http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm> Acesso em: 08 ago. 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução 4, de 8 de dezembro de 1999. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico**. Disponível em <<http://www.mec.gov.br/cne/resolucao.shtm>>. Acesso em: 08 ago. 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. **Exame Nacional do Ensino Médio**. Documento Básico 2000. Brasília: Inep, 1999a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico/ Proep**, Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório da Conferência. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que estabelece a **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 que implanta as **Normas Operacionais Básicas** (NOBs) que regulamentam os artigos de 196 a 200 da Constituição Federal do Brasil. Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 01/93**. Gestão incipiente, semiplena e plena. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 01/96**. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Referências Conceituais para a Organização do Sistema de Certificação de Competências/Profae**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Subseção Caxias do Sul. **Relatório parcial do Censo Demográfico de 2000**. Caxias do Sul, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 198/GM/MS de 13 de Janeiro de 2004 que institui a **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores de saúde. Brasília, 2004.

CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS) In: **Cadernos de Saúde Pública**, ENSP; Rio de Janeiro, 1997.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução e reforma das pessoas. O caso da saúde. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994a.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994b.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições**: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAPRA, M. L. P. (Org.). **Protocolo das Ações Básicas de Saúde**: uma proposta em defesa da vida. Caxias do Sul, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal da Saúde, 2000.

CASTANHEIRA, E. R. L. A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L. B. et al. (Orgs.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

CASTRO, M. L.; RUBEN, G.; SERVA, M. Resíduos e complementariedade: das relações entre teoria da administração e a antropologia. **Rev. Adm. Publ.**, v. 30, n. 3, p. 68-80, 1996.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Habitação e Ação Social. **Plano Municipal de Saúde**, 1987.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Lei Municipal 3.269, de 26 de setembro de 1988**. Cria a Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente, 1988.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente. **Plano Municipal de Saúde**, 1992.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Lei Municipal 3.875, de 15 de setembro de 1992**. Autoriza a celebração de convênio entre Estado e Município para implantação das diretrizes do SUS, 1992a.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Lei Municipal 3.871, de 22 de setembro de 1992**. Institui no município o Conselho Municipal da Saúde, 1992b.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Lei Municipal 3.939, de 16 de dezembro de 1992**. Cria o Fundo Municipal de Saúde, 1992c.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, 1997.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Secretaria de Planejamento Urbano**. Plano Físico Urbano de Caxias, 1997a.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão Municipal**, jan./dez. 1997b.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. **Lei Municipal 4.778, de 16 de dezembro de 1998**. Cria a Secretaria Municipal do Meio Ambiente, 1998.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão Municipal**, jan/dez. 1998a.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão Municipal**, jan/dez. 1999.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão Municipal**, jan/dez. 2000.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão Municipal**, jan/jun. 2001.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Caxias do Sul- Primeira em qualidade de vida. **Informativo da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul**, 2002.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Lei 5.959 de 16 de dezembro de 2002. Autoriza a **Reforma Administrativa da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul**, 2002a.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal da Saúde**, 2002b.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal de Caxias do Sul. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório Técnico da Capacitação Gerencial**, 2002c.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13 (3), jul./set. 1997.

CECCIM, R. B.; CAPAZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistências e criação. In: MARTINS, J. J. N. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/Abem, 2004. p. 346-391.

CECCIM, R. D.; FEUERWERKER, I. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65. 2004.

CLAUS, S. M. **Comportamentos a desenvolver na formação do enfermeiro para o trabalho com planejamento de ações de saúde**. 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1997.

CLAUS, S. M.; CAPRA, M. L. P. **Projeto de elaboração e implementação do Protocolo de Ações Básicas de Saúde**. Secretaria Municipal da Saúde: Caxias do Sul – RS, 2000a. Mimeo.

CLAUS, S. M.; CAPRA, M. L. P. **Projeto Potencializando a gestão para organizar o SUS a partir da rede básica**. Secretaria Municipal da Saúde: Caxias do Sul, nov. 2000b. Mimeo.

CLAUS, S. M.; CAPRA, M. L. P. Potencializando a gestão para organizar o SUS a partir da Rede Básica. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Da Casa, 2002.

