



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Linhares Pimenta, Aparecida

A Construção de Colegiados de Gestão: a experiência de Gestão da Secretaria Municipal
de Saúde analisada por um ator político implicado

Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 1, mayo, 2012, pp. 29-45

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263672003>

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



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

A Construção de Colegiados de Gestão: a experiência de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde analisada por um ator político implicado¹

Construction of Collegiate Management: the managing experience of a Municipal Health Department through the eyes of an involved political actor

Aparecida Linhares Pimenta

Doutora em Ciências Médicas. Secretária Municipal de Saúde da Prefeitura de Diadema.

Endereço: Avenida Antônio Piranga n 655, Centro, CEP 09911-160, Diadema, SP, Brasil.

E-mail: saúde@diadema.sp.gov.br

¹ Este artigo foi baseado no trabalho apresentado à 3ª edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008, tendo recebido prêmio na categoria de "Trabalhos Acadêmicos".

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar as potencialidades da gestão participativa da Saúde nos municípios, considerando as tensões próprias do campo, e a necessidade de articular os interesses de usuários e funcionários no cotidiano dos serviços. O trabalho aponta dificuldades de construir o SUS constitucional numa conjuntura adversa, atravessa pelo Brasil na década de 90. O campo empírico foi a gestão do sistema municipal de saúde de Amparo, de 2001 a 2006, priorizando na análise o processo de construção de espaços coletivos de gestão, a partir de documentos institucionais, e das falas de gestores e trabalhadores em grupos focais. Partindo da situação de gestora e utilizando material empírico, foram relatados e analisados os principais desafios enfrentados para construir um modelo de atenção tendo como eixos estruturantes a atenção básica e o modelo de gestão baseado em espaços coletivos de gestão. A análise aponta a capacidade de produzir mudanças nos sistemas municipais de saúde a partir da aposta na construção de espaços compartilhados de gestão, em particular pelo deslocamento de poder dos atores envolvidos. Entre os desafios está a capacidade de lidar com o conflito nos espaços coletivos de gestão, reconhecendo que faltam ferramentas de gestão nas equipes e nos colegiados. Outro desafio é a complexidade do cenário da saúde, pois no cotidiano dos serviços, o projeto de saúde está sempre em construção. O trabalho conclui da necessidade de investir na construção de novos modos de produção da vida no plano coletivo, com projetos baseados na igualdade e na convivência democrática.

Palavras-chaves: Sistema municipal de saúde; Gestão participativa; Atenção básica.

Abstract

This paper aims to analyze the potential of participatory management in the municipalities of Health, considering the tensions own health and the need to articulate the interests of users and staff in the daily services. The work also highlights the difficulties of building a constitutional SUS so adverse situation, like that faced by the country since the early 90s. The empirical field was the management of the municipal health system of Amparo, 2001 to 2006, emphasizing the analysis of the construction of collective spaces, from the documentary analysis, and the statements of managers and employees are made in focus groups. Starting from the position of managing and using empirical data were reported and analyzed the main challenges to build a model of attention with its central structuring primary care and a management model based on collective spaces. The analysis indicates the ability to produce changes in local health systems from the commitment to building management, shared spaces, particularly the shift of power by actors who have more prominent in the biomedical model still hegemonic. Among the challenges for these changes is the ability to deal with the conflict present in the collective spaces, recognizing that lack of management tools to deal with them, either in teams, whether in the teams. Another challenge is the sheer complexity of the health scene, which creates uncertainty regarding the outcome of this work, because in the daily services, the healthcare bill is always under construction. The study concludes that managers need the ability to invest in tension towards the construction of new modes of production of life at the collective level, investing in projects built on equality and democratic coexistence.

Keywords: Municipal Health System; Participatory Management; Primary Care.

Introdução

A gênese de modelos tecnoassistenciais é, antes de tudo, de natureza política, o que pressupõe a existência de atores políticos em jogos de poder para buscar hegemonia de seus projetos. Na área da saúde no Brasil se verifica, em particular desde o processo de Reforma Sanitária, uma disputa entre modelagens centradas na prática biomédica e em modelos “usuário centrado”. Em muitos municípios brasileiros vêm sendo implantados, desde o final da década de 1980 novas modelagens tecnoassistenciais protagonizados pelos gestores municipais. Esses cenários tiveram seu destaque ampliado com a municipalização da saúde tomando corpo em políticas específicas e normas, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS).

A implementação dos projetos municipais ocorre numa arena política permeada por interesses distintos e sofre interferência significativa da disponibilidade financeira do município e dos mecanismos legais e organizacionais da máquina estatal local (Silva, 2001), além da interferência de questões relativas à cultura política e da realidade de cada local. Os gestores municipais representam blocos políticos que disputam um determinado projeto de organização social e técnica das práticas produtoras do cuidado no seu território.

Segundo Merhy (1997), todo gestor de saúde é um ator em situação de governo, o que significa que é um ator coletivo, portador de um projeto, mesmo que num primeiro momento seja representado por uma só pessoa. Esse projeto tem direcionalidade e vai ser disputado num cenário em que outros atores que também governam buscam com os recursos que possuem dar a direcionalidade aos seus projetos.

Os gestores municipais, comprometidos com a construção de modelos assistenciais usuário- centrados, muitas vezes enfrentam resistências políticas nos próprios governos municipais, habituados a práticas políticas clientelistas e que não se dispõem a enfrentar os interesses privados da Saúde, muitas vezes enraizados dentro da máquina estatal. Há ainda disputas internas aos governos municipais por recursos financeiros para viabilizar os projetos. Saber fazer o jogo político na arena dos governos locais é essencial para que o gestor consiga viabilizar seu projeto de modelo assistencial, considerando a

complexidade das relações de poder presentes nos municípios.

Modelos assistenciais centrados no atendimento das necessidades de saúde dos usuários requerem mudanças no processo de produção do cuidado e no modelo de gestão. A construção de coletivos comprometidos com a produção do cuidado e com a gestão democrática exige a busca de dispositivos capazes de criar espaços permanentes de discussão e reflexão sobre o trabalho e a gestão.

O presente artigo tem por objetivo analisar a experiência de gestão do sistema municipal de saúde de Amparo, de 2001 a 2006, priorizando o processo de construção de espaços coletivos de gestão. O artigo é parte da Tese de Doutorado (Pimenta, 2006) e a pesquisa de base foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, por meio do Parecer 246/2006. Com base no material empírico produzido durante a experiência, são relatados e analisados os principais desafios enfrentados para construir um modelo de atenção tendo como eixo estruturante a atenção básica e um modelo de gestão baseado em espaços coletivos de gestão. A co-gestão em Amparo efetuiu-se basicamente através do Colegiado Central da SMS e Colegiado de Coordenadores das Unidades Saúde da Família- USF.

Metodologia

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

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

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

um sociólogo, com formação em análise institucional; e o observador, um psicodramaticista.

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

A primeira sessão foi com oito coordenadores das unidades de Saúde da Família, que participaram do colegiado de coordenadores de Saúde da Família em 2005, e a sessão durou cerca de três horas. A segunda sessão foi com os dez membros do colegiado central da Secretaria e teve duração de três horas. As outras três sessões foram com as equipes das três maiores unidades básicas de saúde do município.

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

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

O roteiro dos grupos foi o seguinte:

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

O objetivo da discussão dos grupos foi ouvir a fala de sujeitos que efetivamente fazem a gestão da saúde no município e que produzem a saúde através do trabalho vivo em ato. A partir dessas falas,

busquei apreender em que medida os dispositivos de democratização da gestão tiveram impacto no cotidiano das equipes.

