



Cadernos da

SAÚDE COLETIVA

Fazeres em Saúde Coletiva:
Experiências e reflexões de jovens sanitaristas

Organizadores

Alcindo Antônio Ferla

Cristianne Maria Famer Rocha

Organizadores
Alcindo Antônio Ferla
Cristianne Maria Famer Rocha

Cadernos da
SAÚDE COLETIVA

**Fazeres em Saúde Coletiva:
Experiências e reflexões de jovens sanitaristas**



1ª edição

Porto Alegre, 2014

Cadernos da Saúde Coletiva

Fazeres em Saúde Coletiva: Experiências e reflexões de jovens sanitaristas

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Adriane Pires Batiston

Alcindo Antônio Ferla

Emerson Elias Merhy

Ivana Barreto

Izabella Matos

João Henrique Lara do Amaral

João José Batista de Campos

Julio César Schweickardt

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Liliana Santos

Lisiane Böer Possa

Mara Lisiane dos Santos

Márcia Cardoso Torres

Marco Akerman

Maria Luiza Jaeger

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Ricardo Burg Ceccim

Rossana Baduy

Sueli Barrios

Vanderléia Laodete Pulga

Vera Kadjaoglanian

Vera Rocha

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Arte gráfica - Capa

Raquel Amsberg de Almeida

Diagramação:

Raquel Amsberg de Almeida

Revisão:

Priscilla Konat Zorzi

Impressão:

Gráfica Ideograf

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2014 by ALCINDO ANTÔNIO FERLA e CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA.

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

F287 Fazeres em Saúde Coletiva : experiências e reflexões de jovens sanitaristas / organizadores: Alcindo Antonio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

165 p.: il. – (Cadernos da Saúde Coletiva; 3)

ISBN 978-85-66659-24-5

1.Educação em saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Sanitarista. I. Ferla, Alcindo Antônio. II. Rocha, Cristianne Maria Famer. III. Série.

NLM WA18

ANÁLISE DO APOIO INSTITUCIONAL ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA GERÊNCIA DISTRITAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS



Mayna Yaçanã Borges de Ávila¹
Cristianne Maria Famer Rocha²
Adriana Roesse³
Danielle Plochanski Calegari⁴

Resumo: O presente trabalho teve como objetivo analisar as atividades de apoio institucional às equipes de Saúde da Família em uma Gerência Distrital de Saúde do município de Porto Alegre/RS. Para isso, foi realizada uma contextualização do território, inclusive dos serviços oferecidos e do perfil populacional (morbimortalidade). Após, foi realizada uma análise sobre as práticas de gestão e trabalho do apoio institucional na Gerência, tendo como referencial teórico a produção de Gastão Campos (1998; 2012; 2013) sobre cogestão e apoio institucional, a fim de propor transformações na realidade da mesma.

Palavras-chave: Democracia; Gestão em Saúde; Cogestão; Apoio Institucional.

Introdução & Contextualização

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo assumida pelo Ministério da Saúde (MS) como modelo de organização da Atenção Básica (AB) no país, e vem se expandindo nos últimos anos, apresentando um crescimento em termos de cobertura populacional de 31%, em 2002, para 55,12%, em 2013, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do MS (BRASIL, 2013). O mesmo movimento aconteceu em Porto Alegre, embora este seja mais recente e menor, aumentando de 23,46% de cobertura populacional, em 2011, para 31,66% em 2013. Apesar do aumento, o município ainda possui cobertura inferior a do país, não sendo, até o presente momento, o modelo predominante de organização da AB deste.

Aliado a esse movimento municipal de aumento da cobertura populacional pela ESF, foi criado, em 2011, o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), com a missão de prestar atendimento no âmbito da ESF no município. Este vem sendo muito criticado enquanto forma de privatização da saúde, além de estar sendo questionado legalmente como inconstitucional.

1 Graduada em Saúde Coletiva e em Nutrição pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Colaboradora da Rede Governo Colaborativo em Saúde em projetos na área da Saúde Coletiva envolvendo Cooperação Internacional em Saúde, Arte, Fotografia, educação em saúde e formação profissional. Email: mayna.avila@gmail.com

2 Doutora em Educação, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: cristianne.rocha@ufrgs.br

3 Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: adiroese@gmail.com

4 Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Apoiadora Institucional junto ao Instituto Municipal de Saúde da Família (IMESF), Porto Alegre/RS. Email: danielle.calegari@sms.prefpoa.com.br

O presente trabalho apresenta uma análise de atividades acompanhadas durante o estágio curricular na área de planejamento, gestão e avaliação em saúde do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O referido estágio foi desenvolvido a partir do acompanhamento à apoiadora institucional das equipes de Saúde da Família (SF) de uma Gerência Distrital de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre/RS, com o objetivo de proporcionar experiência prática do cotidiano da gestão em saúde.

As GD são estruturas administrativas, gestoras microrregionais e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas todas as estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. O município está dividido em oito Gerências compatibilizadas com as regiões do Orçamento Participativo (OP). Cada GD tem população entre 95 e 200 mil habitantes e conta com seu colegiado gestor, formado pelas coordenações dos serviços da sua área de abrangência (PORTO ALEGRE, 2013).

A GD onde foi desenvolvido o trabalho contava com os seguintes serviços em seu território: dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); dezesseis Unidades de Saúde da Família (USF), com 29 equipes de Saúde da Família; oito Unidades Básicas de Saúde (UBS); um Centro de Especialidades, que oferece consultas especializadas e serviço diagnóstico; serviços da rede especializada de Saúde Mental; serviços especializados de reabilitação; farmácia distrital e laboratório central. Existe Conselho Distrital de Saúde (CDS) implantado na Gerência e os Conselhos Locais (CLS) estão em expansão, sendo que na época de realização do estágio sete USF e duas UBS tinham CLS implantado.