COELHO, M. I. Ensino de graduação: a lógica de organização de currículo. **Educação Brasileira**, São Paulo, 16(33), p. 43-75, 1994.

CUNNINGHAM, D. J.; DUFFY, T. M.; KNUTH, R. The textbook of the future. In: McKnight, C.; Dillon, A.; Richardson, J. (Eds.). **Hypertext: a psychological perspective**. New York: Ellis Horwood, 1993.

DELUIZ, N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim Técnico do SENAC**, 22(2), mai./ago., 1996.

DELUIZ, N. Mudanças no mundo do trabalho e necessidades de qualificação dos trabalhadores de saúde. In: REUNIÓN DE LA RED LLATINOAMERICANA DE TÉCNICOS EN SALUD. OPS/OMS – FIOCRUZ, 1997, São Paulo, 1997. Mimeo.

DELUIZ, N. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo**, 2001. Mimeo.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v.1, n. 2, p. 5-16, maio 2001.

DEMO, P. Professor e teleducação. **Tecnologia Educacional**, v. 26 (143). out./nov./dez. 1998.

DEMO, P. Educação profissional: desafio da competência humana para trabalhar. **Educação profissional: o debate da(s) competências**. Brasília: MTb, Sefor, 1997.

DESCEULNIERS, J. **Ante el imperativo del aprendizaje permanente, estrategias de formación continua**. Montevideo: Cinterfor/OIT, 2001.

DONALÍSIO, M. R. A informação e o município. **Saúde Debate**, n. 39, p. 64-69, 1993.

DUFFY, T. M.; JONASSEN, D. H. Construtivism: new implications for instructional technology. In: Duffy, T. M.; Jonassen, D. H. **Constructivism and the technology of instruction: a conversation**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1992.

DUSSAULT, G. A. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun., 1992.

ECHEVEST, S.; VIEIRA, B.; VIANA, D. et al. **Perfil do executivo no mercado globalizado**. In: ANPAD. *Rac*, v. 3, n. 2, mai./ago. 1999.

FERLA, A. A.; JAEGER, M. L. Controle Social como processo: a participação da população na saúde e no orçamento participativo no estado do Rio Grande do Sul. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, p. 179-193, 2002.

FEUERWERKER, L. C.; LIMA, V. V. **Os paradigmas da atenção à saúde e da formação de recursos humanos**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. MS/ OPAS/ OMS. 2002. Brasília, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. A construção de novos modelos acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. **VER-SUS Brasil** – Caderno de textos. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, p. 195-237. 2004.

FERRAZ, C. **O gerenciamento de enfermagem: do modelo burocrático à administração flexível**. Tese (Doutorado) – USP, Ribeirão Preto, 1995.

FRACOLLI, L. A. **Processo de trabalho de gerência: possibilidades e limites frente a reorganização do trabalho na rede básica de saúde em Marília**. 1999. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem/Unicamp, Campinas, 1999.

FRANCO, T. B. **Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencia em saúde**. 1999. Dissertação (Mestrado) – Unicamp, Campinas – SP, 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG): **Cadernos de Saúde Pública**, n. 15, ENSP; jun. 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O uso das ferramentas analisadoras em apoio ao planejamento**: o caso do Hospital das Clínicas da Unicamp. Campinas: 1998. Mimeo.

GALLART, A. M.; JACINTO, C. Competencias laborales: tema clave en la articulación – **Trabalho Caderno de Trabalho**, Madrid, n. 2. 1997.

GALLO, E. **Transformações do ensino médico no Brasil. Dispositivos inovadores para as escolas médicas**: oportunidades do ambiente externo. Cineaem, 1998. Mimeo.

GARDINI, C. A. Caxias do Sul – Primeira em qualidade de vida. **Informativo da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul**, 2002.

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

GOLEMAN, D. Competência emocional. **Revista Executive Excellence**. n. 10, 1999.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.

GOWZCI, A.; ATHANASOU, J. **Instrumentación de la educación baseada em competencias**. Perspectivas de la teoria y la práctica em Austrália. México: Limusa, 1996.

HABERMAS, J. **Pensamento pós-metafísico**: estudos filosóficos. Trad. de Flávio Breno Siebeneichler. São Paulo: Loyola, 1990.