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

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

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

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

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

Construindo o Sistema Local de Saúde e Seus Dirigentes: recuperando a história como narrativa

O objeto de estudo – a criação e organização de espaços coletivos de gestão na saúde de Amparo justifica a recuperação da história de constituição da

equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde no período de 2001 a 2006, bem como dar escuta aos membros dessa equipe para falarem sobre a gestão saúde. Este artigo se dedica a um relato do período, a partir da experiência vivida da pesquisadora enquanto ator político envolvido, buscando recuperar os diferentes momentos vividos nesse coletivo.

A constituição da equipe central da Secretaria teve início simultaneamente ao início da gestão em 2001. Assim que assumi o cargo de secretária municipal de saúde, iniciei a construção da equipe central buscando conhecer cada profissional que era responsável pelas diversas áreas da secretaria. Agendei reuniões com cada um desses coordenadores na primeira semana de janeiro de 2001 e, simultaneamente, iniciei as reuniões com as equipes de Saúde da Família e dos demais serviços da secretaria. Conhecer a realidade e identificar atores potencialmente capazes de produzir, implementar e gerir um modelo tecnoassistencial inovador era o desafio principal dessas atividades.

Após as reuniões com todas as áreas, a equipe central ficou composta pela diretora da unidade de avaliação e controle, pelo diretor do departamento de odontologia, pela diretora do departamento de vigilância sanitária e epidemiológica, pelo diretor do centro de saúde, pela diretora do departamento administrativo da secretaria e por um assessor técnico-administrativo, todos profissionais que já ocupavam esses cargos na administração anterior. Essas sete pessoas iniciaram um difícil processo de construção de relações de confiança e contratualizações com objetivo de dirigir a Secretaria Municipal de Saúde. Durante o primeiro ano da gestão, havia um contexto de bastante tensão na Secretaria e a equipe precisava estar qualificada para mediar conflitos.

Os conflitos, nesse momento, estavam relacionados com a exigência de cumprimento das jornadas de trabalho dos médicos do Ambulatório de Especialidades Médicas, chamado de Centro de Saúde. Esta exigência implicou na demissão de seis médicos; o afastamento do diretor da unidade nos dois primeiros meses; e isso provocou tensionamento com o prefeito, que discordou também da decisão da Saúde de regular de forma mais sistemática o repasse de recursos municipais para os hospitais filantrópicos

locais. Eu considerava que havia um clima político favorável à implementação de mudanças, já o Prefeito avaliava que seria arriscado fazer mudanças bruscas logo no início do mandato. A situação tornava-se mais difícil pelo fato de eu estar chegando na cidade e praticamente não conhecer a realidade local. As principais questões de conflito eram: o problema do não cumprimento da carga horária dos médicos no Centro de Saúde e o concurso público para ingresso no PSF que era urgente. Apesar das divergências, as questões foram enfrentadas e equacionadas.

Apresentei à equipe gestora central a proposta de constituição de um grupo de direção da Secretaria e do primeiro trabalho coletivo desse grupo: o planejamento das prioridades para os próximos anos. Para isso, propus reuniões semanais para a elaboração de um diagnóstico da situação de saúde do município e dos serviços de saúde, que seria o ponto de partida para elaboração do plano municipal de saúde para o período de 2001 a 2004. O objetivo era claramente a implantação de mudanças no modelo assistencial em Amparo e, para tanto, o grupo gestor foi constituindo estratégias políticas capazes de garantir direcionalidade ao projeto, num cenário político em que vários atores disputam seus projetos. Um conjunto de seis diretrizes para embasar o trabalho foi apresentado, debatido e pactuado com toda a equipe. Para Campos (1994), a racionalidade gerencial hegemônica trabalha com o aprisionamento da vontade, do desejo e dos interesses dos trabalhadores, sendo que, para organizar processos de trabalho comprometidos com a defesa da vida dos usuários, é imprescindível experimentar novos modelos de gestão em que os trabalhadores se reconheçam na sua obra; a gestão deve privilegiar as pessoas e não as estruturas.

A primeira diretriz foi a implantação efetiva do SUS, reconhecendo os limites do momento histórico desta construção e do próprio município, mas tendo como objetivos a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade. A segunda diretriz foi que a participação da população na definição das políticas de saúde era fundamental para garantir o avanço do SUS no município e, portanto, que a participação popular seria incentivada e estimulada. A terceira diretriz definiu que a gestão da Saúde local era responsabilidade do próprio município, e

em consonância com a proposta do SUS de comando único em cada esfera de Governo, foi pactuado que caberia à equipe dirigente municipal construir-se e construir estratégias para implementar as mudanças consideradas essenciais, reconhecendo a necessidade do apoio técnico e financeiro das esferas estadual e federal. A quarta diretriz referia-se à compreensão das relações entre público e privado, entendendo que o setor privado conveniado com o SUS era importante para complementar a oferta de serviços na área hospitalar, insuficientes na capacidade própria, mas que esta parceria deveria sempre servir aos interesses públicos, e ser regulada pelo poder público municipal, sem admitir-se qualquer tipo de privatização da gestão da saúde. A quinta diretriz foi que os trabalhadores da saúde eram atores políticos fundamentais para construção de um novo modelo assistencial, por serem responsáveis pela produção do cuidado dos usuários. Decidimos trabalhar no sentido de construir um novo modelo assistencial, em que houvesse protagonismo dos trabalhadores no processo, sendo que nosso papel principal era criar dispositivos, a fim de que os trabalhadores pudessem refletir e construir consensos sobre os processos de trabalho a ser desenvolvido nas unidades. Essas diretrizes foram colocadas no Plano Municipal de Saúde de Amparo para 2001 a 2004.

Para viabilizar a construção de um novo modelo assistencial, foi necessário modificar a gestão do sistema municipal de saúde, buscou-se romper com a forma verticalizada e fragmentada de tomada de decisão na secretaria, criando coletivos dirigentes e investindo na mudança dos processos de produção da saúde.

No campo da política, como gestor de saúde, construímos governabilidade através de três estratégias principais: a) participação ativa nos fóruns regional e estadual do SUS, b) participação nos espaços políticos do município, como Orçamento Participativo; e c) democratização da gestão, com ampliação de espaço de discussão através das Conferências Municipais de Saúde, construção de colegiados de gestão e processos participativos de planejamento. Dessas estratégias, merece destaque a decisão de participação da equipe central em todas as plenárias do Orçamento Participativo e a realiza-

ção de Conferências Municipais de Saúde com ampla participação popular.

A participação nas plenárias do Orçamento Participativo (OP) foi importante não somente para ouvir as opiniões e propostas da população, mas também para apresentarmos as propostas de organização dos serviços do Plano Municipal de Saúde para o período de 2001 a 2004. No geral, a população solicitava ampliação do atendimento médico, tanto nas UBS como no Centro de Saúde; reclamava da falta de medicamentos e demora nos exames laboratoriais. Era o modelo médico hegemônico sendo reivindicado pela população: queriam mais médicos, mais remédios e mais exames. Apesar disso, as deliberações das plenárias do OP, realizadas em 2005 e 2006, em geral eram coincidentes com as propostas do Plano de Saúde. As plenárias deliberaram pela ampliação de duas unidades básicas de saúde nos bairros mais populares da cidade, que foram ampliadas e dobraram a área física; pela ampliação e reforma das duas unidades nos dois distritos municipais; pela construção de três prédios novos para UBS.

Apesar dos desafios postos, a gestão municipal insistiu para garantir a participação da população na definição das diretrizes do SUS municipal, e duas Conferências Municipais de Saúde (CMS) foram realizadas, uma em 2002 e outra em 2005. A 4ª Conferência, realizada em 2002, foi o momento mais importante em termos de participação popular, na discussão e reflexão sobre o SUS municipal. Foram realizadas 19 pré-conferências para ampliar participação popular, mais de 500 pessoas participaram das discussões e cerca de 70 delegados participaram da Conferência. Nas pré-conferências foram discutidas e aprovadas propostas relacionadas com a humanização dos serviços de saúde do SUS de Amparo. As propostas elaboradas nas pré-conferências foram discutidas e aprovadas nos grupos, acrescidas de novas propostas que compuseram o Relatório Final da 4ª Conferência Municipal de Saúde. Posteriormente, este relatório serviu de referência para a tomada de decisão no SUS de Amparo e para as Programações Anuais de 2003 e 2004. Em 2005, foi realizada a 5ª Conferência, seguindo a mesma sistemática da anterior. As deliberações da 5ª Conferência Municipal de Saúde serviram de referência para elaboração do Plano Municipal de Saúde para o período de 2005 a 2008.

Mesmo com os vários movimentos para mobilizar e organizar a população para participar da construção do SUS, inclusive nas áreas específicas da Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, as muitas iniciativas, em última instância, tem se configurado como iniciativas governamentais, e não iniciativas populares nascidas a partir de movimento da própria população na luta por seus direitos.

O Cotidiano da Gestão pela Fala dos Gestores

A sessão de grupo focal foi realizada com a equipe central e participaram dez pessoas; sendo que a secretária da saúde e a enfermeira do Grupo de Apoio não participaram. Todos participaram ativamente das discussões do grupo focal, com forte interação, e emoção nas falas sobre o próprio trabalho, conforme registro da moderadora do Grupo.

A maior parte da equipe é composta por profissionais de longa experiência em gestão do SUS: oito dos dez participantes trabalham a mais de dezenove anos no SUS, com atuação em diferentes áreas. Todos destacam a multiplicidade de ações que desenvolvem e enfatizam as inter-relações que existem entre as várias áreas de coordenação e o trabalho específico nos serviços, como se vê no texto abaixo:

Eu sou médica, coordeno o Ambulatório de Especialidades, que é o maior ambulatório da cidade. Além disso, eu sou médica auditora também, então eu faço auditoria nos quatro hospitais. Participo da equipe de regulação, sou eu que autorizo a maior parte dos exames de alto custo, né? Acho que é só. Aqui, todo mundo faz um pouco de tudo, você acaba tendo ações num monte de lugar. Você atende, você coordena, você palpita, você solicita as coisas, a gente faz tudo isso, né? E o melhor é quando a gente tem uma equipe trabalhando junto... Aí é muito legal porque você divide os problemas, não fica com eles todos... Pode não resolver, mas sofre junto. (D8)

A decisão da Secretaria de ter os membros da equipe central na gestão e na assistência é relatada por vários membros da equipe. Abaixo segue o depoimento de uma médica com jornada de 16 horas na assistência numa unidade de saúde da família, e 24 horas na gestão e, neste horário, coordena ainda

a assistência farmacêutica da Secretaria:

A nossa secretária adotou uma estratégia que eu acho que é muito correta: todos nós estamos na gestão, mas um braço na assistência, de uma forma ou de outra ... Então a gente transcende a área que a gente coordena para cuidar de um serviço específico que tem a relação com aquilo que a gente faz e isso é muito rico, dá um trabalho danado, mas é muito rico. (D3)

Há também referência à integração do coordenador da Saúde Bucal à equipe de gestão da atenção básica, rompendo com a forma fragmentada como se dava a gestão dessa área:

Eu acho interessante é que durante 17 anos praticamente eu fiquei muito focado na saúde bucal..., a questão de dois anos é que esta mudança ficou mais tranquila pra mim neste sentido, porque deixou de existir esta coordenação de saúde bucal e eu vim pro grupo de Apoio, que é essa equipe multiprofissional. (D7)

A caixa de ferramentas dos gestores da equipe central e as características dos processos de gestão na saúde de Amparo são colocadas nas falas desse coletivo. Considerando as reflexões de Merhy (2002), sobre o Triângulo de Governo de Matus, é possível reconhecer a equipe central como ator coletivo em situação de governo, que tem projeto, aposta nesse projeto e disputa sua direcionalidade. É um coletivo que tem capacidade de governo, e sua caixa de ferramenta para governar é formada não somente pelo saber fazer dos seus núcleos profissionais, mas também o saber fazer a gestão do SUS, este último construído principalmente a partir dos longos anos de experiência na gestão municipal da saúde.

Os atores da equipe central trabalham na gestão da rede de serviços como um todo e na gestão do cotidiano dos serviços específicos, aos quais estão vinculados, buscando instituir novos arranjos no modo de fabricar saúde, na relação tensa com o outro. É um coletivo que planeja e executa, e tensiona, no dia-a-dia, um certo modo de produzir atos cuidadores, utilizando tecnologias leves para construir suas equipes a partir das relações com os usuários.

Ainda, destaca-se que o coletivo avaliou que a construção do SUS é o maior projeto, é o projeto comum, ele apresenta uma concretude e busca a

integralidade. Um dos membros da equipe fala que a construção do SUS é um projeto de transformação social, e que muitos deste coletivo estão envolvidos com este processo de mudança social.

Eu acho que a percepção é de uma avaliação positiva mesmo. Eu sei que ainda tem problemas, que tem dificuldades, mas eu acho que um diferencial aqui é que a gente percebe uma concretude do SUS, né? ... aqui tem orientação, tem rumo, tem uma direcionalidade mesmo de perseguir o que está posto enquanto princípio do SUS. (D1)

Outra ferramenta de gestão colocada pela equipe refere-se ao planejamento e a avaliação, e a importância de trabalhar os indicadores de saúde de forma sistemática para se fazer avaliação. Essa equipe trabalha tanto com as informações epidemiológicas, como com as informações de produção dos serviços. Essa capacidade de lidar com as informações aumenta a capacidade de governo da equipe.

Há também referência ao fato dessa avaliação ser publicizada, tanto para o Conselho Municipal de Saúde como para os coordenadores de saúde da família, com a expectativa de que as discussões possam chegar para as equipes. Abaixo seguem algumas falas:

Há governabilidade na Secretaria, no espaço municipal, né? Eu acho que na saúde da Prefeitura, a gente pode ter essa percepção de que o rumo, a direção que está dada e é nesse sentido. E não é só a questão da orientação, é na prática, e tem um processo permanente de avaliação, de medir resultados, de rever os rumos, né? De utilizar essas ferramentas de planejamento em que trabalham indicadores e rever processo, né? É com isso que a gente está trabalhando: avaliar se está dando certo ou não, mudar as rotas, é... Fazer essas mudanças a partir de avaliação, de planejamento. (D1)

E a questão de ... avaliação do serviço, a gente faz planejamento, a gente faz relatório de gestão, então isso também ajuda bastante a enxergar os problemas..., e eu acho que só enxerga o problema quem avalia, quem tem discernimento... (D5)

Em relação à atenção à saúde, os pontos positivos foram enfatizados e é reparado um certo orgulho em fazer parte da gestão em Amparo, sendo que muitos falam com emoção do próprio trabalho. Há

uma vinculação da ação de planejar e executar com o posicionamento subjetivo de cada um (Onocko, 2003). Foram apontados vários problemas e entre os pontos positivos referidos, citaram a inserção das ações de saúde do Trabalhador e de Saúde Mental na Atenção Básica, e a direcionalidade do projeto de saúde, voltado para a construção do SUS no município. A decisão de centralizar a organização da rede de serviços na atenção básica é citada em várias falas do grupo.

Algumas questões fundamentais da organização dos serviços foram colocadas, mas sem aprofundar a discussão, pela própria dinâmica do grupo focal.

Em termos de atenção em relação à integralidade, por exemplo, eu acho que aqui na Secretaria de Amparo a gente consegue um avanço bastante grande. Por exemplo, eu trabalho há 18 anos na área de Saúde do Trabalhador e nunca consegui colocar ações de saúde do trabalhador, olhar a saúde do trabalhador na atenção básica. E aqui desde o início a gente conseguiu isso.... (D2)

O Grupo trouxe outros temas da gestão e sempre fizeram referência à paixão pelo trabalho, ao compromisso, aos resultados da construção coletiva.

Eu acho que não é só uma questão de paixão de quem está aqui, eu acho que Amparo tem uma assistência toda privilegiada. É um reconhecimento que não é só da região de Campinas, acho que a gente tem muito orgulho de ser reconhecido. (D3)

Na apresentação, um dos participantes coloca a importância da continuidade da gestão por dois mandatos e que isso permitiria uma construção mais sólida do SUS.

Eu estou tendo uma experiência muito interessante nesta gestão, é que eu nunca passei por esta experiência de ter uma administração com continuidade na gestão. Então, a gente já está praticamente no sexto ano, né? É isso? E tem sido muito gratificante, é a primeira vez que eu tenho tempo de ver as coisas consolidadas, da gente colher alguns frutos... Eu já passei por situações que entra gestão nova e muda tudo, aquela confusão toda, né? Então, eu acho isso, sem dúvida, é muito importante. (D3)

A continuidade à estratégia de Saúde da Família foi vista como um acerto:

A saúde da família, eu acho que, modificou muito a questão da atenção básica em Amparo, acho que foi um caminho acertado,.... E a gente amadureceu, teve três administrações com a saúde da família que ninguém teve coragem de mudar isso, e a população reconhece. A última secretária que teve, embora ela tenha feito pouca coisa nesta questão de qualificação das equipes, ela manteve a saúde da família, ela ampliou de uma maneira mais tímida, mas não teve retrocesso.... (D3)

A descentralização de ações de Saúde Mental para Atenção Básica faz parte do conjunto de propostas para garantir atenção integral aos pacientes com transtornos mentais. Outro tema, colocado pela coordenadora de saúde mental, refere-se aos desafios de construir o SUS em uma cidade relativamente pequena.

Eu sou mais nova aqui, pra mim é uma primeira experiência de cidade pequena, né? Então, aparentemente é como se fosse uma grande rede, todo mundo se conhece, a população se conhece, todo trabalhador que conhece toda a gente,.... Do ponto de vista da saúde mental, geralmente quando a gente tenta construir um trabalho de rede, com suporte social, coletivo, é muito difícil porque, normalmente, as histórias dos usuários, eles se conhecem enquanto psiquiatrizados, 'ah, te conheço do Cândido Ferreira, te conheço do Ismael...'. Aqui em Amparo os loucos do Caps se conhecem porque nadavam no Rio Camandocaia quando pequenos, porque as mães andavam juntas, né? É uma vivência mesmo do morador, do munícipe, do paciente. (D4)

Em várias falas é citada a dificuldade para mudar os serviços centrados na oferta de consultas médicas e procedimentos, observa-se a força do instituído impondo-se no cotidiano dos serviços.

Um dos membros da equipe faz referência ao longo processo de construção do modelo médico hegemônico e a necessidade de reconhecer que, para mudar esse modelo, é necessário outro processo que vai demandar tempo. Refere-se ainda ao fato da equipe central ter claro essa necessidade de transformação do modelo, de investir nessa direção, mas reconhece que a mudança ocorrerá somente com o protagonismo da população e do conjunto dos profissionais.

Logo que o tema da gestão foi colocado surgiu a discussão sobre a proposta de gestão participativa, com a criação de espaços de problematização junto aos trabalhadores e aos usuários do SUS. Foram abordados temas relacionados à dificuldade de lidar com a questão do poder e rever o lugar de autoridade do coordenador e as resistências dos trabalhadores em assumir a autonomia e a criatividade na construção de relações no coletivo.

A tensão constitutiva das organizações de saúde dada pelas necessidades de saúde dos usuários e pelo interesse dos funcionários é discutida pela equipe central que reforça o esforço necessário para construir equipes e sujeitos autônomos com capacidade para identificar problemas e enfrentá-los no espaço coletivo da gestão.

Eu acho que tem uma coisa participativa e coletiva, e isso por si traz o tensionamento e a problematização contínua. Pra quem faz gestão, eu acho que existe um espaço de autonomia, ...o que a gente faz aqui na gestão é a construção disso pra outros níveis: para os profissionais de saúde, pros próprios usuários. Não basta a gente ter clareza, não basta a gente pensar e problematizar, mas é necessário a construção de sujeitos autônomos dentro da equipe e da Secretaria, ou seja, com os profissionais de saúde e com os usuários do sistema SUS é importante... (D3)

A autonomia proposta para os trabalhadores e um novo papel do coordenador nem sempre é aceita pela maioria da equipe, que assume a postura mais cômoda de deixar que o coordenador tome as decisões.

Essa questão de construção é mais complicada, é mais fácil chegar numa reunião, e as pessoas estão acostumadas a isso, a tudo pronto, tudo tem que ser assim, nós vamos fazer isso e... Bem mais confortável, algumas pessoas, claro, sempre critica esse modelo, mas acaba que na prática, quando você joga um problema, uma coisa pra resolver, às vezes, acaba que, 'poxa, mas porque que ele está falando isso agora aqui,... mas é o coordenador que tem que resolver isso'. A tomada de decisão é direcionada para o coordenador... Porque ele é o chefe, ele tem que resolver. (D5)

A tensão da gestão, referida em várias falas, reflete muito do cotidiano dessa equipe central que tensiona no sentido de construir um modelo assistencial baseado no cuidado e na integralidade. A discussão sobre as dificuldades de fazer a gestão das unidades, e da secretaria, nesses coletivos instigou muito o grupo, e cada um falou longamente da experiência vivida no processo de gestão colegiada.

Sobre os conflitos na gestão do município, os participantes referem-se à dificuldade que os trabalhadores têm de falar sobre seus pontos de vista, assim o conflito é sempre visto como negativo e há dificuldade em trabalhar o conflito nos coletivos.

Em relação a participação do coletivo na agenda/equipe da gestão, é reforçada a questão das dificuldades de se construir projetos coletivos e o sofrimento que esse tipo de trabalho provoca nos sujeitos. Mas não é só sofrimento, é também prazer, é identidade com a obra, é sensação de potência para mudar a realidade que muitas vezes resiste às mudanças.

A partir dessas colocações, a moderação do grupo focal faz uma síntese do trabalho:

Recapitulando, primeiro a gente falou bastante tempo da questão da atenção, ...que vocês identificaram os avanços...construídos aqui em Ampar. Em relação à gestão, foram falando das mudanças e...da particularidade de Amparo ...enquanto cidade pequena. O bônus e o ônus disso... O quanto isso vai definir a forma de organização dos serviços, a forma das pessoas se comportarem, a ruptura ou não com a cultura médico-cêntrica da população, e a dificuldade da explicitação dos conflitos. Falando um pouco da gestão, vocês apontaram muito o quanto se caminhou nos dispositivos que foram criados, tanto no colegiado das unidades de saúde da família, também no colegiado de nível central no sentido de conseguir falar mais e conseguir tomar decisões mais coletivas, o quanto isso foi se conseguindo arduamente, de uma forma muito trabalhosa? Uma coisa que foi comentada foi a característica do grupo de ser bem diferente desse jeito na cidade? Quer dizer, o grupo traz mais a visão do conflito, o quanto que isso é conflituoso pra vocês também? Me parece que vocês pontuaram essa história dos tempos, do tempo político versus tempo das equipes, tempo da mudança, o acelerar

ou o não acelerar, o respeito, é a profissão de fé de tentar respeitar? Esse tempo, mas ao mesmo tempo o compromisso de que a mudança aconteça.

As falas indicam que os atores políticos que participam da equipe central procuram trabalhar com os conflitos, mas que essa não é a prática da maioria dos trabalhadores dos serviços de saúde e da própria cidade. O Colegiado Central é um coletivo vivo, que reflete sobre as potencialidades e limites do próprio coletivo-sujeito.

Colegiado de Coordenadores das Equipes de Saúde da Família

A constituição do Colegiado de Coordenadores de Saúde da Família e a decisão de investir na construção das equipes das unidades de Saúde da Família foram essenciais para o processo de mudança na Saúde em Amparo. Um elemento decisivo para o fortalecimento desse espaço coletivo de construção de sujeitos e pactuação de projetos foi o fato da Secretaria ter viabilizado praticamente tudo que foi decidido nas reuniões do colegiado, desde contratação de pessoal, construção de unidades, mudanças na retaguarda laboratorial, fornecimento de medicamentos, até capacitação de pessoal para ações específicas das equipes. Propostas que foram feitas e não foram viabilizadas eram discutidas e a falta de governabilidade da Secretaria para resolver questões como o problema da baixa qualidade da retaguarda hospitalar era explicitada nesse coletivo. Aliás, a questão hospitalar foi tema de inúmeras reuniões e as equipes, embora não aceitassem a forma como seus pacientes eram tratados nos hospitais, sabiam das limitações da gestão local para resolver esse problema.

Essa confiança mútua não significava ausência de conflitos. Em várias situações, as propostas da equipe central foram recusadas e muitas propostas trazidas pelos coordenadores das unidades de saúde da família eram discutidas e recusadas. O colegiado era formado por atores que ocupavam diferentes lugares na organização da Secretaria e com distintos olhares sobre a realidade concreta. Esses diferentes lugares condicionavam distintos recortes da realidade, que geravam conflitos, alguns

abertos, outros encobertos. As propostas definidas nesse colegiado eram reelaboradas e ressignificadas em cada equipe e sua implementação dependia da adesão das equipes às propostas colocadas.

A Secretaria, como organização de saúde, é construída pelas ações humanas criativas, pelas oportunidades, pela autonomia dos sujeitos, mas também pelo controle, pelos constrangimentos (Cecílio, 2003). Sendo assim, para reconstituir o processo de construção do colegiado de coordenadores do PSF foram utilizadas como referência a memória das reuniões ocorridas de 2001 a 2005, a partir do registro no Livro de Atas de Reuniões. A primeira reunião deste colegiado ocorreu no dia 19 de janeiro de 2001 e o objetivo pactuado para aquele espaço era discutir, construir e pactuar um projeto de atenção básica para o município.

Analizando a pauta das reuniões desse colegiado, no primeiro ano de governo, é possível perceber que o fio condutor das discussões foi a questão do modelo assistencial e do modelo de gestão. Nos cinco primeiros meses de 2001, as reuniões foram semanais, pois se pretendia construir no colegiado as propostas para o Plano Municipal de Saúde, que teve sua primeira versão apresentada e discutida em maio de 2001. A reorganização da rede de serviços, com ênfase na integração das áreas e na prioridade da Atenção Básica, foi a pauta principal das reuniões nesse período.

A primeira Oficina de Planejamento Estratégico foi um momento importante de compartilhar projetos, explicitar expectativas, conhecer melhor as equipes, contou com a coordenação do professor Emerson Merhy e resultou num conjunto de diretrizes que contribuíram para as discussões e propostas de reorganização do modelo assistencial. Um dos desdobramentos foi a decisão de cadastrar todas as famílias do território, abrir as unidades e garantir o acesso para o atendimento de todos os residentes na área de abrangência da unidade. Entendíamos que a Atenção Básica deveria organizar-se para atender todas as famílias residentes no território de cobertura da unidade e não limitar o cadastro ao número de famílias que a equipe poderia atender, de acordo com o parâmetro do Ministério da Saúde. Mas essa decisão foi tomada após muita discussão e esse foi o primeiro conflito aberto no colegiado. Muitos não

concordavam com a proposta da Secretaria de rever a forma de cadastramento das famílias.

Como algumas equipes já estavam sobrecarregadas, pois o número de enfermeiros e auxiliares de enfermagem era menor do que o número recomendado por equipe, havia o receio de que o aumento do número de famílias cadastradas levaria a uma maior sobrecarga de trabalho. Depois de um amplo debate no colegiado, ficou decidido que os agentes comunitários fariam cadastramentos de todas as famílias residentes na área de abrangência da unidade e a Secretaria comprometeu-se a contratar cinco auxiliares ou técnicos de enfermagem e dois enfermeiros para completar as equipes. Esse tipo de conflito, da equipe central com os coordenadores, era mais fácil de ser enfrentado pois, na medida em que era aberto, explicitado, permitia o debate, o confronto de posições, difíceis eram os conflitos encobertos, que não vinham para o debate. Em janeiro de 2001, estavam cadastradas no SIAB de Amparo cerca de 9.000 famílias; em abril de 2001, já eram 11.000 famílias. Em junho de 2001, a Secretaria conseguiu completar as equipes existentes, conforme a acordo feito e ampliar o quadro para 12 equipes.

Outra decisão de reorganização do processo de trabalho das equipes foi a de implantar o Tratamento Odontológico completado para as famílias cadastradas, incorporando o adulto na atenção odontológica e garantido acesso universal; acesso antes restrito às crianças e aos adolescentes. Essa decisão exigiu ampliação das equipes de dentistas e auxiliares de consultório dentário. Em 2000, o Ministério da Saúde iniciou o repasse de incentivo financeiro para as equipes de saúde bucal que atuavam nas unidades de Saúde da Família. Em maio de 2001, as primeiras seis equipes de Saúde Bucal de Amparo foram habilitadas com recurso federal para apoiar o município. A falta de integração das equipes de Saúde Bucal com as equipes de PSF era um problema mesmo com ambas trabalhando na mesma unidade e atendendo as mesmas pessoas. Para integrar as equipes de Saúde Bucal às de Saúde da Família foi modificado todo processo de trabalho nas unidades.

Para operar esta mudança houve uma expressiva expansão das equipes de Saúde Bucal que passaram a organizar o atendimento em conjunto com a equipe da unidade. E, ainda, a coordenação da assistência

odontológica foi integrada à coordenação da unidade sendo que a coordenação de Saúde Bucal ficou responsável pelo planejamento e avaliação da Saúde Bucal no município como um todo perdendo o papel de “chefe dos dentistas”. Para viabilizar a expansão das equipes de Saúde Bucal, além da ampliação da jornada de trabalho dos profissionais e da admissão por concurso público de novos profissionais, houve remanejamento de dentistas que atuavam na rede escolar para as unidades de saúde.

Esse processo de mudanças provocou conflitos e houve resistências tanto da população como dos profissionais. Os conflitos dentro das equipes foram tratados pelo nível central da Secretaria em cada unidade, com uma participação ativa do coordenador de Saúde Bucal. Mas, ao longo desses cinco anos, houve um avanço considerável nesse processo de integração da Saúde Bucal com a Saúde da Família.

Uma decisão que marcou o primeiro ano da gestão foi a de realizar concurso público para todos os profissionais de Saúde da família. No segundo semestre de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou uma proposta de Projeto de Lei que criava cargos de médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem para o PSF. A proposta foi discutida com o Prefeito que manifestava discordância pois considerava o impacto político negativo que teria caso a maioria dos profissionais não conseguissem ser aprovados no concurso. O Projeto de Lei foi encaminhado à Câmara e a lei foi aprovada na última sessão de 2001.

O ano de 2001 terminou diante de um cenário de muita apreensão, pois esse projeto foi sustentado somente pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde. As opiniões contrárias eram tanto dos funcionários, como do Prefeito e da maioria de gestores municipais com os quais discutíamos em reuniões da CIR de Campinas e do COSEMS. O concurso ocorreu em fevereiro de 2002, foi homologado em março, e em abril iniciamos o processo de contratação dos profissionais aprovados e exoneração dos reprovados. Nossa proposta era de, em 90 dias, concluir o processo e, em junho, ter as novas equipes contratadas. Tratava-se de fazer as mudanças com os serviços funcionando!

No final de março, após a homologação do concurso e das primeiras contratações, fizemos a pri-

meira reunião do colegiado de 2002. À medida que as equipes iam se constituindo, fomos definindo as coordenações e o colegiado foi recomposto.

Em 2002, o colegiado reuniu-se 26 vezes, número bastante elevado de reuniões, justamente em função das mudanças de coordenadores e das equipes. As primeiras reuniões serviram para reafirmar e repacutar as propostas em relação ao modelo assistencial e de gestão, e às diretrizes do PSF de Amparo.

Em abril, a discussão foi centrada no tema do processo de trabalho das equipes, priorizando o debate sobre os atributos do modelo Defesa da Vida: o acolhimento, vínculo, responsabilização, trabalho interdisciplinar e co-gestão, usando como referencial teórico a produção de Emerson Merhy, Gastão Wagner e Luiz Cecílio. Foi iniciada uma discussão teórica sobre acolhimento, enfatizando a necessidade de organizar o processo de trabalho das equipes para acolher a demanda. Como a discussão tinha como objetivo interrogar os processos de trabalho das equipes, avaliamos que seria importante que os coordenadores expusessem como cada unidade estava organizando a porta de entrada da unidade e o fluxo dos pacientes nas várias etapas do processo de produção do cuidado. Foram realizadas sete reuniões do colegiado em 2002 para discutir essa temática.

Em 2002, outro avanço importante foi obtido com a definição de um conjunto de indicadores para avaliação da atenção oferecida aos grupos prioritários. Decidiu-se priorizar o grupo de portadores de doenças crônicas não transmissíveis: hipertensos e diabéticos, por ser um grupo extremamente numeroso na demanda das unidades e pela necessidade de acompanhamento continuado pelas equipes. Outro grupo priorizado foi o das gestantes. Apesar da quantidade enorme de dados coletados pelas equipes para alimentar os Sistemas de Informações do SUS, percebemos que não havia informações básicas para avaliar a eficácia das ações de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Como as equipes já haviam participado do Programa de Educação Continuada sobre Hipertensão Arterial e Diabetes, em que todos os membros das equipes haviam passado por capacitação e atualização, e houve consenso em adotar o Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes do Ministério da Saúde, editado em 2001. O sistema de coleta dos dados consistia no

registro de dados em uma planilha, com listagem nominal de hipertensos e diabéticos por unidade de saúde, com colunas referentes aos meses do ano, para registro diário do atendimento do paciente, com a informação se ele havia recebido consulta médica (CM) ou consulta de enfermagem (CE). A partir dos dados dessa planilha extremamente simples, era possível obter a cobertura do programa, bem como a concentração de CM e de CE, e também de consultas que o paciente recebe no ano.

Outra pauta importante foi a utilização dos dados dos Sistemas de Informações para analisar a oferta de ações de saúde e construir indicadores que permitissem organizar o acompanhamento dos grupos prioritários. Desde 2002, as equipes fazem o levantamento dos dados e a Secretaria elabora relatórios anuais que são discutidos com os coordenadores. Os indicadores para controle da hipertensão arterial, diabetes, assistência pré-natal, preventivo do câncer ginecológico e cobertura vacinal são elaborados e discutidos anualmente no colegiado. Com esses indicadores é possível avaliar o atendimento oferecido para o coletivo de famílias de sua área de abrangência e programar ações para melhorar o desempenho da unidade. Além disso, as discussões no colegiado possibilitava cada equipe comparar seu desempenho com a rede básica como um todo. Em 2004, a cobertura das ações de controle e acompanhamento dos hipertensos do município pelas equipes da rede foi de 79%; e de diabéticos a cobertura foi de 88%. A assistência pré-natal cobre 71% das gestantes de Amparo. A cobertura do preventivo do câncer ginecológico tem se mantido em torno de 35% das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.

Em 2003, o colegiado reuniu-se 18 vezes para discutir temas relevantes para o processo de produção do cuidado na atenção básica. Além disso, o tema da Saúde Mental esteve na pauta do colegiado em 2003, a partir do CAPS e do ambulatório de Saúde Mental. Havia dois psiquiatras com jornada de trabalho de 40 horas semanais em ambos os serviços que atendiam uma grande demanda de pacientes das famílias cadastradas nas unidades. A proposta de mudança era das equipes de PSF atender os pacientes do seu território, com apoio dos psicólogos que atuavam nas unidades e apoio matricial dos psiquiatras. Mas

essa não era uma mudança fácil de ser realizada! Tanto os psiquiatras resistiam em rever seus processos de trabalho e recusavam-se a atender nas unidades, como as equipes de PSF resistiam à proposta de assumir a responsabilidade pelo acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais. Apesar da discussão, a proposta não se concretizou e a maior parte do atendimento continuou ocorrendo no Ambulatório de Saúde Mental e no CAPS. Desde 2001, a equipe central propôs descentralizar as ações de saúde mental para atenção básica, mas isto só começou a ocorrer em 2004.

Em 2003, priorizamos a discussão sobre o Sistema Local de Saúde, com reuniões para apresentar e discutir informações epidemiológicas do município, os indicadores do programa de controle da hipertensão arterial e diabetes, informações sobre a produção de consultas médicas, saúde bucal, laboratório, relatório de gestão de 2001 e 2002.

Nesse sentido, se as equipes da Atenção Básica deveriam discutir e operacionalizar as mudanças no cotidiano das unidades e ordenarem o sistema, o colegiado de coordenadores deveria discutir, propor e acompanhar as mudanças que estavam ocorrendo no sistema como um todo. Além disso, a elaboração e a discussão dos indicadores de saúde, tanto os epidemiológicos, como de produção, permitiam colocar na pauta do colegiado a avaliação da eficácia das ações das equipes.

Outro tema importante discutido em 2003 foi a questão da gestão do trabalho e a questão do Plano de Classificação de Cargos e Salários/ PCCS. Em 2003, a Prefeitura contratou a FUNDAP para fazer a Reforma Administrativa e o PCCS, e essa discussão teve grande impacto em todas as secretarias, pois alterou a vida funcional de todos os 1.200 funcionários da Prefeitura, dos quais cerca de 350 eram da Secretaria da Saúde. No final de 2003, foi feito um processo de planejamento das prioridades para 2004, com ampla participação não somente dos coordenadores, mas das equipes de vários serviços municipais. O processo teve início com a discussão nas equipes e finalizou com uma oficina de planejamento, e o produto foi um plano com prioridades para 2004 que, na sua maioria, foram implantadas durante o ano.

O processo de planejamento da Secretaria era mais amplo do que esses momentos normativos, mas os momentos coletivos cumpriam um papel importante de pactuar compromissos e metas num coletivo ampliado. Assim, o planejamento sempre foi entendido como ferramenta de gestão.

Em 2004, teve continuidade a discussão dos indicadores de 2003 referentes à hipertensão arterial e diabetes. Foi apresentado e discutido o Pacto de Indicadores da Atenção Básica e decidido implantar o Protocolo de Atenção à Saúde da Criança, com objetivo de melhorar o acompanhamento das crianças menores de cinco anos. Assim, as discussões sobre os processos de trabalho das USF voltaram para a agenda do colegiado, com ênfase no acolhimento, na questão da Saúde Mental na atenção básica, na integração da Saúde Bucal e as relações de poder no interior das equipes, particularmente as relações entre médico e enfermeiro. As duas unidades com o maior número de famílias adscritas, e uma unidade distrital, vêm desenvolvendo várias atividades de saúde voltadas para o cuidado integral e, em duas reuniões, seus coordenadores apresentaram e discutiram essas atividades no colegiado, pois entendíamos que o trabalho das equipes constituía-se em importante espaço de criação de arranjos inovadores, que deveriam ser publicizados e discutidos com os pares.

Importante relatar que a composição do colegiado muda, na medida em que coordenadores pedem demissão e entram novos coordenadores. Além disso, houve polêmica no colegiado quando definiu-se ouvir e registrar as queixas dos usuários. Desde 2001, foi implantada uma espécie de ouvidoria na Saúde, que consistia em registrar todas as queixas de usuários, encaminhá-las para ciência dos coordenadores das unidades, solicitar informações sobre os fatos relatados pelos pacientes e sugerir medidas para resolver o problema. As queixas eram registradas pela coordenadora da Unidade de Avaliação e Controle e pelo assessor administrativo da Secretaria, que as encaminhavam para a secretária de saúde; o papel dos ouvidores era escutar e registrar a queixa da forma mais fiel possível ao relato do usuário. À medida que a população soube desse espaço para expressar suas queixas, houve uma procura grande por parte

dos usuários descontentes. Contudo, desde o início, vários coordenadores manifestaram discordância com a forma como o nível central tratava a questão das queixas, referente à decisão dos ouvidores de não explicar para o usuário ou não defender a equipe que estava sendo criticada.

Em março de 2004, essa questão foi colocada na roda de discussão do colegiado. Nós do nível central expusemos nosso entendimento: essas queixas eram entendidas como “ruídos” da instituição e indicavam descontentamento da população com o atendimento.

Os Relatórios de Gestão que a equipe central apresentava ao Conselho Municipal de Saúde eram também apresentados e discutidos no colegiado. As informações epidemiológicas indicavam que as ações de prevenção e controle das condições de saúde das crianças menores de um ano não estavam sendo eficazes; a atenção estava mais voltada para o atendimento da demanda que procurava as unidades, e não em ações de vigilância em saúde dessas crianças. Embora o Programa de Educação Permanente tivesse abordado vários aspectos da saúde da criança, não havia sido formalizado um conjunto de ações de controle da saúde dos menores de um ano.

A partir dessa avaliação, foi tomada a decisão de formar um grupo para discutir e propor Indicadores de Saúde da Criança e após dois meses de trabalho do grupo, foi apresentado, discutido e aprovado o Protocolo e os Indicadores de Atenção a Saúde da Criança.

Outro tema debatido no colegiado foi sobre os Conselhos Locais de Saúde, que têm sido implantados com muitas dificuldades, especialmente a falta de cultura de participação política da população do município.

A reeleição da Administração Municipal em 2004, e a decisão do Prefeito, em manter a equipe central da Saúde, possibilitou a continuidade das mudanças. Em novembro, foi feito um amplo processo de Planejamento Estratégico com a participação de cerca de 160 funcionários, que participaram de 15 oficinas realizadas nos meses de novembro e dezembro. Todo esse processo teve como produto um conjunto de propostas a serem desenvolvidas pela Secretaria Municipal da Saúde em 2005, tendo como

objetivo melhorar a atenção à saúde da população de Amparo. A expectativa da direção da Secretaria em relação a esse processo foi contribuir para uma maior integração e participação dos diversos serviços e equipes da saúde e coletivamente produzir um conjunto de compromissos para 2005.

Em 2005, dois temas ocuparam a agenda da Secretaria e do colegiado: a elaboração do Plano Municipal de Saúde/ PMS para o período de 2005 a 2008, e a proposta de educação permanente das equipes. O Plano foi elaborado a partir do Planejamento Estratégico da Secretaria realizado em 2004, da 5ª Conferência Municipal de Saúde e do Plano de Governo do Prefeito eleito.

O Ministério da Saúde, através de seu Departamento de Gestão da Educação em Saúde/ DEGES, criou os Pólos de Educação Permanente e Amparo fazia parte do Pólo da Região Leste Paulista. Em 2005, em consonância com esta política, o tema da Educação Permanente foi bastante discutido, quando o Ministério da Saúde decidiu investir em um conjunto de municípios que vinham desenvolvendo experiências de educação permanente e Amparo foi escolhido como município colaborador. Várias atividades foram desenvolvidas, inclusive a formação inicial de três tutores e 63 facilitadores de Educação Permanente. No entanto, com a mudança do ministro da Saúde, houve mudanças no DEGES e esse processo de formação de facilitadores foi interrompido. Mas o município continuou investindo em Educação Permanente.

As informações do Relatório de Gestão, elaborado anualmente para apresentação e aprovação no Conselho de Saúde, eram também discutidas no colegiado e indicavam aumento expressivo de atividades de saúde em grupos, realizadas pelas equipes de PSF. No entanto, a maioria dos coordenadores colocava dificuldades para esse tipo de trabalho e o despreparo das equipes para executar ações de educação em saúde voltadas para construção da autonomia dos usuários.

Para enfrentar o problema, o Pólo de Educação Permanente Leste Paulista aprovou um projeto de capacitação das equipes da rede básica de Amparo e microrregião, voltado para atividades em grupos de educação em saúde. Esse projeto foi discutido e avaliado nas reuniões do colegiado.

A Fala dos Coordenadores das Equipes de Saúde da Família

A sessão do grupo focal com os coordenadores das equipes de Saúde da Família ocorreu conforme previsto na Metodologia. Oito coordenadores das unidades de Saúde da Família participaram da sessão do grupo focal. O município conta atualmente com dez coordenadores, sendo quatro médicos e seis enfermeiros. Foram convidados para o grupo focal os profissionais que ocupavam o cargo em 2005.

Os coordenadores são concursados, e são escolhidos para desempenhar a função de coordenação das UBSs pela Secretaria Municipal de Saúde e recebem uma função gratificada de 15% do salário para exercer essa função.

Minha função é levar a equipe a fazer um trabalho responsável, e em equipe mesmo, cada um ocupando seu lugar, formando um corpo só, para população, em benefício da população, sempre pensando que o que a gente faz é pela população, abrir os caminhos, facilitar para que os profissionais possam dar o melhor de si no trabalho. É uma função de juntar, de facilitar, de dar diretrizes. (C1)

Daí pra você resgatar que aquilo lá é uma equipe, e uma equipe só cresce se for junto, que todo mundo tem de trabalhar em conjunto, que todo mundo tem de ter opinião, que não existe um médico, o enfermeiro, não, o que existe é a equipe, então assim trazer a equipe pra junto da população... e pra gente mesmo no trabalho dia-a-dia, então é super difícil pra você resgatar e trazer, mas é super gratificante porque você vai vendo o trabalho dando certo, a evolução, e esta é a melhor parte que tem. (C4)

E as reuniões de equipe são citadas como dispositivos fundamentais para que este processo de construção das equipes se concretize.

A construção das rodas, todos temos um dia que a gente senta todos, uma roda democrática, que todos falam, constroem, onde colocam o que não gostam, mas gostariam de fazer isto assim, que querem assim, os temperamentos, dentro das possibilidades das pessoas, esta construção de equipes é muito forte aqui. (C9)

As reuniões estão ganhando uma força que são todos iguais, não tem hierarquias claramente.

Nas reuniões de equipe te questionam. O médico estranha porque as técnicas te questionam. Tem de escutar porque elas têm uma experiência, e elas estão falando... Nas reuniões da equipe é diferente. No dia-a-dia os monstros emergem; eu sou médico, você vai fazer e eu mando..... Você tem de estar permanente ouvindo este ruído e chamando: como é? Este coletivo está construindo sujeitos, mas fora do coletivo não.... Mas fora é diferente. É uma construção de sujeitos nestes coletivos, mas no dia-a-dia é diferente. (C9)

Uma das diretrizes definidas no Colegiado desde 2001 foi que as equipes deveriam se reunir para discutir seus processos de trabalho, analisar seus problemas enquanto equipes e buscar os melhores arranjos possíveis para atender as necessidades de saúde da população. A necessidade das equipes construírem a própria grupalidade e constituírem-se enquanto sujeitos deste processo de mudança foi tema não somente de várias discussões do colegiado, mas também do Programa de Educação Permanente/ PEP.

Pode-se apontar que esse PEP foi obrigado a lidar com a necessidade de integração interdisciplinar do trabalho das equipes, apoiando na construção da grupalidade do coletivo, e enfrentando a centralidade do trabalho médico, especialmente no PSF. Na atenção básica, as equipes se deparam com problemas complexos, pouco estruturados do ponto de vista nosológico, grande parte desses problemas relacionam-se com o modo de caminhar a vida das pessoas, sendo que a abordagem baseada exclusivamente nos aspectos biológicos não consegue dar conta do processo de adoecimento (Capozzolo, 2003).

Além disso, o saber médico voltado para a doença, e não para o doente, não é suficiente para abordar o indivíduo no seu contexto. Outros saberes precisam ser incorporados e o trabalho em equipe coloca-se como exigência (Capozzolo, 2003).

O colegiado de coordenadores do PSF tem sido um espaço de indução e apoio à construção dessa mudança, que tem um papel importante na discussão e implantação do modelo assistencial usuário centrado. Mas as mudanças devem ocorrer no cotidiano dos processos de trabalho, na micropolítica do trabalho vivo. Atualmente todas as equipes reúnem-

se regularmente e temas como o acolhimento, tempo para demanda espontânea e demanda programática, trabalho dos agentes comunitários de saúde, indicadores de saúde da unidade, territorialização, trabalho intersetorial e tantos outros fazem parte da pauta das equipes.

A capacidade de governar suas equipes e fazer a gestão do cuidado é bastante diversificada entre as unidades. Alguns coordenadores conseguem estabelecer contratualizações com as equipes no sentido de trabalhar de fato em equipe e para atender necessidades de saúde da população. Outros continuam ainda presos a processos de trabalho centrado em procedimento.

Esse processo é permanente e exige um esforço coletivo para que seja incorporado efetivamente pelo conjunto dos trabalhadores e coordenadores de equipes, garantindo que as reuniões sejam espaços reais de enfrentamento de problemas na atenção à saúde dos usuários, mas também espaço de criação das equipes e construção de subjetividades. É um processo que vem sendo construído desde 2001 e tem direcionalidade e incentivos para que os coordenadores atuem com ferramentas que potencializem o trabalho em equipe.

Em 2001, avaliava-se que faltavam ferramentas para a construção de um processo de trabalho interdisciplinar na rede, mais solidário e criativo, sendo a construção do trabalho em equipe a principal dificuldade colocada pelos coordenadores. Nesse sentido, o desafio de organizar coletivos de trabalhadores comprometidos com a saúde e a vida dos usuários vem sendo enfrentado cotidianamente, e a superação de processos de trabalho centrado nos interesses individuais dos trabalhadores para um modelo usuário centrado continua exigindo muito esforço. Contudo, essa direcionalidade da gestão gera tensão e conflitos. Assumir o papel de gestor do cuidado, centrado nas necessidades de saúde dos usuários, é uma tarefa extremamente complexa, com um componente de conflito bastante expressivo.

Nos últimos cinco anos, esse debate esteve muito presente nas reuniões do colegiado de coordenadores e foi um processo de aprendizagem tanto para o nível central como para os próprios coordenadores das unidades. A análise do processo de construção deste colegiado, tanto pelas falas dos coordena-

res como pela avaliação que tenho destes seis anos indica que há uma contribuição efetiva dos coordenadores na discussão do modelo de Atenção Básica no município, e o PSF de Amparo hoje é um projeto construído por vários atores políticos.

As mudanças na coordenação das unidades e no próprio colegiado dificultam a construção deste coletivo, o que impacta na dificuldade de se formular uma política de atenção básica para o município. Vários coordenadores têm capacidade de formulação, tensionam com a equipe central e participam efetivamente da construção do projeto, mas não é a maioria. Há que se reconhecer que a gerência de uma unidade básica de saúde é um lugar de muito conflito, onde se expressam os interesses dos trabalhadores da unidade, dos usuários e da gestão municipal. As coordenadoras em muitas situações defendem as propostas pactuadas no colegiado e, em muitas outras, comprometem-se com o autogoverno de suas equipes.

Considerações Finais

A micropolítica do trabalho no cotidiano das equipes de Saúde da Família, e de outros serviços de saúde, está voltada não só para a produção do cuidado, mas também para a produção de subjetividades; e as relações entre os membros da equipe, e entre estes e a população, constitui-se em objeto de discussão permanente e reflexão da equipe central, dos coordenadores e das equipes das USF de Amparo.

Esses coletivos desejam e trabalham para constituir-se enquanto coletivos e há muito investimento para construírem a própria grupalidade, seja dos colegiados, seja das equipes de Saúde da Família. E nessa construção conseguiram, em grande medida, deslocar o poder médico e construir relações mais solidárias e compartilhadas.

O conflito está presente em todos esses espaços coletivos de gestão. Saber lidar com eles é fundamental para coordenar e conviver nesses coletivos. Mas há que se reconhecer que faltam ferramentas de gestão para lidar com os conflitos, seja nas equipes, seja nos colegiados.

A gestão das organizações de saúde é uma atividade complexa, e que exige muito investimento da equipe de gestão e dos trabalhadores para lograr

resultados satisfatórios para os usuários e para os próprios trabalhadores.

A complexidade da gestão das organizações de saúde, num contexto econômico, político, social e cultural altamente desfavorável à vida, aos coletivos, e à solidariedade, como esse que vivemos hoje, faz com que o resultado, no médio e no longo prazo, de todo esse investimento seja um campo em aberto. Ou seja, há sempre incerteza em relação ao resultado deste trabalho, pois no cotidiano dos serviços, o projeto de saúde está sempre em construção. Mas ainda assim, creio que há que continuar tensionando no sentido da construção de novos modos de produção da vida no plano coletivo, investindo em projetos construídos com base na igualdade e na convivência democrática (Merhy, 2002). Sem isso a vida não tem sentido e a alma fica pequena...

Referências

CAMPOS, G. W de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. de O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - FCM-UNICAMP, Campinas, SP, 2003.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

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

ONOCKO, R. *O planejamento no labirinto - uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

PIMENTA, A. L. *Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.

SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local, sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

Recebido em: 29/05/2011

Aprovado em: 17/09/2011