



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

de Lucca Maerschner, Rosane; Nunes Ervedosa Bastos, Evelyne; Meneses de Amorim Gomes,
Annatália; Salete Bessa Jorge, Maria; Antunes Nunes Diniz, Selma
Apoio institucional—reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão
indutora de reflexões
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 18, núm. 1, dezembro, 2014, pp. 1089-1098
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180135772024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Apoio institucional — reordenamento dos processos de trabalho:

sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões

Rosane de Lucca Maerschner^(a)

Evelynne Nunes Ervedosa Bastos^(b)

Annatália Meneses de Amorim Gomes^(c)

Maria Salete Bessa Jorge^(d)

Selma Antunes Nunes Diniz^(e)

Maerschner RL, Bastos ENE, Gomes AMA, Jorge MSB, Diniz SAN. Institutional support – reordering of work processes: seeds sown for reflection-inducing management. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:1089-98.

The objective of this paper was to reflect on the experience of institutional support in the healthcare district of the Sixth Regional Executive Department of Fortaleza, Ceará, Brazil, starting from the establishment of a new management method that aimed to transform the fragmented actions of the advisory teams and the Family Healthcare Strategy. The process of implementing institutional support took place through qualification of the supporting team, planning, reading of the realities, reorganization of the work process of the Family Healthcare Strategy teams and monitoring and evaluation. Expansion of access to services, institution of a management board and improvement of teamwork were some of the results achieved. We recognize the countless challenges to be faced, such as participation of social control. Furthermore, institutional support favors conscious transformation of the context of healthcare actions.

Keywords: Institutional support. Humanization in healthcare. Healthcare management.

O presente trabalho objetivou refletir sobre a experiência do apoio institucional no Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional VI de Fortaleza-CE, Brasil, a partir da instituição de nova forma de gestão para transformar a atuação fragmentada das equipes de assessoria e da Estratégia de Saúde da Família. O processo de implantação do apoio institucional ocorreu por meio da qualificação da equipe apoiadora, do planejamento, da leitura da realidade, da reorganização do processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família e do monitoramento e avaliação. A ampliação do acesso aos serviços, instituição de colegiados gestores e melhoria do trabalho em equipe foram alguns resultados alcançados. Reconhecemos os inúmeros desafios a enfrentar, como a participação do controle social. Ademais, o apoio institucional favorece a transformação consciente do contexto da atuação em saúde.

Palavras-chave: Apoio institucional. Humanização em Saúde. Gestão em Saúde.

^(a) Mestrado Profissional Saúde da Família, Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Avenida Dr. Silas Muguba, 1700, Campus do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60740-000. rosanelucca@gmail.com

^(b) Psicóloga. Fortaleza, CE, Brasil. evellabastos@gmail.com

^(c,d) Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Extensão, UECE. annataliagomes@gmail.com; maria.salete.jorge@gmail.com

^(e) Enfermeira, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, CE, Brasil. sellnunes@hotmail.com

Introdução

A necessidade de transformação do Modelo de Atenção à Saúde se institui a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição de 1988, a qual viabiliza a luta contra o modelo hegemônico neoliberal, com formulação de políticas públicas que considere a saúde como direito constituído. O Estado, responsável pela produção e distribuição das ações de saúde, influencia saberes e práticas realizadas, com integração entre todos os atores envolvidos: ensino, gestão, atenção e controle social, com vistas à diminuição das desigualdades sociais e ampliação da qualidade de vida da população.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS), enquanto política proposta para qualificar a atenção e a gestão, favorece a reorganização dos processos de trabalho com dispositivos que promovam a mudança na forma de produzir saúde¹.

A PNH emergiu em 2003, no cenário da reforma sanitária brasileira, a partir dos debates sobre a humanização na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que sinalizava a necessidade de princípios metodológicos que indicassem modos de tornar realidade os princípios e as diretrizes do SUS^{2,3}. Nesse contexto, a partir da análise de experiências do “SUS que dá certo” e das lutas da Reforma Sanitária contra autoritarismos nas organizações de saúde, a PNH instituiu o método da tríplice inclusão. Como diretriz metodológica busca fortalecer coletivos para ampliação de suas capacidades de intervenção para abordagem integral com inclusão dos diferentes sujeitos: gestores, trabalhadores, usuários, no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade¹.

A implantação da Política Municipal de Humanização (PMH) em Fortaleza – Fortaleza HumanizaSUS – nos possibilitou vivenciar a cogestão como diretriz para o modo de operacionalizar os processos de trabalho da gestão do Sistema Municipal de Saúde (SMS), o que nos subsidiou a experimentar e implementar o apoio institucional no Distrito de Saúde de uma das sete Secretarias Executivas Regionais (SER) de Fortaleza – SER VI – regiões administrativas responsáveis pela execução das políticas públicas⁴.

O conceito de cogestão é discutido por Campos⁵ quando aborda as teorias tradicionais administrativas, centralizadoras e autoritárias. Há de se considerar que a administração clássica não obrigatoriamente estava a serviço da alienação, mas, por efeito decorrente do modo de operar a gestão, produziram alienação nos trabalhadores. Por acreditar que não se governa sozinho, Campos⁵ propõe a construção de coletivos organizados para transformação da realidade. A função apoiadora é uma forma de exercer a gestão democrática, envolvendo afetos, significados, sentidos dos atores envolvidos, ao mesmo tempo que sistematiza, organiza, avalia a intervenção necessária à mudança.

Este artigo refletiu, então, sobre a experiência da implementação do apoio institucional no Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional VI de Fortaleza, a partir da necessidade de instituir nova forma de gestão para transformar a atuação fragmentada da equipe de assessoria técnica, composta por enfermeiras, assistentes sociais, odontólogas, fonoaudióloga, fisioterapeuta e pedagoga, e das Equipes de Saúde da Família.

Passos na construção da experiência

Contextualização do cenário: início do desafio

O Distrito de Saúde da Secretaria Executiva Regional (SER) VI do município de Fortaleza tem a função de coordenar o processo de gestão e da atenção das políticas de saúde no âmbito regional. Para isso, existe um corpo de profissionais de diversas formações na área da saúde e da educação, responsáveis pelo tutoramento dos programas e pelas ações de saúde, cuja atuação tem se pautado em abordar as Equipes de Saúde da Família (EqSF), a partir do núcleo de saber, reforçando a prática de saúde fragmentada por áreas técnicas ou ciclos de vida.

A forma de atuação, embora tenha contribuído para o fortalecimento das ações de cuidado em cada área, resultou em fragmentação, separando a gestão da atenção, ocasionando ações sobrepostas,

além do distanciamento entre as EqSF e a fragilidade na aplicação do princípio da integralidade da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O referido Distrito de Saúde era composto de vinte Centros de Saúde da Família (CSF), no que se refere à Rede de Atenção Básica (RAB), organizados a partir da ESF, constituídos por equipes imersas em território periférico da capital, enfrentando realidades sociais sofridas e, muitas vezes, com população adscrita superior à sua capacidade de acompanhamento.

A gestão dos CSF era executada por coordenação que tinha a responsabilidade de organizar os processos de trabalho das EqSF, no que se referem ao alcance das metas, ao cuidado às famílias adscritas, ao acompanhamento na efetivação da política de saúde definida pelo município, além do funcionamento da unidade, desde provimento à gestão de pessoas.

A vivência da gestão do Distrito de Saúde revelava que as equipes tinham padrões diferentes no envolvimento com o território, dificuldades em se comprometer com o cuidado e que coexistiam complexidades diversas, tanto estruturais como sociais para realização da prática diária de atendimento à população. Muitas vezes, essa prática era desfocada do modelo de atendimento à população. As coordenações dos CSFs, por sua vez, não tinham capacitação específica para o exercício da função.

O despreparo dos profissionais para o exercício da gestão provocava ações sobrepostas, descontextualizadas, isoladas e pontuais, baseadas em campanhas, mutirões, ações ofertadas para cumprir os programas determinados pela Política Nacional; importantes sem dúvida, porém, sem adaptação e avaliação das necessidades reais do território. As agendas eram organizadas a partir do olhar individual, sem compartilhar e discutir com a clientela adscrita, tendo a população que se “adaptar” ao que era oferecido. Por sua vez, o atual Sistema de Saúde opera, na sua grande maioria, com modelos de atenção à saúde, enviesados pelo sistema fragmentado, com potencial orientação para as condições e os eventos agudos, quando a necessidade era de cuidados dos agravos crônicos. Na SER VI, a fragmentação dos processos de trabalho acentuava ações baseadas no modelo biomédico, não respeitando as demandas da população⁶.

Apesar de a gestão regional e da equipe de assessoria técnica participarem do cotidiano das EqSF, por meio das rodas de gestão semanais para discussão, informes, organização de eventos, campanhas e monitoramento semestral dos indicadores, oficinas de acolhimento, não se percebia efeito na mudança das práticas de atenção, existindo insatisfação entre os envolvidos.

Com a renovação da gestão e da equipe do Distrito de Saúde – SER VI, tornou-se possível provocar reflexões nesse coletivo quanto às práticas de gestão adotadas, bem como identificar e se apropriar dos dispositivos da cogestão e da gestão participativa proposta pela PNH para transformar, por meio do apoio institucional, os processos de trabalho da equipe de assessoria do referido Distrito, assim como das EqSF.

A experiência desvelada: resultados e discussão

Descobrimos a teoria Paideia

A descoberta da teoria Paideia, pelas apoiadoras, ocorreu em 2007, a partir da parceria entre o município de Fortaleza, o Ministério da Saúde e a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), na execução do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde para os gestores do Sistema Municipal de Saúde. O referido curso favoreceu aos participantes refletirem conteúdos teórico-práticos fundamentados nas políticas de gestão democrática e participativa e de Atenção à Saúde, de forma a fomentar a implementação de redes de atenção integral à população, com processos formativos para transformação do modelo de atenção à saúde.

Campos⁵ propõe um método para análise e cogestão de coletivos que possibilita a apropriação do fazer cotidiano, com reflexões constantes sobre: o processo de trabalho, o modo de estar na vida, a tomada de consciência do processo de alienação. O método fortalece os sujeitos e os coletivos para construção de processos de cogestão e democratização das relações de poder, transformando e superando modelos de gestão e de atenção hierarquizados.

Dessa forma, a organização dos processos de trabalho, a interação entre os sujeitos, a troca de experiência, a tomada de decisões sempre que possível consensuadas, a elaboração e execução dos projetos de intervenção possibilitam a atuação consciente e ativa dos atores envolvidos no processo⁷.

A metodologia do apoio institucional, baseada na teoria Paideia⁵, traz, pois, novos horizontes para construção de coletivos fortalecidos para transformação de suas práticas, com inclusão da educação permanente como potencializadora para qualificar os coletivos para o trabalho em saúde⁸.

Compreendemos a função apoiadora na inserção do contexto do trabalho das equipes, auxiliando na análise da gestão e da organização do seu processo de trabalho, na construção de espaços coletivos para além das equipes, “transversalizando” outros atores da área da saúde e diferentes setores, disseminando a capacidade de se construir grupos sociais na comunidade.

Esse método fortalece os sujeitos, proporcionando transformações que estejam dentro da governabilidade do grupo e que contemplem suas necessidades. Porém, nos deparamos com processos de responsabilidade hierarquicamente superior. O que fazer, então, com os processos que não estão na governabilidade das equipes?

A função apoiadora deve ter o respaldo da gestão na interlocução desses processos, oportunizando o exercício da autonomia para resolução dos problemas em todos os níveis de gestão. A discussão das diretrizes da Política de Saúde para sua apropriação e execução consciente acarretam consequências na produção de saúde, reforçando ou não o que se deseja atingir.

Não devemos nos envolver de maneira alienada e reforçar determinada situação ou método sem a clareza do porquê e do para quê. A partir de reflexões, surgiram os questionamentos: quais os fundamentos disso? o que está por trás dessa Política Pública? do SUS? quais as práticas cotidianas que permitem legitimar o que pensamos? que dificuldades enfrentamos no cotidiano individual e coletivo para implementação das práticas cotidianas e o que fazemos para superá-las?

Há funções próprias da gestão que não devem ser confundidas com a de apoiador institucional pela natureza do papel de cada um, contudo, para que haja mudança no processo de trabalho das equipes de saúde, torna-se necessário equilíbrio nas relações de poder, possibilitando descentralizações das decisões, gerando autonomia, evitando a fragmentação das equipes⁹.

O apoio institucional apresenta ofertas a partir das demandas do grupo, respeitando-as sempre. O papel do apoiador é estar atento às necessidades do grupo, escutar as angústias, fragilidades e fortalezas, mediar conflitos, na tentativa de possibilitar ambiente de confiança e solidariedade. Dessa forma, as discussões fluem mais facilmente, principalmente quando há empenho, abertura e receptividade, por parte da gestão, e interesse das pessoas envolvidas, facilitando a reflexão e análise dos processos de trabalho, percebendo entraves e soluções possíveis. O importante é ampliar a resolutividade dos serviços, por meio de ambiente saudável para relações interpessoais entre profissionais, gestão e usuários, e assim, favorecendo a circulação de ideias, afetos e escutas, permitindo que mais pessoas opinem, sendo protagonistas do processo¹⁰.

Refletir sobre a prática cotidiana do lugar em que se ocupa é possibilitar a integração teoria-prática para construção da *práxis*. Não podemos segregar os dois. Ao refletir, integramos essas duas dimensões. O fazer reflexivo é um modo eficaz para romper resistências e inseguranças que o diálogo teórico jamais resolveria. Descobrimos e vivenciamos isso no cotidiano do exercício do apoio institucional em busca da transformação da realidade e efetivação dos direitos garantidos pelo SUS.

Fortalecendo coletivos com a função apoiadora: plantando sementes para transformar realidades

O Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde favoreceu a experiência do apoio institucional nos CSF da SER VI¹⁰, experiência que respaldou a implementação do apoio institucional no Distrito de Saúde – SER VI, enquanto metodologia de organização do processo de trabalho.

A partir da renovação da gestão e da equipe de assessoria técnica em 2011, o projeto de apoio institucional à gestão, tão almejado por nós, pôde ser concretizado, embora no âmbito regional. O início do trabalho ocorreu em agosto de 2011, com a apresentação da proposta para assessoria técnica da SER VI, dando continuidade ao longo do ano de 2012.

Por entendermos que os processos de educação permanente em saúde põem em questão não somente a formação dos profissionais, quanto ao seu fazer cotidiano, seja nas equipes, nas organizações e entre os setores da sociedade para mudança do que está instituído¹¹, incluímos a área técnica responsável pela educação permanente no apoio institucional, como potencializadora na qualificação dos coletivos para o trabalho em saúde. Os processos de educação permanente geram impactos favoráveis aos atores envolvidos e melhorias na qualidade dos processos de saúde, com projetos de intervenção para mudança da realidade local.

O apoio institucional no contexto da regional VI foi implementado com vistas a reorganizar os processos de trabalho dos gestores e o modelo de gestão, o que fortaleceu a gestão do SUS. A abordagem ampliada das discussões sobre saúde e os processos de educação permanente na busca de mudanças de atitudes possibilitaram atenção pautada na integralidade e no cuidado dos cidadãos e nas necessidades de saúde destes.

Desenvolver habilidades no exercício da gestão do SUS possibilitou a construção da autonomia e o protagonismo dos trabalhadores, aproximando-os da função de apoiador de outros coletivos¹².

O projeto contemplou cinco etapas, nas quais foram utilizadas diferentes estratégias e métodos no exercício da função apoio, conforme descritas:

Qualificação da equipe para o apoio institucional: nessa primeira etapa, houve sensibilização das assessorias técnicas sobre a importância de rever as práticas gerenciais. Duração de dois meses, com discussões de textos sobre o tema, para dirimir dúvidas, angústias e medos do que era, até então, desconhecido; planejamento da qualificação dos profissionais para função apoio e elaboração de instrumento norteador, em que cada área técnica preparou questões relevantes sobre os ciclos de vida, programas e áreas temáticas. Este, muito mais como objeto de segurança às assessoras, do que como leitura da realidade. Uma das dificuldades se referiu à formação técnica específica e tradicional das assessoras, para uma abordagem a qual se pretendia atuar, não somente no seu núcleo de saber, mas nos processos de trabalho, envolvendo relações interpessoais, desejos e subjetividades dos trabalhadores.

Definição das unidades de saúde e organização do cronograma: a segunda etapa constou da análise e identificação das unidades de saúde prioritárias, da elaboração do calendário de estudo e de reflexões, da problematização do conteúdo, da reflexão sobre a vivência do apoio institucional, da organização do roteiro de visitas e a formação das duplas de apoiadores institucionais. Percebemos, com o início do apoio em uma unidade de saúde, que não seria viável a realização do apoio nas vinte unidades da regional, pois esse método desencadearia múltiplos processos, geraria expectativa nos trabalhadores e usuários e era preciso garantir sua continuidade. Logo, priorizamos os CSF que apresentavam dificuldade na condução das equipes ou ausência de coordenadores, devido à demora nas nomeações; à insatisfação dos trabalhadores e dos usuários; à inacessibilidade do usuário ao serviço.

Discussão com os coordenadores dos CSF: esse momento objetivou compartilhar a oferta com os coordenadores e pactuar a permissão para iniciar as visitas das apoiadoras, bem como esclarecimento do método, a fim de não gerar expectativas equivocadas. Com a decisão, a priorização e a escolha dos CSF, os coordenadores das respectivas unidades de saúde ou representantes da gestão (no caso da ausência do coordenador) foram convidados a participar de uma roda de gestão para discutir a nova metodologia, como também para esclarecer a função do apoiador institucional. Essa ação foi solicitada pela equipe apoiadora para não gerar expectativas equivocadas nos gestores e profissionais;

Processo de trabalho do apoio institucional: nessa fase exploratória, as apoiadoras iniciaram a observação participativa nas unidades de saúde. Como deveriam analisar todos os setores para conhecimento do cotidiano, o roteiro serviu de base para aqueles locais onde não se dominavam as técnicas e os fluxos, permitindo-lhes maior interação com o serviço. As visitas não eram avisadas aos coordenadores, de forma a encontrar a Unidade de Saúde com a dinâmica habitual. A dupla de apoiadoras, ao chegar ao CSF, procurava o(a) coordenador(a) da unidade para se apresentar, caso este estivesse presente. A observação ocorria em determinado período definido, conforme adequação dos apoiadores, assim como necessidade da Unidade de Saúde. Nas visitas subsequentes, além de observação, a dupla conversava com usuários e trabalhadores, a fim de conhecer e compreender

suas opiniões sobre o funcionamento da unidade. A dupla do apoio institucional participava da roda de gestão da Unidade de Saúde para discutir a situação encontrada e definir, em conjunto, os encaminhamentos. Esse passo foi fundamental, uma vez que era necessário identificar situação crítica para disparar, junto aos trabalhadores, a discussão acerca dos processos de trabalho. A partir de então, a dupla de apoiadores acompanhava o processo de trabalho do Centro, até a superação daquele problema encontrado.

Monitoramento e avaliação: por ter perpassado todo o processo, avaliar e monitorar se instituíram na cultura do Distrito de Saúde como procedimento do processo de trabalho. A equipe do apoio institucional, durante as visitas aos CSF, ou por meio dos encontros periódicos, refletia sobre o seu processo de trabalho, com apresentação da contextualização do apoio na unidade de referência, compartilhando anseios, dúvidas, conquistas, situações vivenciadas; realizando autoanálise e planejando os passos a serem dados.

A experiência evidenciou que a relação entre o apoiador e o coletivo que estava sendo apoiado acontecia como via de mão dupla, na qual havia solidariedade, troca de experiência, encontro de saberes e subjetividades, conexões e influências diversas do contexto em que se estava atuando e das pessoas que estavam em interação. Um era modificado pelo outro, que, por sua vez, promovia transformações em si e no meio. Ser apoiador institucional era permitir transformar-se, ofertar-se ao outro, disponibilizar ferramentas que possibilitassem ao grupo, a construção de um determinado direcionamento, baseado nas políticas propostas pela gestão.

Esse processo não estava dado, pois havia resistências às mudanças por parte de técnicos e equipes. O fazer cotidiano resulta em rotina, provocando, muitas vezes, estagnação dos processos. A presença de um facilitador fez-se necessária para movimentar e promover dinamismo aos processos de trabalho.

A função apoiadora não estava pronta. Não se sabia ao certo se o próximo passo dado seria o mais adequado e qual seria o próximo. Em algumas situações específicas, prevaleceu o papel de mediação, não ampliando o leque de ofertas ao grupo nesse momento, mas favorecendo o diálogo para resolução dos conflitos. Ter a função apoiadora em uma gestão é uma decisão política que favorecerá a transformação de práticas incorporadas, a criação de saberes e práticas e de espaços para que a conscientização sobre si, seus singulares e coletivos possam, realmente, transformar a sociedade.

Colhendo frutos

Com o apoio institucional, como abordagem para organização dos processos de trabalho da gestão, esperávamos proporcionar maior aproximação da gerência regional, ampliando a intervenção para conhecer, ofertar, acompanhar, monitorar, fortalecer os processos de mudanças de atitudes diante de uma diversidade de problemas locais, construindo, conjuntamente, com as equipes, um novo modo de operacionalizar a atuação, na busca de uma atenção humanizada, na perspectiva da clínica ampliada, do conhecimento do território e empoderamento dos profissionais em relação aos indicadores, do perfil epidemiológico local, construção de espaços de cogestão e convivência harmoniosa.

Sabemos que o processo de desconstrução do modelo hegemônico é lento e processual. Reconhecemos sua importância, mas, enquanto gestoras, o dever de intervir para construção de um novo modelo era prioritário, de forma a considerar a escuta dos usuários, nos seus aspectos subjetivos e sociais, com trabalho interdisciplinar, construindo autonomia, para que possam cuidar de si, ampliando a capacidade de interferir nos determinantes e nas consequências do processo saúde-doença.

Diversas oficinas para implantação do acolhimento, com discussão dos processos de trabalho e reorganização do serviço, a partir das necessidades da população, foram realizadas, ampliando o acesso aos usuários e favorecendo a integração das equipes.

Em uma unidade de saúde, instituímos a cogestão por meio do colegiado gestor, a partir da oferta da equipe de apoio institucional do Distrito de Saúde – SER VI à equipe do CSF. O processo de implantação do colegiado gestor foi uma experiência bem-sucedida.

Entendemos que a cogestão se constitui em um modo de organizar o processo de trabalho que inclui o pensar e o fazer coletivo, com organização de um modelo centrado no trabalho em equipe, na

construção de espaços coletivos que garantam o poder compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas¹³.

O colegiado gestor é um espaço dinâmico que inclui gestores, trabalhadores de saúde e usuários para discussão e tomada de decisões no campo de ação, de acordo com as diretrizes e os contratos definidos entre os sujeitos envolvidos, para exercer o gerenciamento participativo e democrático. O modo de implantação ocorre pela escolha de representantes de todos os seguimentos, por meio da eleição/indicação de trabalhadores, gestores e usuários e/ou legitimação de um grupo constituído. Tem sistemática de frequência, duração e registros acordados com todos os membros participantes. Busca-se o enfrentamento dos problemas, propiciando espaço de gestão capaz de discutir, planejar, avaliar e pactuar ações.

A implantação do colegiado gestor em um dos CSF da regional VI ocorreu a partir de denúncias verbais sobre irregularidades no referido Centro, além do comportamento autoritário por parte da gestão local.

Com isso, solicitamos à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza auditoria, com intervenção na Unidade de Saúde, acompanhamento do processo de trabalho dos profissionais, o que resultou no afastamento das coordenadoras geral e adjunta. O Distrito de Saúde da Regional VI iniciou, então, o apoio institucional na unidade, com acompanhamento sistemático.

A equipe expressava medo e tensão, dificultando os processos de comunicação e interdisciplinaridade. Em julho de 2012, propusemos a criação de um colegiado gestor para execução das atividades cotidianas, sendo aceito pelos trabalhadores da unidade. Para composição do colegiado dividimos o grupo por categorias profissionais: médicos, enfermeiros, odontólogos, Agentes Comunitários de Saúde, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), pessoal administrativo e zeladoria, para eleger dois trabalhadores para compor o colegiado, com responsabilidades compartilhadas. Após esse momento, o colegiado foi legitimado pelo grupo.

Aconteceram dez reuniões desde a eleição do colegiado para adequação e acompanhamento das ações pactuadas. As dificuldades de relacionamento estavam sendo superadas. O grupo ressaltava ter conquistado laços de solidariedade, além da relação dialógica. Ampliou-se o grau de autonomia e autorresponsabilidade, com apropriação da visão holística dos processos de saúde, em que a comunicação, a participação, o diálogo e a democracia constituíam elementos da dialética dessa construção coletiva.

Os trabalhadores de saúde assumiram postura de sujeitos ativos nos processos decisórios e atingiram mais maturidade. Observamos maior nível de organização durante o atendimento aos usuários. A equipe desenvolveu o acolhimento como prática geradora de humanização e os usuários, gradativamente, apropriavam-se da saúde no território, já que compunham o colegiado gestor e tinham espaço garantido nas reuniões da referida Unidade de Saúde, refletindo na melhoria de qualidade de vida da população e na garantia de direitos previstos pelo SUS.

Compreendemos que refletir sobre a forma de inserção no território e respeitar as múltiplas subjetividades, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, possibilitará novo olhar para o processo saúde-doença constituído pela comunidade¹⁴.

A instituição de coletivos organizados, com ampliação da grupalidade e potencialização do protagonismo, por meio do apoio institucional favorece a transformação nas práticas do trabalho em saúde, com elaboração sistemática de conhecimentos que subsidiem novas formas de agir em saúde.

Desejos, sonhos, planos... até onde vamos?

A avaliação do processo de implementação do apoio institucional apontou para necessidade de incluir novos temas e atores, com o envolvimento dos conselhos de saúde e da participação popular e os coordenadores dos centros de saúde no planejamento, para o fortalecimento da institucionalização da função apoiadora.

A sobrecarga dos trabalhadores, a cobrança de metas, a pressão dos trabalhadores, da gestão e da comunidade às coordenações que tinham atitudes que perpassavam pelo autoritarismo ou pela concessão extrema, desleixo, desinteresse, denotam a nítida necessidade de gestores preparados para

lidar com coletivos. Porém, percebemos que pouco investimento se faz para isso. O intuito de oferecer atenção integral à população não é suficiente para mudança no cotidiano das equipes.

O perfil do gestor é fundamental para o andamento eficaz de um serviço de saúde, não somente administrativamente, mas, sobretudo, na vertente de proporcionar às equipes atitudes reflexivas e críticas dos processos cotidianos, capazes de lidar com a precariedade do trabalho, as iniquidades e as desigualdades sociais, a subjetividade da vida, a banalização desta, mostrada diariamente pela mídia, como as violências urbanas, intrafamiliares, de gênero, dilaceramento das relações.

Na experiência, aprendemos a lidar com essas diferenças, porém não há conformismos ou imobilização diante dessa realidade. Ao contrário, a intenção foi de buscar alternativas: tentativas de mudança com oficinas e rodas de gestão, participação em cursos com vistas ao empoderamento dos atores envolvidos para exercerem suas funções adequadamente. A partir da constatação de que não conseguiríamos mudar repentinamente o paradigma da administração tradicional, a gestão do distrito avaliou a necessidade de um novo modelo de intervenção junto aos Centros de Saúde da Família e suas equipes, o que desencadeou o processo de implementação do apoio institucional.

A concepção de gestor como apoiador institucional no SUS é fundamental para provocar as transformações necessárias para mudança do modelo tradicional de fazer saúde, abandonando a postura de chefe, supervisor, para assumir a condição de disparador dos processos de reflexão e transformação interna com a equipe, buscando as respostas nesta, e, assim, construir um novo “jeito” de produzir saúde.

Pontos de reflexão

O exercício da função apoio implica construção coletiva dos processos no sentido de ampliar a capacidade de análise e a intervenção dos sujeitos e dos coletivos sobre seu processo de trabalho e suas necessidades.

Assim, esse processo não se encerra em si, no que se refere às limitações do apoio institucional no contexto em estudo, mas, sobretudo, devido às modificações estruturais que favoreceram reflexão e compromisso dos profissionais com as intervenções em sua prática. Mudanças que geram sujeitos, que criam significados, que promovem caminhos, que resultam em desejos, que se convertem em sonhos... que possibilitam transformações significativas nas práticas de saúde.

Uma limitação percebida foi a carência de profissionais preparados para atuar como apoiador, apontando para importância da educação permanente direcionada aos gestores e assessores técnicos, o que denota a necessidade de investimento nessa área. Foi nessa perspectiva que nos implicamos nessa proposta, acreditando que, mesmo enfrentando mudanças frequentes de gestões, apostamos no empoderamento dos envolvidos, que, com certeza, terão novos olhares onde quer que exerçam suas atribuições.

O apoio institucional, portanto, permite perspectivas para uma prática de gestão participativa nos serviços de saúde, constituindo-se em potente produtor de movimentos nos sujeitos envolvidos. A ampliação do acesso aos serviços, instituição de colegiados gestores, reorganização dos processos de trabalho abrangeram alguns resultados alcançados. Reconhecemos os inúmeros desafios a enfrentar, como a participação do controle social. Porém, ficou evidente para os coletivos envolvidos no processo que o apoio institucional favorece a construção consciente da transformação da realidade do contexto de atuação em saúde.

Colaboradores

Rosane de Lucca Maerschner e Evelyne Nunes Ervedosa Bastos responsabilizaram-se pela elaboração do artigo; Selma Nunes Diniz colaborou com a primeira revisão; Annatália Meneses de Amorim Gomes e Maria Salete Bessa Jorge contribuíram com a revisão final do manuscrito.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília (DF): MS; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos HumanizaSUS; v. 1).
2. Ministério da Saúde. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social: relatório final [Internet]. In: Anais da 11a Conferência Nacional de Saúde; 2001; Brasília (DF) [acesso 2010 Nov 30]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/relatorio.htm>
3. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publ Santa Catarina. 2008; 1(1):92-100.
4. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria Executiva Regional VI. Fortaleza: CEVEPI; 2007.
5. Campos GWS. Um método para análise e 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.
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
7. Bastos ENE, Maerschner RL. A prática cotidiana e a função apoiadora. In: Anais do 2o Seminário Nacional de Humanização; 2009; Fortaleza, Ceará. Fortaleza; 2009.
8. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, organizador. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-92.
9. Campos GWS. Paidéia e gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. In: Campos GWS, organizador. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 85-102.
10. Bastos ENE, Medeiros JA, Amaral MES, Maerschner RL. O desenvolvimento do papel de apoiador institucional em Fortaleza - Ceará. In: Campos GWS, Guerrero AV, organizadores. Manual de práticas de atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 388-411.
11. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu). 2004/2005; 9(16):161-77.
12. Guedes CR, Roza MMR, Barros MEB. Política Nacional de Humanização na atenção básica. Cad Saude Colet. 2012; 20(1):93-101.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão. 2a ed. Brasília (DF): MS; 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
14. Figueiredo MD, Furlan PG. O subjetivo e o sociocultural na coprodução de saúde e autonomia. In: Campos GWS, Guerreiro AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 154-68.

Maerschner RL, Bastos ENE, Gomes AMA, Jorge MSB, Diniz SAN. El apoyo institucional – reordenación de los procesos de trabajo: semillas lanzadas para una gestión inductora de reflexión. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:1089-98.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la experiencia del apoyo institucional en el Distrito de Salud de Salud de la Secretaría Ejecutiva Regional VI de Fortaleza-Estado de Ceará, Brasil, a partir de la institución de una nueva forma de gestión para transformar la actuación fragmentada de los equipos de asesoría y de Estrategia de Salud de la Familia. El proceso de implementación del apoyo institucional se realizó por medio de la calificación del equipo de apoyo, del planeamiento, de la lectura de la realidad, de la reorganización del proceso de trabajo de los equipos de Estrategia de Salud de la Familia y del monitoreo y evaluación. La ampliación del acceso a los servicios, la creación de grupos colegiados gestores y la mejora del trabajo en equipo fueron algunos resultados alcanzados. Reconocemos los innumerables desafíos que hay que enfrentar, tales como la participación del control social. Además, el apoyo institucional favorece la transformación consciente del contexto de la actuación en salud.

Palabras clave: Apoyo institucional. Humanización de la salud. Gestión de salud.

Recebido em 17/06/13. Aprovado em 20/09/14.