IBARRA, A. Formación de recursos humanos y competencia laboral. **Boletín Cinterfor/OIT**, Montevideo, n. 149, 2000.

INGRAM, D. **Habermas e a dialética da razão**. Trad. de Sérgio Bath. Brasília: Ed. UnB, 1993.

IRIGOIN, M. E. **En torno al concepto de competencias**: programa de fortalecimento de serviços de saúde. Lima: 1996. Mimeo.

IRIGOIN, M. E. **La imprementación de los bachilleratos tecnológicos en la Universidad de Trabajo del Uruguay**. Montevideo: UTU, 1997.

IRIGOIN, M. E. **Teoría y práctica de las competencias**. In: REUNIÃO DE TRABALHO SOBRE COMPETÊNCIAS. Washington, 1998.

JONASSEN, D. H.; CAMPBELL, J.; DAVIDSON, M. E. Learning with media: restructuring the debate. **Educational technology research and development**, 42 (2), p. 31-39, 1994.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 6, n. 3, p. 234-259, 1990.

KAO, J. J. **A arte e a disciplina da criatividade na empresa**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KAUFFMAN, R. A. Evaluaciones de necesidades: internas e externas. **Revista de Tecnologia Educativa**, 3 (1), p. 84-91, 1997.

KERKA, S. **Competency – Based Education Training** Eric Clearinghouse: Myths and Realities, jun. 1998.

LLUCH, E. **Formación basada en competencia laboral. situación actual y perspectivas para los países del mercosur. Os sistemas nacionais de formação por competências metodologia de investigação e normalização de competências**. Madri: OIE, 1997.

L'ABBATE. S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: Merhy, E. E. e Onocko, R. **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LUZ, T. R. Desafios da gerência internacional e novas competências. In: RODRIGUES, S. B. (Org.). **Competitividade, alianças estratégicas e gerência internacional**. São Paulo: Atlas, 1999.

MACHADO, M. H. **Profissões de saúde: um enfoque sociológico**. Rio de Janeiro, 1988. Mimeo.

MACHADO, N. Eixos Teóricos que Estruturam o ENEM. Conceitos principais. interdisciplinaridade e contextualização. In: SEMINÁRIO DO EXAME NACIONAL DO ENSINO MÉDIO 1, Brasília, DF: INEP, 1999.

MALGLAIVE, G. Competências e engenharia de formação. In: PARLIER, M; WITTE, S. **La compétence mythe: construction ou réalité?** L' Paris: Harmattan. 1994, p. 153-168.

MANFREDI, S. M. Trabalho, qualificação e competência profissional: das dimensões conceituais e políticas. **Educação & Sociedade**. Campinas: v. 19, n. 64, p. 13-49, set. 1998.

MARELLI, A. **Introdução à análise e desenvolvimento de modelos de competências**, 2000. Mimeo.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Ipea, 1993.

MEDEIROS, R. M.; STÉDILE, N. L. R.; CLAUS, S. M. **Construção de competências em enfermagem**. Caxias do Sul: Educs, 2001.

MENEZES, C. S. **A unicidade do Sistema Único de Saúde em questão: a integralidade e a hierarquização do cuidado sob a perspectiva do trabalho vivo**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política: São Paulo 1920-1948, os movimentos sanitários, os modelos tecnoassistenciais e a formação das políticas governamentais**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo: pensando sobre as lógicas do trabalho em saúde. In: **Democracia e Saúde**. Org. Sonia Maria Fleury Teixeira. São Paulo: Lemos, 1996.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998a.

MERHY, E. E. **A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir**: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas. Campinas, 1998b. Mimeo.

MERHY, E. E. **Gestão transformadora da escola médica**. Oficina do CINAEM, Aracajú, 1998c. Mimeo.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. Material Institucional do DMPS/FCM/UNICAMP, 26p, abr. 1999a. Mimeo.

MERHY, E. E. **Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica**. 16p, Jun. 1999b. Mimeo.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERTENS, L. **Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos**. Montevideo: CINTERFOR, 1996.

METTRAU, M. B. e MATHIAS, M. T. O papel social da prática pedagógica do professor na promoção das capacidades sócio-cognitivo-afetivas do alunado. **Tecnologia Educacional**. v.26 (146). abr./mai./jun. 1998. p. 30-36.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto.** Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MISOCZKY, M. C. Distrito sanitário: desafio de descentralizar com democracia.