A cobertura da AB na GD, em 2012, era de 64,9% da população, sendo que 53,9% dessa cobertura correspondiam a SF. Os profissionais contratados para as equipes de SF possuíam vínculos empregatícios diferentes, sendo contratados pelo Instituto de Cardiologia (IC) e pelo Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF). A prática de contratação por fundações e institutos já vinha sendo utilizada pelo município no gerenciamento da AB e esta gerava incertezas quanto ao futuro por parte dos profissionais tanto do IC, que esperavam um desligamento planejado e gradual, quanto do IMESF, devido à Ação Direta de Inconstitucionalidade que já estava em andamento e segue tramitando na justiça contra a instituição. Essas tensões, aliadas às mudanças constantes no processo de trabalho, induzidas pela implantação de novas tecnologias, como o acolhimento e identificação de necessidades e a informatização das unidades, vem constituindo o cotidiano de trabalho na GD e no município.

Quanto ao perfil populacional, segundo o levantamento do último censo (BRASIL, 2010), a população da GD é de 148.778 habitantes, sendo 69.555 (46,8%) homens e 79.223 (53,2%) mulheres. Esse número de habitantes corresponde a 10,6% da população total do município. As cinco principais causas de mortalidade, em 2010, foram: doenças do aparelho circulatório (31,35%), neoplasias (19,82%), doenças do aparelho respiratório (10,27%), causas externas de mortalidade (8,29%) e doenças infecciosas e parasitárias (7,48%). Esse padrão se assemelha ao do município para as duas primeiras causas de mortalidade, as demais estão entre os cinco principais grupos de causas, porém em proporções diferentes em cada GD (PORTO ALEGRE, 2013).

A equipe de trabalho da Gerência era composta por uma gerente distrital, uma assessora, uma apoiadora institucional, uma farmacêutica distrital, uma responsável técnica de enfermagem, seis técnicos administrativos, três estagiários de ensino médio e três estagiários de graduação (um da Enfermagem e duas do Bacharelado em Saúde Coletiva).

No ano de 2011, através do processo do CONSOLIDASUS, alinhado à Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS), o município de Porto Alegre criou uma equipe de monitoramento por GD. Essa equipe seria um fórum permanente para o planejamento e o monitoramento das ações e da gestão em saúde das regiões de GD, sendo preconizada a

participação dos gerentes, dos membros das equipes das gerências, dos coordenadores de equipes de saúde locais de diferentes serviços (USF, UBS, NASF, etc.), dos trabalhadores, dos usuários representantes dos CDS e CLS das regiões, de integrantes da Assessoria de Planejamento (ASSEPLA), da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) e das universidades quando a região fosse um Distrito Docente Assistencial (PORTO ALEGRE, 2013).

Desenvolvimento

O estágio foi desenvolvido no período compreendido entre 7 de março e 28 de junho de 2013, totalizando 300 horas de atividades práticas. Assim, foi possível acompanhar as atividades que acontecem regularmente e são acompanhadas pela apoiadora, a rotina de trabalho dela e da GD, além de atividades pontuais, combinadas com a supervisão de campo.

O foco de análise deste trabalho será a função do apoio institucional às Equipes de Saúde da Família na realidade da GD. Para a análise da função de apoiador institucional no campo de estágio, será utilizada a produção de Gastão Wagner de Souza Campos (1998; 2012; 2013) relativa à cogestão e ao apoio institucional como referencial teórico.

A Função do Apoiador Institucional junto às Equipes de Saúde da Família

Para pensar a função do apoio institucional na GD, primeiro é preciso retomar que lugar é este e seu objetivo. A GD seria a parte da estrutura da gestão municipal mais próxima do território onde são desenvolvidas as práticas em saúde. De uma forma geral, o objetivo da gestão é lidar com o trabalho humano e com os conflitos nas organizações que emergem da não coincidência entre as finalidades desta e os desejos dos trabalhadores. Oliveira (2011) coloca que a gestão seria mais que a organização do processo de trabalho, mas seria o que se passa entre os vetores-dobras que constituem o trabalho em si, sendo estes: os sujeitos (com seus desejos, necessidades, interesses), os processos de trabalho (e os saberes envolvidos), o poder (modos de estabelecer relações) e as políticas públicas (a coletivização dessas relações).

As organizações de saúde estão pautadas por relações desiguais onde o trabalhador se submete a realizar os interesses dessas devido à necessidade de trabalhar e gestores estabelecem uma relação gerencial unilateral, autoritária e pouco democrática para controlar os desejos, necessidades e interesses dos trabalhadores. A gestão em saúde no Brasil acaba seguindo a conformação socioeconômica brasileira hegemonicamente neoliberal e cedendo ao discurso assistencial-privatista, caracterizado pela assistência médica individual, centrada na doença e sua cura e gerenciado por um modelo *taylorista* de secção dos serviços de saúde, onde são delegadas as normas (protocolos, diretrizes) e os programas para serem operados no cotidiano dos encarregados de executar as ações. Isto acaba dificultando a resolução desses conflitos e gerando adoecimento e alienação nos trabalhadores, que deixam de questionar a organização. O trabalho se torna, conforme define Merhy (2002a), morto, fragmentado, um lugar de repetição, da produção e da produtividade, de um trabalho pensado por outro em outro lugar.

Oliveira (2011) coloca que estes gerentes, gestores e trabalhadores estão em uma cultura institucional em transição, que almeja democracia, mas ainda reproduz a lógica gerencial de concentração de poder e na produção de alienação por medo de perder o controle. A democracia na gestão requer, portanto, problematizar a relação entre trabalho e gestão, permitindo maior circulação da palavra e tomadas de decisão mais compartilhadas.

A GD em questão vive essa contradição entre uma postura gerencial *taylorista* e os dispositivos de ampliação da democracia criados, como o colegiado gestor e o apoio institucional. Criar um colegiado gestor por si só não garante a democratização, pois ele pode se tornar um espaço de

reprodução de práticas *tayloristas*, onde as reuniões se tornam um repasse de informes de um nível central e de pautas estabelecidas em sua maioria pela própria Gerência, como acontece neste território.