Saúde Debate, n. 33, p. 54-60, 1991.

MONTEIRO, E. L. **El rescate de la calificación.** Uruguai, Montevideo: Cinterfor, 1996.

MORAES, R. **Análise de conteúdo: um método de análise.** São Leopoldo: Ulbra, 1999a.

MORAES, R. **Uma experiência de pesquisa coletiva: introdução à análise de conteúdo.** Oficina da Pós-Graduação, ULBRA, 1999b. Mimeo.

MORAES, R. **Uma tempestade de luz:** a compreensão possibilitada pela análise textual qualitativa. Universidade de Caxias do Sul, Oficina, Julho/2001.

MOREIRA, A. F. B. Parâmetros curriculares nacionais: em busca de alternativas. **Revista de Educação A.C.E.** Brasília (DF): 24 (97): 7-25. Out. 1995.

MORIN, E. **A cabeça bem feita.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos. In: **VER-SUS Brasil** – Caderno de textos. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, p. 175-180, 2004.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea:** a ciência e a arte de ser dirigente. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

NUNES, E. D. **Sobre a sociologia da saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1999.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade:** problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

OLIVEIRA, M. D.; OLIVEIRA, R. **Vivendo e aprendendo.** São Paulo: Brasiliense, 1980.

OLIVEIRA, Jr. M. **Administração de recursos humanos nos municípios: um desafio aos planejadores de saúde.** Produzido para o CADRHu. Ipatinga, 1989, Mimeo.

OLIVEIRA, M. W. **Avaliação do ensino superior através de depoimentos de egressos: a relação entre formação acadêmica e exercício profissional como objeto de estudo.** 1998. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1998.

PAIM, J. S. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1987, p. 45-57.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil:** problemas crônicos e desafios agudos. Administração em saúde – Série temática. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1994 .

PAVIANI, J. **Interdisciplinaridade, disfunções conceituais e enganos acadêmicos.** Caxias do Sul: Educs, 1993.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

PERRENOUD, P. **10 novas competências para ensinar.** Porto Alegre: ArtMed, 2000.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org). **Processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: Papa Livros, 1999. p. 25-48.

PICCINI, R; GALLO, E. et al. **Avaliação do Ensino Médico no Brasil** – Relatório da II Fase do Projeto CINAEM, Brasília, 1996.

PORLÁN, R.; TOSCANO, J. M. **El saber práctico de los profesores especialistas: aportaciones desde las didácticas específicas.** In: MOROSINI, M. C. (Org.). Professor do ensino superior: identidade, docência e formação. Brasília: Inepe, 2000, p. 35-42.

RAMOS, M. **Indicações metodológicas para a elaboração de currículos para competência na educação profissional de nível técnico em saúde.** Documento de discussão Profae/MS e EPSJU/Fio Cruz, 2001a.

RAMOS, M. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação.** São Paulo: Cortez, 2001b.

REBELATTO, J. R., BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: perspectivas de evolução como campo profissional e como área de conhecimento.** 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

RIBEIRO, M. L. **História da Educação Brasileira.** São Paulo: Cortez e Moraes, 1978.

RIBEIRO, C. M. P. **De estudante de medicina a médico de interior; formação e vida profissional isolada em pequenas cidades de vinte e dois médicos egressos da Universidade Federal de Minas Gerais, de 1978 a 1985.** 1991. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação/Unicamp, Campinas, 1991.

RIBEIRO, E. C. O. Educação permanente em saúde. In: MARTINS, J. J. N. (Org.) **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** São Paulo: Hucitec/Abem, 2004. p. 285-303.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1995.

ROJAS, E. **El saber obrero y la innovación em la empresa.** Montevideo: Cinterfor/OIT, 1999.

RONCA, P. A. C., TERZI, C. A. **A aula operatória e a construção do conhecimento.** São Paulo: Edesplan; 1996.

RUAS, R. L. **A problemática do desenvolvimento de competências e a contribuição da aprendizagem organizacional.** Seminário Internacional Competitividade Baseada no Conhecimento. São Paulo, Agosto, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.** São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHÖN, D. **Educando o profissional reflexivo: um novo desafio para o ensino e a aprendizagem.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

SCHWARTZ, Y. **Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel.** Educação e Sociedade. Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-139, dez. 1998.

SCHWARTZ, Y. **Trabalho e educação: presença pedagógica.** Belo Horizonte, v. 7, n. 38, p. 5-17, mar./abr. 2001.

SENGE, P. **A Dança das Mudanças.** Rio de Janeiro: Campus, 1999a.

SENGE, P. Tensão Criativa. **Revista Executive Excellence.** n. 7, 1999b.

SENGE, P. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende.** São Paulo: Bert Seller, 2000.

SILVA Jr., A. G. Distrito sanitário: reflexões sobre seu conceito e experiências. **Saúde Debate**, n. 41, p. 10-13, 1993.

SILVA Jr., A. G. **Modelos tecnoassistencias em saúde – o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

SORDI, M. R. L. **Experiências curriculares em construção: o caso da faculdade de enfermagem da PUCCAMP.** Campinas(SP): Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1998. Mimeo.

STÉDILE, N. R. L. **Prevenção em Saúde: comportamentos profissionais a desenvolver na formação do enfermeiro.** 1996. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 1996.

STÉDILE, N. R. L. **Intervenções metacognitivas como estratégia de aprendizagens em prevenção de problemas de saúde.** 2002. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

STRUCHINER, M.; REZENDE, F.; RICCIARDI, R. M. V. e CARVALHO, M. A. P. Elementos fundamentais para o desenvolvimento de ambientes construtivistas de aprendizagem. **Tecnologia Educacional** – v. 26 (142), jul./ago./set. 1998.

TAKAHASHI, O. S.; HIRAZAWA, S. A.; SOUZA, N. A. Reforma curricular do curso de graduação em Enfermagem. **Divulgação em saúde para debate**. São Paulo: Cebes, 11: 59-62, set. 1995.

TANCREDI, R. M. S. P. **A formação do professor nos cursos de licenciatura da área de ciências da UFSCar**: uma análise da questão sob a ótica dos licenciandos. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 1995.

TEJADA, J. F. Acerca de las competencias profesionales. **Revista Herramientas** 56, Madrid, Espanha, 1999.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1995.

TEXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. **SUS**: Modelos assistenciais e vigilância à saúde. IESUS, VII(2), abr./jun., 1998.

TEXEIRA, C. F. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: Metodologia e Organização. In: MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1993.

VARGAS, F.; CASANOVA, F.; MONTANARO, L. **El enfoque de competencia laboral**: manual de formación. Montevideo: Cinterfor/OIT, 2001.

VARSAVSKY, O. **Estilos tecnológicos: propuestas para la selección de tecnología bajo racionalidad socialista**. Buenos Aires: Periferia, 1974.

WILSON, B. G. Metaphors for Instruction: why we talk about learning environments. **Educational Technology**, sep.-oct., 25-30, 1995.

WOOD Jr. T.; PICARELLI FILHO, V. **Remuneração por habilidades e por competências.** São Paulo: Atlas, 1999.

ZARIFIAN, P. **A gestão da e pela competência.** In: Seminário Internacional Educação Profissional, Trabalho e Competências. Rio de Janeiro, 28 a 29 de novembro de 1996. Rio de Janeiro: Senai/DN, CIET, 1998.

ZARIFIAN, P. **Objectif Compétence.** Paris: Liaisons, 1999.

7- ANEXOS

ANEXO 1- autorização da Secretaria Municipal da Saúde

SUZETE MARCHETTO CLAUS

Pesquisadora da UNICAMP

Tese de Doutorado em Saúde Coletiva

Caxias do Sul, 10 de outubro de 2002.

Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul

Jaime Guedes Silveira

Secretário da Saúde

Ilmo. Sr.

Gostaria de solicitar sua autorização para desenvolver um trabalho de pesquisa referente ao projeto “Desenvolvimento gerencial como dispositivo de mudanças no processo de trabalho de gerência”

Penso que esse trabalho possa avaliar a potência do desenvolvimento gerencial para produzir mudanças no processo de trabalho de gerentes de Unidades Básicas de Saúde no município de Caxias do Sul, contribuindo como subsídio a ser utilizado por essa instituição em suas propostas de trabalho. Além disso ressaltamos os seguintes benefícios:

- inclusão do nome da SMS em publicações científicas nacionais e internacionais;
- contínua troca de novas informações a partir da análise dos dados coletados.