O acompanhamento das folhas-ponto na GD é um exemplo de gestão do trabalho que opera com a lógica de “recursos humanos” e está alinhada, igualmente, à postura gerencial taylorista. Assim, as folhas-ponto são utilizadas para avaliar a produtividade e o cumprimento formal de horas trabalhadas, deixando em segundo plano uma análise sobre como está sendo produzido o cuidado nesse processo de trabalho, algo que extrapola o cumprimento de número de horas e que não se traduz diretamente em procedimentos. Outra análise importante que poderia advir da utilização desse instrumento é relativa à saúde do trabalhador a partir de reflexões sobre o que as folhas-ponto podem nos informar sobre, por exemplo:

- Qual o grau de adoecimento dos trabalhadores que apresentam constantemente atestados médicos?
- Quais as principais causas relacionadas ao trabalho?
- Como esses profissionais adoecidos estão produzindo cuidado para a população, que também enfrenta seus adoecimentos?
- Que estratégias poderiam ser utilizadas para enfrentar esse adoecimento proveniente do processo de trabalho?

A democratização das instituições, no caso da saúde, pretende ampliar a autonomia (o que pressupõe liberdade) dos trabalhadores em relação à produção do cuidado e do fazer em saúde, porém isto também precisa de implicação e corresponsabilização. Para isso, a definição de planos, metas e tarefas deve ser mais coletiva, resultado de discussão e pactuação, compondo com diferentes interesses, ou seja, incluir novas pessoas para fazer a gestão, sendo que isto prevê a inclusão de novas funções e tarefas, significa compartilhar poder, conflitos e responsabilidades (CAMPOS, 2001/2003).

No Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2014-2017, consta o seguinte trecho:

Para a continuidade do projeto atual, de fortalecimento do planejamento do SUS em Porto Alegre, destaca-se que ele está orientado por três características preconizadas pela gestão da SMS. São elas a corresponsabilização (setores desenvolvem seu plano e metas de trabalho, diagnosticando seus processos críticos e propondo estratégias, metas e respectivas ações, ao encontro do diagnóstico e dos planos estratégicos da SMS), a gestão compartilhada ou cogestão (com o planejamento da SMS monitorado e avaliado por gestores, usuários, trabalhadores e prestadores do SUS); e espaços permanentes de gestão colaborativa (canais permanentes para a participação no planejamento e na avaliação do SUS em Porto Alegre). (PORTO ALEGRE, 2013, p. 206)

Esse trecho coloca o conceito de ‘cogestão’, definido por Campos (1998) como todos decidindo, ou seja, como sinônimo de cogoverno, propondo, assim, um método de gestão para a reforma das organizações e do trabalho em saúde que permita e estimule os trabalhadores a ampliar a sua capacidade de reflexão, sua autonomia e liberdade, mas construindo certa responsabilidade ao instituir esses mecanismos de cogestão. Assim, as ações seriam pactuadas nas unidades de produção de saúde, ou seja, todos teriam governo sobre as decisões tomadas, com um apoiador, sendo este o agente externo capaz de instituir processos de reflexão crítica.

O autor destaca, porém, que a decisão deve ter em vista outras instâncias, interesses em negociação permanente (CAMPOS, 2012). Vemos que o Plano Municipal abre espaço para a democratização institucional, porém é preciso transformar esta em prática cotidiana no sistema municipal de saúde.

Aliado a mecanismos de cogestão, Campos previu o que chamou, inicialmente, de supervisão matricial (mas um supervisor como agente externo, apoiador e agenciador de mudanças e, portanto, claramente distanciado da supervisão *taylorista*) (CAMPOS, 1998) e que, mais tarde no desenvolvimento de sua obra, chamou de “apoio Paidéia” inserido em seu Método Paidéia. O autor define a função do apoiador como:

1. Um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe;
2. Um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa;
3. Uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações;
4. Dependendo da instalação de alguma forma de cogestão.

Assim, esse apoiador deve ser capaz de:

1. Ativar espaços coletivos, objetivando a interação entre sujeitos;
2. Reconhecer as relações de poder, afeto e circulação de saberes, procurando viabilizar projetos pactuados por diferentes atores;
3. Mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
4. Ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais;
5. Promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS.

Os apoiadores institucionais das GD de Porto Alegre são trabalhadores que eram supervisores pelo IC (segundo a lógica *taylorista* de supervisão), sendo alguns atualmente contratados pelo IMESF, e, portanto, executando tarefas diretamente ligadas à gestão da GD: controle de folhas-ponto, horas extras, orientando campanhas e eventos da SMS, admitindo, remanejando e demitindo profissionais. Quando a SMS propôs a mudança de nomenclatura, não foi modificada a função exercida por estes na prática, que seguiram executando tarefas que seriam dos gerentes e seus assessores diretos e, portanto, permaneceram supervisores alinhados à lógica *taylorista*. Isso dificulta colocar a instituição em análise, colocar as relações de poder, afetos e circulação de conhecimentos na roda, como propõe o autor. Alguns apoiadores conseguem mediar as duas atuações, mas esta é uma característica pessoal aliada com as possibilidades que os gerentes lhes oferecem.

Portanto, apesar de as GD contarem com colegiados, como forma de cogestão, e apoio institucional, o segundo está intimamente relacionado à gestão, de forma a fazer cumprir aquilo que esta traz da SMS. Eles não são um modo complementar de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe, são parte da estrutura gerencial. Dessa forma, a interação real com os trabalhadores fica dificultada, sendo possível, na maioria das situações, apenas divulgar e esclarecer normas e regras e cobrar os resultados. Esses apoiadores acabam, assim, ocupando um lugar de supervisão dos trabalhadores, sendo supervisionados pelas gerências.

Quando propôs seu método, Gastão listou alguns lugares institucionais de onde se poderia realizar o ‘apoio Paidéia’ (CAMPOS, 2001/2003):

- De um lugar de poder institucional;
- De um lugar de suposto saber;

- De um lugar de suposto saber e, ao mesmo tempo, de poder institucional;
- De um lugar de paridade (suposta horizontalidade) no coletivo.

Mas qual seria o melhor posicionamento para o apoiador levando em consideração o exercício pleno da função conforme descrito anteriormente? Oliveira (2011) coloca as vantagens e desvantagens destes lugares propostos por Campos, a partir das experiências práticas já existentes de apoio institucional. A primeira experiência de apoio trazida pelo autor é a criação, por parte dos municípios, do cargo de apoiador institucional ou de apoio à gestão, como é o caso de Porto Alegre. Nesses municípios, o autor aponta que o apoiador substituiu o antigo lugar do supervisor, que fiscalizava o trabalho das equipes de saúde, mantendo uma relação hierárquica sobre os serviços de saúde, seus coordenadores e equipes. Nessa situação, o apoiador acumulou a atribuição formal de gerência, tendo seus “apoiados” enquanto subordinados. Esses municípios ainda apresentam sistemas de cogestão frágeis e parcialmente implementados. Este não corresponde a um arranjo democratizante, pelo contrário, nesse modelo de gestão, a organização pende entre uma organização democrática e um aparato institucional ainda mais autoritário.

Outro exemplo de utilização da metodologia do apoio levantada pelo autor é na educação permanente de trabalhadores e gestores, em cursos de especialização em SF e Gestão e na formação de graduandos de medicina em experiências de composição docente-assistencial. A utilização do método do apoio nessas experiências é interessante, pois reduz a percepção de separação da teoria e da prática, ampliando a capacidade de análise e de intervenção nas situações cotidianas pelos coletivos. Isto acaba gerando efeitos também sobre os trabalhadores e gestores que atuam nos mesmos serviços e equipes daquelas em que os estudantes são inseridos (OLIVEIRA, 2011).

A terceira forma de utilização do método trazida pelo autor é a atribuição da função apoio para determinados atores estratégicos na formulação, pactuação e implementação de projetos específicos. Estes mantêm suas atividades formais na instituição de origem, mas dedicam parte da carga horária para desenvolver, implementar e avaliar intervenções baseadas nas ferramentas de apoio, sendo coordenados por alguém que conheça a metodologia. Estas experiências trazem vantagens e desvantagens quando comparadas às outras duas modalidades de inserção institucional do apoio. Uma vantagem é a experimentação de outros atores da instituição no lugar de apoiador, confrontando essa prática com o cotidiano de trabalho, podendo contagiar outros espaços aonde este sujeito irá levar a metodologia do apoio. O risco é que esta contaminação não seja suficiente para modificar os processos da organização, por virem internamente na organização.

Por fim, o autor coloca que é necessário constituir “um processo de sustentação de posicionamentos institucionais que articulem práticas, valores e princípios coerentes com processos de democratização institucional”. Nesse sentido, antes de definir o lugar de onde se faz o apoio é preciso pensar em quais relações de saber-poder ele deveria estar inscrito seguindo esse projeto ético-estético-político institucional de democratização.

Durante o estágio, em reunião de apoiadores, a direção do IMESF colocou que estes apoiadores iriam exercer a função esperada assim que o IMESF criasse o cargo de coordenador das equipes. Este coordenador seria externo às equipes, como um supervisor, e exerceria essa função de controle, que seria gradativamente descolada da função dos apoiadores. Os parâmetros que estavam sendo pensados pelo IMESF eram de um coordenador para dez equipes simples de SF e um apoiador para cada vinte equipes.

Aqui cabe uma reflexão sobre a possibilidade de o apoiador ser um agente externo, prevendo que ele permanecerá com essas vinte equipes ao longo do seu tempo de trabalho no Instituto, que é indefinido. O vínculo com as equipes e a convivência duradoura poderia dificultar a produção de mudanças previstas para a relação do apoiador com o grupo apoiado, pois em algum momento

haveria esgotamento das relações. Cabe ao município pensar que apoio o município irá investir e propor, pois estes apoiadores precisariam retornar ao papel de agente externo circulando entre equipes e GD e pactuando novos contratos para mantermos o caráter de "apoio Paidéia".

O acompanhamento da apoiadora durante o período de estágio permitiu conviver com suas funções diárias que, conforme descrito anteriormente, se aproximam mais da função de supervisão do que da função do apoio, conforme o método Paidéia. Um dos trabalhos desenvolvidos pela apoiadora junto às equipes foi sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), pois este foi mal aceito pelos trabalhadores no município de Porto Alegre como um todo. Houve o entendimento de que era mais uma tarefa a ser feita, apesar de os dados utilizados para calcular os indicadores virem do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que já deveria ser preenchido para o recebimento do recurso municipal. Esse entendimento foi possível, pois as equipes acabaram organizando ações pontuais para dar conta das metas, pois há pouco planejamento e organização dos processos de trabalho, por parte destas, que seja voltado para atingir os resultados propostos pelo Programa. Assim, o desempenho das equipes no PMAQ foi baixo. A partir dessa situação, a GD propôs uma capacitação sobre o PMAQ para mostrar que este não era um instrumento de punição das equipes, mas um instrumento de planejamento e de mudança nos processos de trabalho.

Cabe destacar que a necessidade de planejar e analisar os processos de trabalho não é exclusiva das equipes, mas uma necessidade das Gerências como um todo. Por causa da dificuldade de planejar e analisar muitas informações que chegam às equipes, as orientações mudam ao longo do tempo, gerando ansiedade nos coordenadores e resistência nas equipes.

Para gerenciar, é preciso considerar o outro. É importante compor, fazer acordos e apresentar soluções que não se proponham a ser absolutas, pois qualquer solução trará outros problemas. Ou seja, as soluções são sempre parciais e provisórias, por isso é importante que sejam construídas de forma coletiva, envolvendo e responsabilizando os atores nas decisões.

Se o apoiador se torna o porta-voz de orientações dispersas e variáveis, fica difícil de fazer contratos com as equipes e garantir a manutenção destes, desvinculando sua ação de apoio da função de representante da gestão, pois o cenário muda constantemente. Campos (2012) destaca a importância do contrato nesse espaço coletivo, pois o apoiador chega com uma oferta, um suposto saber, e precisa entender as necessidades da equipe e como chegar nela, pois apoio é ajudar, mas também empurrar. É importante estabelecer junto um objetivo, a periodicidade dos encontros, o período permanência junto à equipe, os resultados que se esperam, negociando tudo isso.

Durante o período do estágio, a agenda da apoiadora teve um maior número de compromissos e atividades junto à gestão e momentos pontuais junto às equipes, sendo estes, geralmente, ocasionados por solicitação da equipe ou representando a Gerência para repasse de informações. Poucos foram os momentos em que a apoiadora conseguiu permanecer nas unidades de saúde durante tempo suficiente para acompanhar o cotidiano do trabalho das equipes, estranhar práticas e colocá-las em análise.

Para cumprir seu papel de contribuir na ampliação da democracia institucional e da clínica, o apoiador precisa estranhar as práticas naturalizadas, fazer perguntas, aguentar silêncios, colocar-se no lugar do outro, entender por que fazem, atentando para os processos e para as histórias por trás desses processos naturalizados. As equipes também têm sua própria produção (de normas, de conhecimento, etc.), não só consumo daquilo que vêm dos níveis hierárquicos superiores e por isso é importante conhecer a produção das equipes sobre a norma. A Política Nacional de Humanização oferece alguns dispositivos que poderiam compor ofertas do apoiador aliados à Educação Permanente, como o acolhimento e o Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2004).

Se o objeto de análise do apoiador institucional é o processo de trabalho, Merhy (2002a) nos traz que o trabalho vivo em ato, no interior do processo de trabalho, não consegue se libertar do trabalho morto, mas pode questioná-lo, duvidar deste e escutar os ruídos presentes no cotidiano. Assim, pode-se reinventar a lógica desse mesmo processo de trabalho, a sua gestão, organização e finalidade. Então o apoiador seria um mediador desse processo, um instigador, que ao instigar e empurrar, é empurrado também e por isso precisa estar no cotidiano das equipes, além de ter liberdade para planejar o seu tempo e pactuar/contratar com as equipes a periodicidade dos encontros.

Foi possível acompanhar a implantação de algumas tecnologias no processo de trabalho das equipes no município, como o acolhimento e a territorialização. Durante o processo de implantação da tecnologia do acolhimento, representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre apresentaram as impressões gerais sobre a implantação do acolhimentos nas equipes:

- Sensação de que a implantação é imposta pelo nível central por parte dos trabalhadores;
- Grande heterogeneidade no desenvolvimento do acolhimento entre os serviços;
- As equipes são o reflexo dos seus gestores;
- Discursos contraditórios e diferentes da prática;
- Os serviços desconhecem a sua realidade para o planejamento ou não planejam;
- O nível do envolvimento dos apoiadores na implantação do processo é diretamente proporcional ao resultado.

A heterogeneidade acontece por conta do espaço que é deixado pela norma. É no “entre” o fazer de um e o de outro que as equipes produzem suas próprias normas, seu conhecimento. Esse é um espaço de potência, não um vazio. Merhy (2002b) afirma que os atores disputam a produção da gestão e de cuidado e todos tem capacidade de governo, por isso há uma produção por trás, no espaço deixado pela norma.

Quanto às reuniões de equipe na GD, foi possível perceber que estas são muito informativas e pouco propositivas, havendo por parte das equipes momentos pontuais de planejamento, monitoramento e avaliação. Também eram realizados poucos encontros em que a equipe desenvolvia atividades de educação permanente. Essas são semelhanças importantes com o espaço do colegiado gestor.

O modelo assistencial desenvolvido por várias das equipes de saúde na GD se assemelha ao descrito por Paim (1999) como modelo assistencial dos Centros de Saúde, sendo que este tem duas características principais. A primeira é de que estão voltadas para a “demanda espontânea” dos usuários, assim reforçando a procura dos mesmos pelo serviço apenas em momentos de necessidade, ou seja, de doença. A segunda característica é a realização das “campanhas/mutirões/eventos”. Estas campanhas se organizam como operações de combate a epidemias ou endemias (como a dengue) ou campanhas de vacinação (pólio, sarampo, etc.), e ainda através de programas de atenção a grupos específicos, como crianças, gestantes, idosos, etc.

Essas características geram diversos problemas, como os serviços oferecidos para atender a demanda espontânea nem sempre serem suficientes, causando uma permanente crise na organização dos serviços. As “campanhas” mobilizam um grande montante de recursos de forma concentrada e criam problemas na organização e administração dos serviços, comprometendo a rotina do antes e do depois da sua realização.

Esse modelo assistencial gera um planejamento do tipo “apagar incêndios”, onde não se questiona o modelo assistencial. A rotina acaba absorvendo as pessoas e se cria uma cultura organizacional resistente a mudanças, onde os trabalhadores se sentem abandonados pelo “nível central” e os trabalhadores do “nível central” acreditam que as equipes não conseguem planejar. Em Porto

Alegre, há a convivência entre o modelo já existente dos Centros de Saúde (que temos como referências o Modelo, o Santa Marta e o IAPI) e UBS e a atual expansão da ESF, pois a população deseja ter os especialistas (pediatras, ginecologistas) conquistados, com organização popular, e que atendem nas UBS.

O processo mais recente de implantação do acolhimento na GD vem trazendo resultados interessantes para algumas equipes, mas outras acabam operando na lógica do que Franco e Merhy (1999) descrevem como “modelo médico-procedimento-centrado”. Esta característica também está presente no modelo dos Centros de Saúde, onde a consulta médica é a centralidade do trabalho desenvolvido pela equipe e orquestra o plano terapêutico e a atuação dos demais profissionais, lhes tirando a autonomia. Algumas equipes na GD desenvolveram um sistema híbrido, onde algumas demandas específicas são programadas (sendo que nem todas as equipes sabem justificar por que priorizar essas demandas ou não particularizam para o seu território e população, seguindo as prioridades do município como um todo) e outras seguem o atendimento a demanda espontânea, através da distribuição de fichas para atendimento médico do dia e oferecendo dia de agendamento. Se a aposta é na mudança do modelo assistencial e organizacional, ampliando a clínica, a participação, com novas configurações tecnológicas do trabalho e mecanismos de cogestão, é preciso analisar o porquê de as equipes terem constituídas essas práticas e pensar caminhos colocando todos os profissionais da equipe para conversar, em roda.

A territorialização foi outro nó crítico que apareceu nas reuniões de equipe, pois estas vem encaminhando os usuários que buscam atendimento nas unidades e que estão de fora da sua área de abrangência para a unidade de referência, porém sem acompanhar o percurso destes até a unidade. Os casos de urgência/emergência são atendidos, mas são registrados apenas na produtividade da equipe, sem que seja aberto prontuário para o usuário em questão.

Sobre a ação de base territorial das equipes de SF, Franco e Merhy (1999) colocam que esta se afilia ao campo da vigilância à saúde e limita-se a ações de cunho “higienista” no ambiente, não permitindo a ampliação da clínica e “diminuindo as autonomias nos modos de se andar a vida”. Milton Santos (1994) nos traz uma noção interessante de território para lidar com as complexidades que os modos de viver e adoecer dos sujeitos nos apresentam, que é o de “território usado ou vivido”. Este é composto de horizontalidades (lugares vizinhos reunidos por uma continuidade territorial) e verticalidades (formadas por pontos distantes uns dos outros, ligados por todas as formas e processos sociais). Assim, é importante contrapor essa lógica do território fechado, delimitado pelo desenho do mapa, com a lógica do uso que os usuários fazem deste território, conhecendo os percursos e itinerários destes no mesmo.

A Função do Apoiador Institucional junto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

A GD conta com dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo que estes mantêm uma relação ainda superficial com a apoiadora institucional. Dentro de uma perspectiva de cogestão, estes Núcleos estariam intimamente relacionados com o apoiador institucional, uma vez que o matriciamento acaba trazendo necessidades de mudanças nos processos de trabalho, objeto direto da análise e oferta do apoiador institucional. Esse apoio externo à equipe amplia a autonomia dos trabalhadores e, por isso, está intimamente relacionado a uma proposta de cogestão e democratização institucional.

Um desafio levantado por Campos (1998) que segue atual é a criação de espaços coletivos onde as equipes de saúde compartilhem da elaboração de planos gerenciais e terapêuticos,

sendo este apontado pelo autor como o principal entrave para a clínica ampliada e o trabalho interdisciplinar. E o NASF, enquanto apoio matricial, seria uma metodologia para a gestão do trabalho, buscando aumentar as possibilidades de clínica ampliada e integração entre as distintas profissões e especialidades, construindo e ativando espaços para a comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento (CAMPOS; DOMITTI, 2006).

Quanto às diferenças entre apoio institucional e matricial, Campos (2012) coloca que o apoio institucional é mais complexo, pois o apoiador vai criticar, vai propor mudanças e para isso precisa ter autonomia. Por isso, se um gestor ou funcionário com cargo de confiança da gestão for exercer a função de apoio, fica mais difícil de colocar na roda a gestão e se coloca muito mais a clínica ou outros aspectos. O apoio matricial estaria mais próximo dos conflitos entre profissões, tendo o objetivo de borrar as fronteiras, ampliar o campo, trazendo a atenção para o usuário e tirando-a das corporações. Ou seja, o apoiador institucional teria como objeto a gestão do trabalho em saúde, voltado para a produção de análise e transformação dos processos de trabalho e os modos de relação entre sujeitos em uma organização. Já o apoiador matricial teria como objeto a gestão da clínica pautada no trabalho interdisciplinar, oferecendo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico (CAMPOS; DOMITTI, 2006; OLIVEIRA, 2011; CAMPOS, 2012).

A relação entre a apoiadora institucional e os NASF era pequena, apesar do NASF e a apoiadora apontarem a necessidade dessa relação. Nesse ponto, mais uma vez o cotidiano sempre muito intenso em quantidade de compromissos acabava reduzindo o espaço para um planejamento conjunto de agendas entre o NASF e a apoiadora para levantar necessidades de trabalho conjunto ou complementar.

A Função do Apoiador Institucional no Colegiado Gestor

A reunião do Colegiado Gestor é um espaço informativo, com apresentação de orientações e programas da SMS. Os coordenadores que participam propõem poucas pautas e poucos se manifestam durante a reunião.

Quando sugere os colegiados gestores enquanto dispositivo de cogestão, Campos propõe um redesenho das relações institucionais, onde os serviços de saúde não estariam mais divididos por departamentos e estes organizados conforme as corporações profissionais (exemplo: departamento de nutrição, departamento de cirurgia, etc.), mas assumiriam um novo arranjo pautado nas Unidades de Produção (UP). Estas unidades seriam uma espécie de departamento composto por profissionais que trabalham um mesmo território, com o mesmo tipo de usuário e de problemas de saúde, podendo ter mais de um diretor e de diferentes profissões, “um coletivo organizado para a produção em torno de um objeto de trabalho em comum” (CAMPOS, 1998; CUNHA; CAMPOS, 2011). O colegiado de gestão seria formado por representantes da gestão, os coordenadores das UP e os apoiadores (institucional e matricial).

Campos (1998) coloca que no método de gestão colegiada todos participam do governo, mas ninguém decide sozinho, isolado ou em lugar dos outros. Assim, as funções de dirigente não estariam eliminadas, mas não seriam as únicas, sendo que cada um destes diretores cumpriria funções executivas, operacionais ou de controle, assegurando o cumprimento das deliberações e a tomada de decisão sobre as pautas não trabalhadas no colegiado e que exigem resposta ágil.

O autor destaca que os colegiados não substituem nem devem se confundir com os conselhos de saúde, onde há participação majoritária de usuários, pois tem função operacional, interna à organização. Porém, os colegiados estariam subordinados aos conselhos. Uma forma de aproximar colegiado e usuários seria a realização de assembleias de usuários em que o colegiado estivesse presente.

O colegiado gestor não é a única e definitiva resposta para a democratização das instituições, devendo estar aliado a outras estratégias, como o apoio institucional, ou estratégias concretas de educação permanente tanto para trabalhadores quanto para os gestores. Os colegiados gestores também não são a instituição, mas um apoio à gestão, pois não dão conta da complexidade das decisões institucionais. Apostar no colegiado gestor é apostar em ampliar o diálogo, gerenciar e ser gerenciado, comprometer com responsabilidade os trabalhadores no projeto de gestão. Cecílio (2010) coloca que o gerente de um serviço que escolhe apostar em um colegiado gestor deve ser preparado e apoiado para lidar com a própria implicação na instituição de saúde e para a condução do espaço do colegiado, podendo, assim, compreender as possíveis tensões e dificuldades do dispositivo escolhido.

A Função do Apoiador Institucional junto à Equipe de Monitoramento

A Equipe de Monitoramento tinha um plano de trabalho a partir da Programação Anual de Saúde e do Plano Municipal de Saúde da SMS, onde seriam estabelecidas as prioridades de saúde da GD dentre as prioridades municipais. A partir da escolha das áreas prioritárias, seriam levantados dados para conhecer melhor essas áreas e elaboradas matrizes de monitoramento, pensando ações e analisando aquelas que já estavam em andamento (estabelecendo insumos, processos, produtos, resultados e impactos).

Esse é um espaço potente para estabelecer uma cultura de planejamento na GD, oferecendo subsídios concretos para a tomada de decisão, porém há uma grande resistência ao envolvimento com este espaço, que acaba não sendo priorizado. Além disso, por ter a participação de coordenadores de diferentes serviços, estes teriam contato com ferramentas de planejamento que poderiam levar às suas equipes.

Aqui, propomos uma nova organização que pode ajudar a estabelecer esse fórum. Foi possível perceber, no estágio, que muitos na GD, na equipe de monitoramento e nas equipes dos serviços têm dificuldades em lidar com dados e informações em saúde, tendo dificuldade em pesquisar fontes e utilizar estes para análise em saúde, sendo este um elemento importante para a tomada de decisão no cotidiano da gestão. Assim, propomos a constituição de uma Sala de Situação em Saúde, definida como uma ferramenta para favorecer o uso de informação em saúde para a tomada de decisão (OPAS, 2010). Visto que a equipe se reúne quinzenalmente, como havia sido pactuado, é insuficiente para se debruçar sobre os dados, gerar informação, analisar e decidir, principalmente se levarmos em conta a necessidade de um planejamento participativo envolvendo diferentes atores, vindos de suas rotinas de vida e de trabalho. Esta sala estaria alinhada à proposta de democratização institucional ou cogestão analisada ao longo do texto.

Esta sala seria um laboratório de aprendizagem de estudantes da saúde da Universidade, dos próprios trabalhadores e dos conselheiros do controle social sobre análise de situação em saúde, oferecendo dados, indicadores, informação em saúde, relatórios e notas técnicas para a equipe de monitoramento. Além disso, a equipe da sala seria responsável por construir e conduzir oficinas de planejamento junto às equipes e aos CLS. Assim, a sala seria um espaço físico com computadores (poderiam ser quatro computadores), e uma equipe composta por um monitor, estudantes e um membro da equipe de monitoramento.

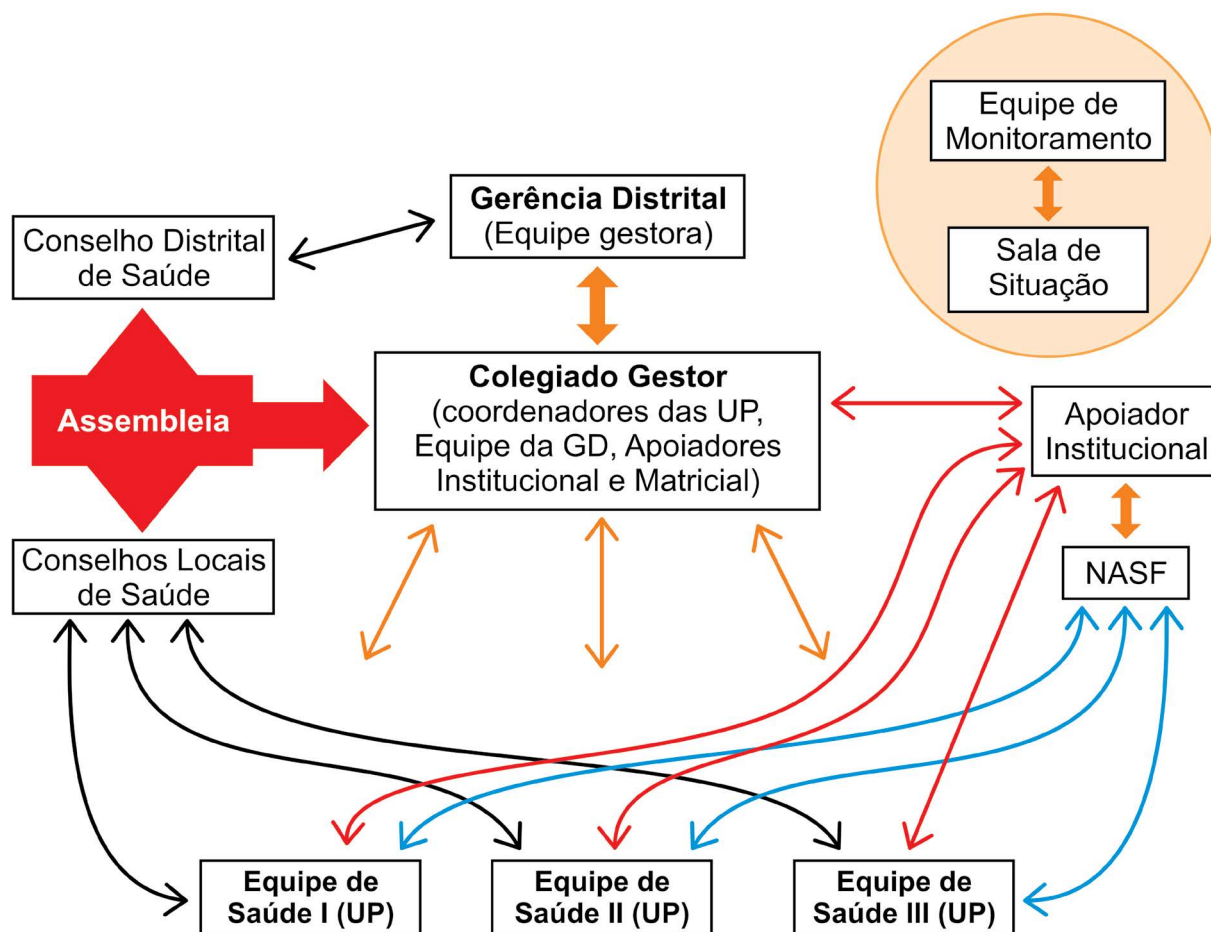
O monitor poderia ser um estudante bolsista que tivesse habilidades com informática e com os sistemas de informação do SUS, um trabalhador designado para tal função, ou uma espécie de consultor que ficaria 20h semanais na sala. O membro da equipe de monitoramento estaria em alguns turnos no espaço (a pactuar com o trabalhador e demais componentes da sala de situação) para colaborar com a produção de informações em saúde, trazendo as necessidades e sugestões da equipe de monitoramento, ajudando a construir e conduzir as oficinas de planejamento junto às equipes e trocando experiências, em um processo de ensino-aprendizagem onde trariam

informações do seu serviço e da equipe de monitoramento e aprenderiam com os demais). Esta função seria rotativa entre os membros da equipe de monitoramento, ficando cada membro por 3 ou 4 meses. Neste espaço, teríamos estudantes de diferentes cursos da saúde acompanhando o monitor e sendo orientados por este.

Desenho das Relações Institucionais proposto a partir do Referencial Teórico

No desenho esquemático representado na Figura 1, está descrita uma proposta das relações dos diferentes atores com a instituição e as relações intitucionais, objetivando aproximar-se do método proposto por Campos (1998) para a democratização institucional a partir da análise descrita ao longo deste texto. Cabe destacar que a equipe de monitoramento e a sala de situação não apresentam flechas indicando a relação destas com os demais, pois elas compõem com qualquer elemento descrito na figura:

Figura 1: Proposta de desenho esquemático das relações institucionais e com diferentes atores envolvidos no processo decisório, Gerência Distrital, Porto Alegre/RS



Conclusões e Considerações Finais

A GD do município de Porto Alegre analisada é um espaço muito complexo e diverso, por isso é preciso tempo para poder aprofundar e problematizar a vivência do cotidiano de trabalho oferecido pelo campo. Pensando no desenvolvimento do estágio curricular, consideramos as gerências de Porto Alegre espaços ricos para o mesmo justamente pela diversidade de serviços e espaços que as compõem, permitindo contemplar diferentes vivências pelos estagiários.

Foi possível perceber durante a experiência na GD o quanto a relação com a Universidade traz elementos novos e problematizadores do cotidiano dos serviços de saúde da mesma, mas que esta relação é carregada de tensionamentos. Assim, sugere-se que o estágio curricular, através do elo estabelecido entre orientadores da Universidade e supervisores de campo, possa desenvolver programas/projetos que ajudem no desenvolvimento e implementação da função do apoio institucional e dos diferentes espaços analisados neste texto. As ações compreendidas dentro destes programas/projetos possivelmente iriam além do período de estágio de cada estudante da Saúde Coletiva, mas seriam acompanhadas por estes durante o seu período de estágio. Para isso, se destaca a necessidade de maior aproximação dos orientadores com o campo, para que estes sejam os proponentes em parceria com a GD e o controle social. A sugestão oferecida no decorrer do presente texto, da constituição de um espaço para uma Sala de Situação em Saúde, que possa articular diferentes serviços e oferecer elementos para o planejamento e a gestão, poderia ser uma das possibilidades de intervenção no âmbito da Gerência. Por fim, cabe ressaltar que a função prevista por Campos (1998) para o apoiador institucional e para o matricial se destacam enquanto possibilidades de atuação para o sanitarista egresso do Bacharelado em Saúde Coletiva, visto que este, ao longo de sua formação, discute algumas importantes ferramentas e dispositivos para o exercício dessas funções.

Referências

- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Resultados preliminares da amostra do Censo Demográfico*, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde*. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em 26 jun. 2013.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, 14(4): 863-870, 1998.
- CAMPOS, G. W. S. *Paidéia e a Gestão: Indicações Metodológicas sobre o Apoio*. 2001/2003. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/19388949/839285787/name/Apoio+Paid%C3%A9ia+-+Gast%C3%A3o.pdf>. Acesso em 26 jul. 2013.
- CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 22(X): 1547-1555, 2006.
- Cecílio, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26 (3): 557-566, março, 2010.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.
- FRANCO, T.; MERHY, E. *Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa*

- Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial*. Campinas, 1999. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/PSF-contradicoes.pdf>. Acesso em: 23/06/2013.
- MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E., ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002a.
- MERHY, E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002b.
- OLIVEIRA, G. N. *Devir Apoiador: Uma Cartografia da Função Apoio*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2010.
- PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. A.; NAOMAR FILHO, A. *Epidemiologia & saúde*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
- PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA). Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Porto Alegre, 2013.
- SANTOS, M. *Território globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.