Os resultados do estudo serão compartilhados com a Secretaria Municipal da Saúde em forma de fornecimento de exemplar da tese e poderão ser apresentados, pelo pesquisador, em eventos nacionais e internacionais.

Estou a disposição para maiores esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,
Suzete Marchetto Claus

Rua Mario Bering, 1514. Bairro jardim margarida, caxias do Sul-RS

Fone: (54) 2228077 e-mail: suzetemc@terra.com.br

ANEXO 2- parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Caxias do sul, 29 de outubro de 2004.

Ilma. Sr^a.

Prof^a. Suzete Marchetto Claus

Ref.: Carta de aprovação do CEP/UCS

Prezada Professora:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul analisou e aprovou, em reunião realizada no dia 21 de outubro/2004, os documentos referentes ao Projeto de Pesquisa Competências para o gerenciamento de processos de trabalho em atenção básica: contribuições para a formação e atuação de profissionais de saúde, coordenado por V.S^a., em parceria com a UNICAMP, na qualidade de aluna de doutorado.

Informamos que:

- trata-se de um estudo transversal, envolvendo doze gerentes de unidades básicas de saúde do município de Caxias do Sul;

- seus objetivos são: a identificação das competências desenvolvidas por esses gerentes após um processo de capacitação desenvolvido pela Secretaria da Saúde, a investigação de competências mais usadas por esses profissionais no seu exercício profissional e, por fim, subsidiar a capacitação e formação gerencial para a atuação em saúde pública;

- a metodologia está claramente descrita, sendo compatível com a proposta do estudo;

- a coleta de dados é realizada por meio de questionários;
- o termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado e preenche os critérios deste Comitê;
- sugerimos que a pesquisadora mude a expressão “Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido” para “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Colocamo-nos à disposição para quais quer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,
Prof. Dr. Celso Piccoli Coelho

Presidente do Comitê de ética da Universidade de Caxias do Sul

ANEXO 3- roteiro de questionamentos

QUESTIONÁRIO

Nome: _____ Data: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Tempo de Formado: _____ Instituição: _____

Especialização: Qual: _____

Ano: _____

Instituição _____

Mestrado: Qual: _____

Tempo de atuação na Secretaria Municipal de Saúde(SMS): _____

Tempo como Gerente de UBS: _____

Funções exercidas na SMS

Tempo

2. Que competências você tem utilizado para gerenciar UBSs?

3. Que competências caíram em desuso?

4. Que competências tem sido importantes para o seu trabalho gerencial?

5. Quais novas competências foram desenvolvidos a partir da capacitação?

6. Quais novas competências foram desenvolvidas independentemente da capacitação?

7. Na sua opinião, que competências são necessárias/ essenciais/ fundamentais para realizar o trabalho de gerente de UBS.

Outros aspectos que você queira registrar.

ANEXO 4- termo de consentimento livre e esclarecido

Pesquisa: COMPETÊNCIAS PARA O GERENCIAMENTO DE PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO E A ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Autores: Suzete Marchetto Claus (Pesquisadora)

Prof^o. Dr. Emerson Elias Merhy

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo a presente pesquisa a fim de contribuir para a construção das competências gerenciais requeridas pelos profissionais de saúde, para atuação em rede básica de saúde.

Para isto, gostaríamos de convidá-la a participar desta pesquisa, emitindo seu parecer a respeito das questões solicitadas. Estas informações serão compiladas juntamente com outras derivadas de documentos institucionais. Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, e benefícios do presente Projeto de Pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;

- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações.

Eu _____, aceito participar do grupo de gerentes da pesquisa: Competências para o Gerenciamento de Processos de Trabalho na Atenção Básica: Contribuições para a Formação e a Atuação de Profissionais da Saúde, emitindo meu parecer quando solicitado. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma sigilosa.

_____, _____ de _____ de 200 ____.

Participante da pesquisa

ANEXO 5- Organograma da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul

