



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.
Hospital Criança Conceição
Hospital Cristo Redentor S.A.
Hospital Fêmina S.A.



PLANEJAMENTO E GERÊNCIA DE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/BÁSICA DO SUS: Referências conceituais, metodológicas e operacionais

Organizadora:

Bárbara Raupp¹

- Porto Alegre, abril de 2008 -

¹ Odontóloga do SSC, Especialista em Odontologia Social e em Saúde Pública, Mestre em Educação

PLANEJAMENTO E GERÊNCIA DE E UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/BÁSICA DO SUS: Referências conceituais, metodológicas e operacionais

Meus agradecimentos aos colegas e companheiros de trabalho que colaboraram na construção do conhecimento apresentado nesta coletânea de textos, especialmente a:

Carlos Pinto Molina²

Edelves Vieira Rodrigues³,

Margarita Silva Diercks⁴

Renata Pekelmann⁵

Sílvia Takeda⁶

² Médico de Família e Comunidade do SSC/GHC

³ Assistente Social do SSC/GHC, Especialista em Planejamento, em Gestão em Saúde Mental, Mestre em Serviço Social

⁴ Médica de Família e Comunidade do SSC/GHC, Mestre e Doutora em Educação

⁵ Médica de Família e Comunidade do SSC, Especialista em Medicina do Trabalho, Mestre em Educação

⁶ Médica de Família e Comunidade, Mestre em Epidemiologia

APRESENTAÇÃO

Este documento atualiza e integra coletâneas de textos elaboradas por profissionais do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) que têm sido utilizados como referência para práticas e reflexões sobre planejamento e gerência neste serviço nos últimos dez anos, alguns no campo da atenção primária, outros em educação e participação popular e outros ainda em planejamento, avaliação e gestão .

A organização e construção de textos na temática específica desta coletânea foi fortemente influenciada por processos que aconteceram a partir de 2000, quando desenvolvemos um processo de planejamento no SSC que sistematizou - direcionado para nosso contexto uma metodologia com enfoque *estratégico-situacional*, apoiado em Carlos Matus que agregava uma dimensão *comunicativo* , tomando como base a reflexão Rivera (1995). Em 2002, desenvolvemos um processo de educação permanente no Colegiado de Gestão⁷ do SSC articulado com avaliações e planejamento do serviço, aprofundando a apropriação mais efetiva da metodologia de planejamento e gestão. Foi no contexto deste processo que produzimos a primeira coletânea de textos, denominada (Molina & Raupp, 2002).

Entre 2004 e 2006 desenvolvemos uma pesquisa sobre a *Cultura Organizacional no SSC* (Raupp, 2006) que nos trouxe maiores subsídios para sistematizar uma *metodologia gerencial* com potencial de trabalhar com a renovação cultural e organizacional. Esta metodologia, descrita no capítulo 6.3 deste documento "*Método de Coordenação de Processo de Trabalho: uma proposta para serviços e unidades de atenção primária/básica do SUS* (Raupp, 2006) e apóia-se no conhecimento produzido nesta pesquisa.

Desde 2005 vimos desenvolvendo um processo gerencial através de um Colegiado de Gestão ampliado - que busca democratizar, descentralizar e promover a participação na gestão o SSC e das US. No contexto deste projeto gerencial foram construídas e atualizadas compartilhadamente a Missão, a Visão de Futuro e Estratégias para o SSC.

Nossa intenção, ao elaborar esta nova versão da coletânea de textos, agora integrados, foi a de revalorizar e "fazer comunicar" várias experiências acumuladas no SSC, especialmente o trabalho do Colegiado de Gestão, o "Currículo Integrado" (formação dos residentes), planejamento

⁷ Tradicionalmente o SSC possui um espaço coletivo de gestão, com representantes das US, coordenador e gerente

com participação das comunidades, gestão colegiada nas US, Estágio de Gerenciamento e, claro, atualizar as referências acrescentando novos conteúdos que consideramos importantes para a gerência de serviços de atenção primária/básica do SUS.

Trabalhamos com a idéia geral de que a gerência em US de atenção primária/básica do SUS deve ocupar-se de três grandes funções: a) avaliação/planejamento; b) administração de recursos e c) coordenação de processo de trabalho.

Organizamos o texto seguindo esta orientação geral, sempre iniciando com a explicitação dos fundamentos teóricos de cada aspecto abordado e, posteriormente, apresentando uma proposta para a sua operacionalização no contexto em foco. Cabe, por fim, destacar que, através desta coletânea pretendemos continuar a contribuir no desenvolvimento gerencial do SSC, através da qualificação da Atenção à Saúde da população, da Formação em Serviço e da produção de conhecimento/desenvolvimento de tecnologias em APS para o SUS, o que constitui a Missão e a Visão de Futuro do SSC.

Bárbara Raupp

Porto Alegre, abril de 2008

SUMÁRIO

1. Método Gerencial para serviços/unidades de atenção primária do SUS	p 5
2. Fundamentando a proposta metodológica: uma discussão conceitual.....	p. 13
3. Cultura e Mudança Organizacional em serviços de APS/SUS,.....	p. 29
4. Participação popular na gestão e trabalho comunitário em unidades de atenção primária/básica	p. 39
5. Enfoques gerenciais da atualidade e opção teórico-metodológica para serviços e unidades de atenção primária/básica do SUS	p. 57
6. Método Gerencial para serviços e unidades de atenção primária/básica do SUS	P. 71
Introdução	p. 71
1. Método de planejamento e avaliação	p. 73
2. Administração de Recursos: conceitos e ferramentas	p.128
3. Método de Coordenação do Processo de Trabalho	p.137
Referências.....	p. 160
Anexo:	
História do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, Porto Alegre/RS.....	p. 163

Capítulo 1

UM MÉTODO GERENCIAL PARA UNIDADES DE APS/SUS: SÍNTESE OPERACIONAL

Bárbara Raupp

Introdução

Este capítulo apresenta uma síntese geral e operacional da metodologia que descreveremos e aprofundaremos nos demais capítulos deste documento e tem como intenção oferecer um panorama geral da proposta em foco. Com finalidades didáticas, apresentaremos esta síntese em nove "momentos" que, no cotidiano das unidades de APS, devem acontecer simultaneamente, apenas com a predominância de um sobre os demais.

Primeiro Momento

CONHECER OS FUNDAMENTOS CONCEITUAIS DA METODOLOGIA

Para operar a metodologia é fundamental, em primeiro lugar, ter caro de ela se fundamenta em uma opção teórico-metodológica e que nos utilizamos de "ferramentas" para colocar em prática os caminhos escolhidos. A US tem uma *Missão*? Todos conhecem esta *Missão*? Se não, é importante construí-la. No segundo capítulo descreveremos o que é uma *Missão* e como uma equipe pode construí-la.

Recomendamos que a utilização desta metodologia, seja feita com *flexibilidade e criatividade*, de modo a adaptá-la à realidade e à cultura de sua Unidade de Saúde (US), isto é, à história da US, a relação da equipe com a comunidade, a situação atual da US e do contexto em que se insere, com suas possibilidades e limites.

Segundo Momento

SE A UNIDADE POSSUI UM PLANO DE AÇÃO ATUALIZADO

Se a US possui um plano de ação relativamente atualizado, a melhor estratégia pode ser *analisar as propostas* deste plano de ação, à luz da realidade atual através dos indicadores disponíveis e do conhecimento empírico à luz dos valores, princípios e atributos da APS e princípios do SUS. Isso pode ser feito em reuniões de equipe ou da equipe com a comunidade, empregando

dinâmicas facilitadoras da participação e da comunicação. A partir de uma síntese da situação atual a equipe, se possível com a comunidade, fazem um exercício de interpretação e julgamento coletivos. O melhor é trabalhar em pequenos grupos multiprofissionais com questões orientadoras, como por exemplo:

Considerando a situação atual (Síntese apresentada):

- 1. As propostas de ação ainda são válidas ou necessitam ser atualizadas?*
- 2. Em que medida os objetivos e metas propostos foram alcançados?*
- 3. Quais as dificuldades que a equipe encontrou na sua implementação?*
- 4. O que é necessário fazer para superar as dificuldades encontradas?*
- 5. Devemos revisar objetivos ou estabelecer novas metas?*
- 6. Quando iremos avaliar novamente e com que critérios e indicadores?*
- 7. Quem ficará responsável por acompanhar a implementação dessas propostas?*

Não é necessário que se faça a discussão de todo o plano de ação num mesmo momento. A (re)visão do mesmo pode ser organizada em um período de tempo mais longo, desde que se tenha uma ***agenda racionalmente construída***, que explicaremos no sexto momento.

Terceiro Momento

SE NÃO EXISTE PLANO DE AÇÃO OU ELE ESTÁ MUITO DESATUALIZADO:

Neste caso, a equipe precisará se preparar para um processo de planejamento mais global, que toma como ponto de partida o conhecimento sobre o território-área de abrangência da US. Este processo deverá orientar-se na metodologia de planejamento estratégico-situacional-comunicativo que será apresentada no capítulo 5.2. O processo de planejamento deverá produzir um **Plano Ação** ou **Modelo Lógico** para os problemas priorizados. Este Plano de Ação ou Modelo Lógico é fundamental para que o Gerente, Colegiado de Gestão, Equipe e Conselho Local de Saúde possam acompanhar a implementação das propostas de ação, prevendo avaliações periódicas (na Agenda) a fim de não perder o rumo. Flexibilizar - em função de outras demandas - sem perder o rumo deve ser a atitude gerencial.

Quarto Momento

SÍNTESE DO MÉTODO DE PLANEJAMENTO

Aqui falaremos também de momentos, pois nossa opção metodológica para o planejamento é o Estratégico-Situacional, desenvolvido por Matus (1987) que preconiza quatro momentos do processo de planejamento

O primeiro momento tem por finalidade (Momento Explicativo)

COMPREENDER A SITUAÇÃO ATUAL, ELEGER PRIORIDADES E ESTUDAR PROBLEMAS

Um processo de planejamento que busca a *equidade* na atenção à saúde no território sob responsabilidade da US exige identificar grupos populacionais de maior risco e vulnerabilidade à saúde. Isso pressupõe:

- a) Conhecer o território e a situação de saúde da população, em sua heterogeneidade e complexidade;
 - b) Conhecer o processo de trabalho e o processo gerencial da US;
 - c) Elencar problemas aí encontrados e classificá-los em três categorias: situação de vida, situação de saúde e serviço de saúde;
 - d) Elegir prioridades: um problema de cada categoria, no mínimo (deponde do período do processo de planejamento);
- b)** Estudar os problemas priorizados em sua complexidade e no contexto em que se inserem.

O segundo momento tem por finalidade (Momento Normativo):

Definir uma IMAGEM-OBJETIVO para os problemas priorizados

Isto significa definir claramente os objetivos, metas, isto é, "*onde queremos chegar*". Neste momento é fundamental resgatar o projeto da US (se ele existe) ou construí-lo compartilhadamente com a equipe e a comunidade, tendo como orientação a *APS* e o *SUS*.

O terceiro momento tem por finalidade (Momento Tático-operacional):

Construir compartilhadamente um PLANO DE AÇÃO para intervir nos problemas

Para isto, devemos identificar os ***nós críticos*** no estudo dos problemas e definir ***ações e estratégias*** para intervir nos mesmos. Nó crítico é um "centro de ação", um ou mais aspectos relacionados às causas dos problemas que, se modificados favoravelmente, terão implicações importantes na resolução do problema em foco. No plano de ação trabalhamos com os nós críticos, devendo ficar claramente definido, para cada proposta de ação

- *o que será realizado*
- *quem serão os responsáveis*
- *um cronograma de trabalho*
- *quais os recursos necessários*
- *quais os resultados esperados*
- *quando será avaliada e com que indicadores ou critérios*
- *que estratégias deverão ser empregadas para superar as dificuldades*

O quarto momento tem por finalidade (Momento estratégico):

Analisar a VIABILIDADE DO PLANO DE AÇÃO

Isto significa responder, por exemplo, a perguntas como:

- *Quais os obstáculos (políticos, técnicos, econômicos, administrativos, culturais e subjetivos) à realização das propostas do plano de ação?*
- *É possível superá-los? Como podemos buscar a superação desses obstáculos?*
- *Existe possibilidade de negociação entre com os sujeitos/atores envolvidos (com seus interesses)?*
- *Esta negociação poderá ser ao estilo "ganha-ganha" ou será uma disputa de poder?*
- *Em cada caso, que estratégias favoreceriam a busca dos objetivos e metas?*

Quinto Momento

ORGANIZANDO AGENDAS.

Tanto no caso da equipe que necessita apenas atualizar o plano de ação com base nos indicadores quanto no caso de realizar um processo de planejamento a partir do território, será

fundamental ter uma organização do processo como um todo e das atividades que deverão ser realizadas.

*É fundamental construir uma AGENDA que organize o processo de trabalho
Ela permite organizar, OPERACIONALIZAR e "enxergar" o processo de planejamento
e gerência da US a mais longo prazo*

A agenda deve ser construída junto com a equipe e em algumas situações envolver o Conselho Local de Saúde. A partir de uma proposta inicial - elaborada pelo gerente/colegiado de gestão, a equipe finaliza a agenda para um ou dois anos, apontando nos meses os problemas priorizados e temas, conforme o processo de planejamento. A partir dessa grande agenda organiza-se a cada mês, tendo como orientação o tema do mês, a agenda das reuniões de equipe e do Conselho Local.

"Dicas" sobre como construir racionalmente uma Agenda...

- A agenda das reuniões de equipe deve prever, no mínimo, reuniões de *avaliação, planejamento, educação permanente e assuntos administrativos*.
- Alguns *assuntos administrativos* podem ser resolvidos fora da reunião de equipe, ou trazidos já com *propostas* previamente discutidas pelas pessoas mais diretamente envolvidas.
- Esta racionalização dos assuntos administrativos visa garantir o espaço de *tempo* nas reuniões de equipe para as demandas prioritárias (*avaliação, planejamento e educação permanente*), pois são estas que direcionam o processo de trabalho da equipe para alcançar objetivos e metas.
- O gerente/colegiado de gestão US deve *administrar a agenda*, mas é bom que conte com outros membros da equipe no planejamento, preparo e avaliação das reuniões com a equipe e, quando for o caso, com a comunidade. É também esta agenda que permite organizar os momentos de acompanhamento e avaliação das propostas do plano de ação. Por isso, todos devem conhecê-la e participar de sua elaboração.
- Esta agenda deve ser *flexível* o suficiente para acompanhar a dinâmica do cotidiano dos serviços, dando conta de acontecimentos não previstos, mas deve contribuir para não se perder o *rumo planejado*. Assim, ela precisa ir sendo (re)construída na medida das necessidades do momento, sem perder, entretanto, o foco principal.

Sexto Momento

PLANEJAMENTO, AVALIAÇÃO, EDUCAÇÃO PERMANENTE, INTEGRADOS NO COTIDIANO DE TRABALHO DA UNIDADE DE APS/SUS

Para que o *planejamento e a avaliação* representem um *instrumentos* efetivos na gerência da US, eles devem incorporar-se *cotidiano* e na *cultura* da US. O planejamento, como sabemos, envolve num primeiro momento o conhecimento da realidade (que deve ser construído compartilhadamente através de uma boa comunicação) na equipe multiprofissional e desta com a comunidade. Quando planejamos também estamos avaliando. Esta construção coletiva de conhecimento sobre a realidade (território, população e processo de trabalho) pode ser trabalhada como oportunidade de *educação permanente* onde a reflexão se dá a partir da realidade da população e da prática de saúde da equipe.

Planejamento é um tipo de CONHECIMENTO sistematizado, organizado que precede e preside a AÇÃO e visa mudar a realidade...

Sétimo Momento

COORDENANDO O PROCESSO DE PLANEJAMENTO

O processo de planejamento deve envolver toda a equipe e, se possível, a comunidade e, por isso, necessita ser *coordenado*, o que é uma função *gerencial*. É importante que a coordenação do processo este envolva outros integrantes da equipe para fazer a proposta de agenda, a preparação das reuniões e a sua avaliação. Para isso, o gerente/colegiado de gestão deve formar um *Grupo de Trabalho (GT) para o planejamento* que fará uma proposta para o processo de planejamento, coordenará e fará os registros e sínteses deste processo.

Ao dar início a um processo de planejamento, é preciso pensar em formas de *sensibilizar a equipe* para a necessidade de planejar, já que muitas pessoas acreditam que planejar é perda de tempo, que o mais importante é fazer, é ir para a prática... Outras pessoas entendem que a sua participação não é importante ou que sua opinião não será valorizada. O objetivo neste momento é conseguir que todos os envolvidos no processo de planejamento reconheçam a importância e a necessidade do planejamento e de sua participação no mesmo.

Oitavo Momento

INTEGRANDO AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

A implementação das propostas do plano de ação e a avaliação das mesmas muitas vezes depende de conhecimentos que a equipe ou a comunidade ainda não possuem ou possuem apenas parcialmente. Por isso, as reuniões de equipe deverão também contemplar temas de *educação permanente* escolhidos de modo a oferecer os aportes de conhecimento pertinentes ao problema, proposta de ação ou tema em foco. Alguns temas devem ser trabalhados com toda a equipe, outros, por categorias profissionais. É importante envolver os integrantes da equipe na preparação e na coordenação das reuniões de educação permanente, valorizando o conhecimento e as habilidades de cada um e assim, a promoção da interdisciplinaridade e a construção compartilhada de novos conhecimentos. Entretanto, eventualmente, podem ser convidados pessoas de fora do serviço que dominem o tema em questão.

Organizar um *mural do planejamento/avaliação/educação permanente* onde vão sendo colocadas as sistematizações e sínteses do trabalho da equipe e com a comunidade contribui para que as pessoas visualizem o processo, os avanços, os produtos de seu trabalho e, principalmente, a situar cada momento no processo global desenvolvido na US.

Nono Momento

APRENDIZAGEM NA SITUAÇÃO DE TRABALHO

Acreditamos que a *possibilidade de renovar permanentemente o processo de trabalho* necessita apoiar-se em metodologias e ferramentas que promovam a reflexão permanente sobre o cotidiano de trabalho em APS no SUS. Esses processos implicam renovação cultural e, portanto, devem ser construídos *compartilhadamente* através de uma comunicação qualificada entre os sujeitos envolvidos, isto é, na Unidade de APS/SUS, o gerente, a equipe e a população. O coordenador, o gerente, as lideranças devem mais do que falar, "discursar", dar exemplos de acreditar nas possibilidades de mudanças positivas, aproveitar a criatividade, capacidades e melhores qualidades de cada integrante da equipe e da comunidade. Assim, o processo de trabalho terá certamente maior impacto na situação de saúde da população, melhorará a relação equipe-comunidade e trará mais sentido e satisfação no trabalho para os profissionais e gerentes.

Capítulo 2

FUNDAMENTANDO A PROPOSIÇÃO METODOLÓGICA: UMA DISCUSSÃO

CONCEITUAL

Bárbara Raupp

Carlos P. Molina

Introdução

Neste capítulo apresentamos e discutimos alguns conceitos com o objetivo de fundamentar e contextualizar a proposta metodológica que será apresentada ao longo deste documento. Tomamos como ponto de partida um conjunto de idéias que devem orientar a organização de serviços de APS do SUS.

Diferentes concepções do Processo Saúde/Doença

O contexto da construção do SUS

A Atenção Primária à Saúde (APS) em sua versão atualizada

Os diferentes modos de trabalhar em APS

Uma discussão sobre Organizações de saúde e sobre Processo de Trabalho em APS

A Gerência como "condução do processo de trabalho"

para que este realize finalidades, através da interação dos sujeitos/atores

Conceitos de Missão, Visão Compartilhada de Futuro e Estratégia Global

É preciso lembrar que os conceitos que empregamos para compreender a realidade estão baseados em teorias e que estas são como "lentes" através das quais enxergamos a realidade: "boas lentes" nos ajudam a enxergá-la melhor e, com isso, teremos a possibilidade de obter melhores resultados, na situação de saúde da população e no processo de trabalho da equipe, através de nosso esforço como profissionais de saúde.

Os conceitos discutidos a seguir apresentam muitas vezes interpretações diferentes conforme as correntes de pensamento. Conhecer as diferenças entre as correntes de pensamento relacionadas aos conceitos é importante para que possamos refletir sobre as implicações na prática

cotidiana de assumirmos um ou outro conceito, uma ou outra teoria. Assim, poderemos fazer opções mais conscientes e melhor fundamentadas.

CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA

O campo da Saúde se constrói na interface das Ciências Biológicas com as Ciências Sociais. Como consequência, as propostas de organização da atenção à saúde estão fundamentadas nas teorias sociais que interpretam o fenômeno da saúde e da doença dos indivíduos, dos grupos humanos e das sociedades. Assim, podemos dizer que as práticas médico-sanitárias se estruturam a partir de diferentes concepções sobre a natureza do seu objeto:

As concepções de saúde e doença que conhecemos atualmente estão relacionados com as três correntes de pensamento da sociologia têm maior influência no campo da Saúde:

O Positivismo, a Fenomenologia e o Marxismo

Na década de 1950 predominavam as teorias funcionalistas e culturais - correntes do positivismo - que sustentaram as políticas desenvolvimentistas dos Estados Unidos para o Terceiro Mundo. Nas décadas de 1960 e 70, as abordagens fenomenológicas começam a ter maior influência e, a partir dos anos 70, ganham espaço os estudos marxistas que pretenderam superar a insuficiência e a fragmentação das duas teorias anteriores.

Ainda hoje coexistem, no campo da Saúde, Conceitos e práticas baseadas nestas três linhas de pensamento

Passamos agora a breves comentários sobre cada uma dessas correntes de pensamento e suas implicações na conceituação do fenômeno saúde e doença.

As correntes funcionalistas:

- ◆ Definem Saúde como "ausência de doença" e um fenômeno exclusivamente biológico e individual;
- ◆ Omitem a dimensão social na determinação da doença ou a secundariam, interpretando-a como "estilo de vida";
- ◆ Descontextualizam o indivíduo de seu grupo cultural e classe social;

- ◆ Valorizam excessivamente o poder da tecnologia no controle das doenças;
- ◆ Superestimam a capacidade da medicina de erradicar as doenças, reduzindo a prática de saúde à intervenção médico-clínico;
- ◆ Operam uma separação entre a Saúde Pública - que visa a prevenção e o controle de epidemias - e a assistência médica individual - que opera com a cura das doenças;
- ◆ Traduzem-se na hierarquização dos saberes, onde o saber médico é central e os demais complementares;
- ◆ O saber popular, a cultura e a subjetividade relacionadas às questões da saúde e da doença são desconsiderados ou colocados em segundo plano.

As correntes da fenomenologia farão uma crítica às limitações do funcionalismo na interpretação do objeto das práticas médico-sanitárias.

Para a Fenomenologia:

- ◆ A cura se baseia em valores, símbolos e sistemas de significados compartilhados nos grupos de referência cultural;
- ◆ A reforma dos sistemas de saúde devem levar em consideração os valores culturais dos pequenos grupos sociais e dos indivíduos;
- ◆ A saúde é definida como um bem-estar integral, que depende de fatores bio-psico-sociais;
- ◆ Os indivíduos devem assumir a responsabilidade por sua saúde;
- ◆ As práticas de saúde devem ajudar as pessoas a desenvolver atitudes, hábitos que promovam seu bem-estar;
- Propõe a reorientação do sistema de saúde para tratar das causas ambientais, comportamentais e sociais que provocam a doença;
- Promove abordagens clínicas e epidemiológicas integradas.

Saúde não é apenas a ausência de doença.

É um completo estado de bem-estar físico, psíquico e social

O conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde está baseado nas correntes de pensamento fenomenológicas. Esta influência foi também marcante na Conferência Internacional de

Saúde realizada em 1977 em Alma Ata. Neste grande fórum mundial as discussões centraram-se na necessidade de superar as desigualdades sociais no acesso à saúde e na proposição da Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para a superação da crise da medicina científica do mundo ocidental. Entretanto,

As propostas baseadas na APS acabarão, entretanto, sendo utilizadas de modo distorcido pelo Estado capitalista

Ao invés de radicalizarem as reformas necessárias, como proposto inicialmente, tornaram-nas conservadoras. Uma das possíveis explicações para este fato é que as correntes de pensamento que influenciaram as discussões nesta Conferência não conseguem apreender os aspectos mais essenciais na determinação da problemática da saúde no mundo capitalista.

As "lentes da fenomenologia", de certa forma, colocam em segundo plano as causas estruturais na determinação do fenômeno saúde e doença das populações

Os marxistas - que num primeiro momento haviam sido companheiros dos fenomenólogos na crítica ao funcionalismo - buscarão superar as limitações das abordagens fenomenológicas e apreender o processo saúde/doença em sua totalidade.

As concepções marxistas terão influência marcante no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira a partir da década de 1970 que terá como desdobramento a inscrição de um novo conceito de saúde na constituição do país, a proposta do Sistema Único de Saúde e a nova legislação da Saúde. Este novo conceito de saúde está assim expresso:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação⁸.

É inegável o avanço deste conceito com relação às abordagens funcionalistas e fenomenológicas pois, pela primeira vez na história do país, a saúde fica vinculada à qualidade de vida da população e é reconhecida a saúde como um direito social.

⁸ BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, centro Gráfico, 1988. p. 133.

Em nossa forma de ver, entretanto, este conceito é ainda insuficiente, pois não explicita as questões culturais e subjetivas que estão implicadas no fenômeno saúde/doença. O conceito desenvolvido Minayo⁹ possui um potencial mais abrangente e apreende o objeto de nossa prática em toda a sua complexidade. Diz a autora:

Como qualquer tema abrangente do cultural, a saúde só pode ser entendida dentro de uma sociologia de classe. Porém, dentro de uma sociologia de classe que a) possua instrumentos para perceber o caráter de abrangência das visões dominantes b) perceba também a especificidade dos sistemas culturais e de subculturas dominadas em suas relações contraditórias com a dominação. c) defina a origem e a historicidade das classes na estrutura do modo de produção d) conceba sua realização tanto nos espaços formais da economia e da política como nas matrizes essenciais da cultura como a família, a vizinhança, os grupos etários, os grupos de lazer, etc., considerando como espaços inclusivos de conflitos, contradições, subordinações e resistência tanto as unidades de trabalho como o bairro, o sindicato, a casa, a consciência, o sexo, a política, a religião. Introduzindo a cultura na definição do conceito de saúde demarca-se um espaçamento radical: ele amplia e contém as articulações da realidade social. Pensada assim, cultura não é um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário.

Nosso cotidiano como profissionais de saúde que atuam em serviços de APS evidencia a necessidade de um conceito de saúde que apreenda este fenômeno em suas dimensões individuais e coletivas e em suas múltiplas inter-relações, isto é, em sua complexidade e em sua determinação estrutural. A partir destas reflexões propomos uma forma sintética para expressar o que entendemos por processo saúde/doença:

*Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos,
vivos cultural e subjetivamente*

Assumir este conceito de saúde implica, segundo Minayo (1996), considerar que a saúde e a doença importam tanto pelos efeitos que provocam no corpo dos indivíduos e repercussões em sua subjetividade quanto por suas conseqüências sociais e culturais.

REFORMA SANITÁRIA E MODELOS DE ATENÇÃO

⁹ MINAYO. Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 4.ed. São Paulo-RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1996. p. 82-83.

Os modelos de atenção à Saúde e a concepção de organização dos sistemas de saúde constituem-se como uma decorrência filosófica de diferentes conceitos de Homem, de Corpo, de Cidadania e de Saúde que vão se constituindo e mudando, historicamente, nas sociedades e, contemporaneamente, na sociedade global. Estas mudanças e suas motivações estão relacionadas também a concepções ideológicas e poderes políticas, econômicas, técnicas e culturais. Ou, seja, situam-se em contextos de disputa de projetos, em permanente tensão. As mudanças paradigmáticas - e suas conseqüências conceituais, práticas, éticas e operacionais - são conseqüências de mudanças mais profundas, a nível de paradigmas filosóficos. Por exemplo, o conceito de saúde e seus modos de trabalho decorrentes - de "saúde como ausência de doença" representam uma transposição para o setor saúde de uma concepção funcionalista de sociedade.

No Brasil, temos historicamente uma dicotomia entre o modelo médico-assistencial-privatista e o modelo sanitarista, cujas principais características apresentamos (resumidamente) a seguir.

O modelo Médico-Assistencial Privatista:

Caracteriza-se por:

- Privilegiar o trabalho médico e a centrar-se doença em sua expressão individualizada;
- Utilizar como meios de trabalho conhecimentos e tecnologias para o diagnóstico e a terapêutica das patologias biológicas e individuais;
- Privilegiar o hospital como espaço de atuação

Modelo Sanitarista:

Caracteriza-se por:

- Centrar-se na atuação do sanitarista;
- Tomar por objeto os modos de transmissão e fatores de risco às doenças em uma perspectiva epidemiológica (coletiva);
- Utilizar um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária;
- (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunizações, etc).
- Atuar de modo privilegiado nas Unidades de Saúde

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) foi-se constituindo a partir dos anos setenta e que teve suas origens na análise crítica da prática médica e dos movimentos ideológicos da reforma, tais como a Medicina Preventiva (Arouca, 1975), e a Medicina Comunitária (Donnangelo, 1976). Esses movimentos abriram caminho para a reflexão e proposições para o processo de

trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1979), de um lado e das diversas modalidades de organização social das práticas de saúde no Brasil (TEIXEIRA, 2003).

Como decorrência e inserido no contexto do MRSB, vem sendo cada vez mais enfatizada a necessidade de superação dos modelos de atenção hegemônicos em oposição - o modelo sanitarista e o médico-assistencial privatista por um modelo e um sistema de saúde único, com base no paradigma da APS. O novo paradigma e modelo de atenção no SUS remetem, como processo de construção político-administrativo e técnico a algumas possibilidades operacionais e criativas em diferentes centros acadêmicos e de experiência concretas, constituindo diferentes modos de trabalhar em APS, cujas principais são a Vigilância da Saúde, a Saúde em Defesa da Vida e as Ações Programáticas. Nossa percepção é de que cada um desses modos enfatizam determinados aspectos da APS e, por isso, na verdade, seriam modos de trabalho complementares que deveriam ser articulados criativamente em cada situação, visando enfrentar problemas organizativos para promover e cuidar da saúde dos grupos populacionais.

A APS NO CONTEXTO DO SUS

A origem da proposta da APS e as influências que a APS recebe no contexto brasileiro remonta à A Conferência de Alma Ata definiu este paradigma como segue:

(...) cuidados essenciais, baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para os indivíduos e suas famílias na comunidade, com sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, dentro do espírito de auto-confiança e auto-determinação.

O paradigma da APS irá influenciar a organização de sistemas nacionais de saúde em muitos países do mundo e, no Brasil, inspira o MRSB, que colocará na constituição brasileira de 1988 um novo conceito de saúde.

No Brasil, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde em parceria com o Ministério da Saúde (2007) explicitam seu entendimento sobre um modelo de saúde com base em APS, no contexto do SUS, com seus valores, princípios e elementos ou atributos, quais sejam: :

Valores da APS/SUS

(São a âncora moral das políticas e programas de interesse público em uma sociedade)

Universalidade

Equidade

Integralidade

Participação e controle social

Princípios da APS/SUS

(Provêm as bases para a legislação, os critérios para avaliação e para alocação de recursos)

Territorialização

Intersetorialidade

Baseado na pessoa e não na doença

Equipes multiprofissionais/interdisciplinares

Responder às necessidades e expectativas das populações

Voltado para a qualidade

Atributos Únicos da APS/SUS:

(São a base estrutural e funcional do sistema de saúde; permitem operacionalizar políticas, programas e serviços)

Primeiro Contato (acessibilidade, porta de entrada ao sistema de saúde)

Integralidade (ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação)

Longitudinalidade (acompanhamento das famílias e pessoas ao longo de suas vidas)

Coordenação do cuidado (na equipe multiprofissional, entre a US e serviços do sistema de saúde)

Atributos da APS/SUS derivados dos anteriores:

Enfoque na pessoa (não na doença)

Valorização dos aspectos culturais das comunidades

Orientado para a comunidade

Atributos não únicos da APS/SUS, mas essenciais:

Registro adequado

Continuidade de pessoal

Comunicação

Qualidade clínica

Defesa da clientela (advocacia)

Abaixo descrevemos sucintamente diferentes modos de trabalho com base em APS que têm sido desenvolvidos no Brasil, no contexto da busca por um novo Modelo de Atenção para o SUS.

MODOS DE TRABALHO COM BASE EM APS

VIGILÂNCIA DA SAÚDE

A Vigilância é uma proposta de reorganização do modelo de atenção em todo o sistema de saúde e tem base no paradigma da APS. No nível da atenção primária, ela assume determinadas características que discutiremos a seguir.

Trabalhar com orientação na Vigilância da Saúde pressupõe compreender o conceito de Território, um conceito-chave também para a organização de todo o SUS. Temos territórios, para fins de organização do sistema de saúde nos seus diferentes níveis de atenção: nacional, estaduais, municipais, distritais e os territórios-área de abrangência dos serviços de atenção primária à saúde.

Território¹⁰

Está comprovado através de inúmeros estudos que os sistemas de saúde mais eficazes, eficientes e equitativos têm como elemento comum a sua estruturação numa base territorial. Há duas grandes concepções desta categoria:

a) Território-solo - definido por critérios geopolíticos, é um espaço físico que está dado e completo. Corresponde a uma visão topográfica e burocrática, e ao entendimento da saúde apoiado no modelo da clínica;

b) Território-processo - entendido como um espaço em permanente construção e reconstrução, produto de uma determinada dinâmica social. É território onde acontece a vida pulsante, onde se dão os conflitos, mas também as solidariedades e a busca de consensos; nele se expressam diferentes interesses, projetos, sonhos e realizações. Possui dimensões econômicas, políticas, epidemiológicas e culturais .

No TERRITÓRIO-PROCESSO (Mendes, 1994, p. 166)

configura-se no uma determinada realidade de saúde da população que nele vive, realidade esta em permanente movimento, por isso denominada de processo saúde/doença

No SSC preconizamos o segundo entendimento de território. Cada território pode ser entendido como território-área - quando distanciamos o foco, o que nos permite ver o conjunto - e como território-microárea - quando aproximamos o foco.

Território-Área (Mendes, 1994, p. 167)

corresponde à área de abrangência de uma unidade de saúde e se define com base em critérios administrativos, assistenciais e de organização da população local.

É um espaço de co-responsabilidade pela saúde entre a população e o serviço

Território Micro-Área (Mendes, 1994, p. 168)

Define-se pela lógica da homogeneidade (ambiental, geográfica, sócio-econômica, sanitária, e cultural) pois nele se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos, de acordo com suas condições de existência

A Vigilância da Saúde é uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, em duas perspectivas. A primeira, que enfatiza a dimensão técnica e a define como um modelo assistencial alternativo, conformado por um conjunto de práticas sanitárias com combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde. A segunda, que privilegia a dimensão gerencial e a entende como uma prática que organiza os processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para a intervenção em problemas de enfrentamento contínuo nos diferentes momentos do processo saúde/doença. Este modelo busca superar a histórica fragmentação e dicotomia entre modelos de atenção vigentes no país: o modelo médico-assistencial privatista e o modelo sanitarista. (TEIXEIRA, 2003)

Os conceitos centrais deste modo de fazer APS são o de risco e vulnerabilidade. A seguir fazemos uma breve discussão sobre eles, com base em Diercks (2003)

RISCO E VULNERABILIDADE: risco é a exposição de indivíduos, famílias ou grupos populacionais a determinados contextos que envolvem comportamentos, modo de vida, opção sexual e aspectos culturais e sociais que tornam as pessoas ou grupos mais susceptíveis a agravos da saúde". Este conceito pode ser esmiuçado em fatores de risco, grupos de risco e comportamento de risco segundo Ayres (1999). Em função deste conceito, oriundo da epidemiologia, é possível estigmatizar, excluir e "culpabilizar a vítima", ou seja, pode levar a uma responsabilidade puramente individual o fato de ter ou não determinado "fator de risco" e agravá-lo com determinado comportamento.

¹⁰ Bárbara Raupp e Sílvia Takeda

Sabemos entretanto que as mudanças de comportamento, desejadas pelo profissional de saúde não depende somente de informação e boa vontade" (Ayres, 1999), mas sim de aspectos muito mais complexos, culturais, de gênero, sociais, educativos, coercitivos, de linguagem, etc. Diante da insuficiência deste conceito de risco para um trabalho educativo, surge o conceito de *vulnerabilidade* como:

“É a pouca ou nenhuma capacidade do indivíduo ou grupo social de decidir sobre sua situação de saúde. A percepção de sua vulnerabilidade varia em função de gênero, etnia, aspectos subjetivos, fatores e condições sócio-econômicas, acesso a serviços e insumos de saúde, fatores políticos e também fatores biológicos.” (www.aids.gov.br)

A **Vulnerabilidade subjetiva** seria a baixa capacidade de compreensão de sua situação de saúde por parte do sujeito. Somente ao perceber a sua vulnerabilidade é que o sujeito ou os grupos podem fazer algum movimento em direção à prevenção. Esta compreensão pode se limitar ao âmbito somente individual ou abranger aspectos sociais e políticos relacionados com a mesma. Há uma relação inversa, de forma geral entre vulnerabilidade e autonomia.

Principais características da Vigilância da Saúde:

- Intervém em problemas de saúde que requerem acompanhamento contínuos;
- Operacionaliza o conceito de risco e vulnerabilidade;
- Articula as ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras (integralidade);
- Busca formas de atuação intersetorial, em operações desenvolvidas no território;
- Operacionaliza o conceito de equidade no território;
- Apóia-se na co-responsabilidade entre equipe, população e gestores

Trabalhar com a "lógica da Vigilância" significa: a) identificar grupos de maior risco à saúde e vulnerabilidade social para, com eles, buscar maior ênfase dos esforços da equipe; b) identificar necessidades e problemas da população e sua distribuição no território; c) descrever, explicar, interpretar e compreender estas necessidades e problemas em sua relação de multicausalidade (estudo de problemas em contexto; d) intervir nas necessidades e problemas através de trabalho

em equipe multidisciplinar, em parceria com a população e com outros setores, dependendo da natureza do problema; e) acompanhar e avaliar a resolução dos problemas.

AÇÕES PROGRAMÁTICAS

Segundo Teixeira, (2003), esta proposta é produto das reflexões e experiências do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP). Toma como ponto de partida uma reflexão sobre a programação enquanto tecnologia que pode ser utilizada para a reorganização do processo, tendo como base uma fundamentação teórica com forte viés do marxismo estruturalista (Mendes-Gonçalves, 1979), a corrente avançou para a incorporação do enfoque epidemiológico, com uma perspectiva crítica (Ayres, 1995).

SAÚDE EM DEFESA DA VIDA

O conjunto de propostas que constituem a "Saúde em Defesa da Vida", segundo (Teixeira, 2003) têm origem nos estudos e reflexões sobre a prática de gestão e consultorias institucionais desenvolvidas por docentes e pesquisadores do LAPA-UNICAMP ao longo da década de 1990. O fundamento filosófico comum é a apropriação crítica de contribuições teóricas providas do marxismo, do existencialismo, da psicanálise e da análise institucional. Seu objeto central é o processo de trabalho em saúde e seu propósito, intelectual e político, apontando ferramentas gerenciais para o estabelecimento de novas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, mediadas pela busca de autonomia e reconstrução das subjetividades (este item será aprofundado no capítulo referente à "Coordenação do Processo de Trabalho")

ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE E PROCESSO DE TRABALHO EM APS

O conceito de organização de saúde contribui na compreensão da complexidade do contexto em que trabalhamos. Em seu sentido geral, a organização, segundo Guimarães & Medeiros (2003), é uma associação ou instituição com objetivos definidos. Os autores definem organização como um conjunto de processos em constante interação. A organização possui estrutura, cultura organizacional, subjetividades, missão, visão de futuro e estratégias. Como decorrência deste conceito, o gestor, tanto de organizações privadas como públicas, ainda segundo os autores, deve ter a capacidade de administrar as competências organizacionais e humanas, as equipes, as redes sociais, a aprendizagem, a mudança e a inovação, de modo a proporcionar à organização as condições

para que alcance níveis de efetividade que permitam sua sobrevivência nos atuais ambientes dinâmicos e complexos. No nosso caso, podemos dizer que são organizações de saúde os hospitais, os serviços de saúde e as Unidades de APS do SUS.

Com apoio em Campos (2000) e em Rivera (2003) defendemos que as organizações de saúde devem "cuidar" simultaneamente da produção das finalidades dos serviços de saúde (ações e serviços de saúde) e dos sujeitos em interação, visando a renovação permanente dos serviços e do sistema de saúde. Uma organização de APS do SUS deve construir compartilhadamente um projeto, com uma Missão, uma Visão de Futuro e Estratégias.

Um aspecto fundamental no atual contexto de implementação do SUS se refere ao grau de **responsabilidade organizacional**. Três fatores estão relacionados com o grau de responsabilidade organizacional, segundo Faria et al.,(2003). O primeiro deles é a **conformação da agenda do gestor**: se o gestor ocupar-se principalmente em "apagar incêndios" ou conduzir crises, caracteriza-se uma organização de baixa responsabilidade; se o gestor traça metas, negocia e cumpre metas estabelecidas em um plano de ação, então teremos uma organização de alta responsabilidade. O segundo fator é o sistema de petição e prestação de contas que, se existe, caracteriza uma organização de alta responsabilidade. O terceiro ponto é a presença de um sistema de gerência por operações. Com ele criam-se as bases para a descentralização e o planejamento criativo para responder a problemas.

PROCESSO DE TRABALHO EM UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/BÁSICA DO SUS

O Processo de Trabalho é um "todo complexo" (seja um hospital, um serviço de especialidade ou uma unidade de APS do SUS), dinâmico e em permanente transformação. Constitui-se numa rede de interdependência entre vários sub-processos de trabalho (ou trabalhos parciais), que agem, interagem e retroagem entre si. A partir desse conceito podemos dizer que, por exemplo, em um serviço de atenção primária, o processo de trabalho será a "unidade na multiplicidade" que constitui uma organização de saúde. Como tal, todo processo de trabalho deve ter um projeto, objetivos, metas e estratégias comuns aos trabalhos parciais. Estes teriam como papel contribuir na sua especificidade para implementar o projeto e atingir objetivos e metas, caracterizando, assim, uma organização de alta responsabilidade. Entretanto, sabemos que para alcançar finalidades, objetivos e metas, com referência nos valores, princípios e atributos da APS, dependemos da qualidade da interação que se dá na equipe, com o contexto institucional e com a

população. Esta interação entre os sujeitos envolve comunicação. Schraiber et al.¹¹ consideram que o que denominamos trabalho é uma ação que visa a um fim. Entretanto, do ponto de vista da interação e relações sociais que se estabelecem no trabalho, esta ação pode adquirir um caráter mais estratégico ou mais comunicativo, conforme a situação seja mais ou menos dependente das interações entre os sujeitos envolvidos na mesma.

Traduzindo estas idéias para o campo que nos interessa mais diretamente, os serviços de APS/SUS e as Unidades do SSC, podemos dizer que o trabalho em saúde é uma ação social e, portanto, deve ser compreendido em uma dupla dimensão, sendo a um só tempo:

Uma boa COMUNICAÇÃO deve equilibrar diálogo e discussão.

No DIÁLOGO todos os sujeitos devem ser estimulados a oferecer sua opinião para a compreensão de um problema/tema. O diálogo não busca consenso, mas contrói conhecimento pertinente à situação

Na DISCUSSÃO apresentam-se diferentes alternativas para enfrentar o problema, os sujeitos argumentam e busca-se alcançar consensos (relativos e provisórios em relação à situação em foco). Estes consensos deve ser respeitados por todos e encaminham as propostas ação para enfrentar o problema.

Através desse agir comunicativo é possível enfrentar problemas estratégicos e cotidianos, renovar a cultura, a organização e facilitar que os sujeitos encontrem sentido e realização em seu trabalho. O gerente ou colegiado de gestão deverá,, ara tanto, facilitar a construção do projeto, coordenar o planejamento e as avaliações e "fazer comunicar" os trabalhos parciais.

Para avançarmos na compreensão do processo de trabalho em APS é preciso reconhecê-lo também como trabalho em equipe. O trabalho em equipe multiprofissional, no campo da saúde, está relacionado com os seguintes fatores: a) necessidade de especialização do trabalho em saúde, pelo crescente acúmulo de conhecimento no campo; b) a especialização das teorias científicas; c) a crescente incorporação de tecnologias neste setor; d) a institucionalização elitizadora e segmentadora da oferta de atenção à saúde; e)

¹¹ Ciência e Saúde Coletiva

o caráter interdisciplinar dos objetos de trabalho em saúde (porque complexos); f) o valor ético e a diretriz política da atenção integral às necessidades de saúde do conjunto da população (SCHRAIBER, 1999)

A necessidade do trabalho em equipe é determinada pela natureza complexa do fenômeno saúde/doença: através do trabalho em equipe multiprofissional é procedida a divisão do trabalho e saberes, mas também a recomposição da totalidade das ações desenvolvidas, constituindo assim o processo de trabalho. Esta "recomposição da totalidade", entretanto, não é dada, pressupõe superar a tradição e a cultura da especialização e fragmentação das práticas médico-sanitárias hegemônicas. Este desafio necessita ser enfrentado se desejamos contribuir na construção de um novo modelo de atenção para o SUS, que tenha como fundamento um conceito de saúde mais amplo, capaz de operar com a complexidade do fenômeno saúde/doença. A recomposição da totalidade do processo de trabalho passa por exercitar a interdisciplinaridade dos saberes e a construção compartilhada das decisões e ações. Neste processo, interagem diferentes sujeitos e atores sociais, com diferentes visões de mundo, poderes, saberes e culturas papéis (políticos, gestores, gerentes locais, profissionais das diferentes categorias, grupos populacionais), o que configura um contexto de heterogeneidades.

No SSC, em 2005, através de um processo participativo e comunicativo, foi construída compartilhadamente uma *Visão de Futuro*, uma *Missão* do SSC e *Estratégias Globais* que buscam consonância com os valores, princípios e atributos da APS, com as diretrizes e princípios do SUS e com a Missão do GHC. Ficaram assim definidas:

Visão de Futuro: Ser um Centro de Referência em APS para o SUS, tendo como finalidades: atenção, Ensino e Produção de Conhecimento, articulados entre si.

Missão: Ser um serviço de excelência, orientado nos princípios da APS e do SUS, trabalhando com três finalidades: a) Atenção integral à saúde da população sob nossa responsabilidade ; b) Formação multiprofissional/interdisciplinar; c) produção de conhecimento e/tecnologias em APS, para, assim, exercermos nosso papel no SUS.

Estratégias (para realizar a Missão e buscar a Visão de Futuro): valorização e desenvolvimento da integração entre os diferentes espaços de trabalho e gestão no SSC; do planejamento global e local; do desenvolvimento dos trabalhadores, da participação popular e do controle social.

PROCESSO GERENCIAL EM SERVIÇOS E UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/BÁSICA NO CONTEXTO DO SUS

Para coordenar e conduzir um processo de trabalho de modo que ele implemente seu projeto, necessitamos ter um processo gerencial cotidiano, sempre orientados na missão, na Visão de Futuro e na Estratégia Global. Este conceito se refere ao conjunto de ações e atividades executadas no cotidiano pela liderança (gerente ou colegiado de gestão) que tem por objetivo "fazer comunicar *conduzir* o processo de trabalho para que este realize suas finalidades e alcance objetivo, com apoio no projeto do SSC. A atividade gerencial deve apoiar-se em ferramentas para o Planejamento, a Administração de Recursos e para a Coordenação do Processo de Trabalho, que constituem as três dimensões da metodologia gerencial que propomos para o SSC. Cada uma dessas dimensões, na prática interdependentes, necessita apoiar-se em metodologias, ferramentas e instrumentos para operacionalizar as práticas gerenciais. Este documento apresenta no capítulo 6 uma proposta metodológica e operacional que pretende trabalhar com finalidades e buscar resultados e, ao mesmo tempo, renovar a cultura, a organização e os sujeitos.

Autores que se apóiam em teorias mais críticas e contemporâneas sugerem que o processo gerencial deve assumir, além das funções tradicionais, também uma função pedagógica ou de "coordenação de processos intersubjetivos", já que pressupõem coordenar processos de trabalho em equipe. Gastão Wagner¹², a partir da análise da tradição Taylorista no campo do gerenciamento, propõe ao gerente o papel de responsável pela formação de subjetividades mais críticas e criativas. Com uma linha de pensamento semelhante, porém a partir da aplicação da Teoria do Agir Comunicativo Habermas ao campo do gerenciamento e planejamento em saúde, Rivera¹³ conceitua gestão como um processo que inclui três principais funções: uma função de planejamento, uma de administração e uma função pedagógica. Esta perspectiva guardar coerência com a conceituação de processo de trabalho em saúde nas duas dimensões, isto é, como ação que visa a fins (estratégica) e como ação intersubjetiva (comunicativa).

***Como referência para o SSC/GHC nos parece adequado definir que GERENCIAR É
CONSTRUIR PROJETOS E EXECUTÁ-LOS***

¹² CAMPOS, G. W. Método da Roda,...., 2000.

¹³ RIVERA, J. U. Texto apresentado em mesa redonda no Congresso da ABRASCO. Salvador, Bahia. 2000.

Isso implica que conduzir os processos de trabalho para que estes realizem suas finalidades e atinjam objetivos pressupõe coordenar recursos, tecnologias e pessoas. Como consequência, consideramos que o processo gerencial envolve três grandes funções, cada uma delas com suas peculiaridades, lógica e ferramentas próprios. Com base nessas três funções, construímos nossa proposta metodológica.

A METODOLOGIA GERENCIAL POSSUI FERRAMENTAS PARA OPERACIONALIZAR:

- a) *O Planejamento e a Avaliação*
- b) *A Administração de Recursos*
- c) *A Coordenação do Processo de Trabalho*

Para exercer com propriedade cada uma das funções gerenciais o gerente/gestor deve apropriar-se de ferramentas conceituais, metodológicas e operacionais. Esta coletânea de textos apresenta ferramentas que devem ser usadas criativamente, em cada situação que se apresenta no processo de trabalho e gerencial na Unidade de APS/SUS. Uma forma de gestão de está sendo preconizada para a implementação e aprimoramento dos serviços e unidades de atenção primária básica no contexto do SUS é a *Gestão Colegiada*, que definimos preliminarmente como:

Formato coletivo de processo gerencial que conduz uma organização de saúde, administrando as competências organizacionais e humanas, equipes, redes sociais, aprendizagem, mudança e inovação para que a organização sobreviva nos atuais ambientes dinâmicos e complexos.

Capítulo 3

CULTURA E MUDANÇA ORGANIZACIONAL EM SERVIÇOS DE APS/SUS

Introdução

Neste capítulo discutimos a cultura organizacional e seu papel em processos e contextos de mudança, renovação ou construção de serviços e sistemas de saúde, como é o caso da rede de serviços do SUS. Esta discussão se fundamenta em uma pesquisa realizada no Serviço de Saúde Comunitária (SSC), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre/RS que apoiou-se na hermenêutica-dialética como enfoque teórico-metodológico e como instrumento de coleta de dados uma grade de análise cultural proposta por Rivera (2003). O autor define genericamente cultura organizacional como a *"simbologia que sustenta o projeto real de uma organização"*. Rivera & Artmann (1999) destacam o papel da cultura como *"recurso de viabilidade em processos de mudança nas organizações"*. Os resultados desta pesquisa apontaram a co-existência de traços culturais informados em diferentes paradigmas, modelos de atenção e modos de produzir saúde, além das singularidades próprias da história deste serviço e da Unidade de Saúde foco do estudo.

Rivera (1996) considera imprescindível um *plano de comunicação que impacte a cultura no processo de gestão*. A partir de uma análise do processo de trabalho em saúde, o autor reconhece a necessidade de reconstrução do pensamento matusiano a partir da teoria do agir comunicativo em conexão com trabalhos mais estritamente gerenciais que contribuam para pensar a mudança cultural, a partir da própria cultura, em processos comunicativos e intersubjetivos. Defende que a possibilidade de reformas gerenciais a partir de metodologias exclusivamente racionais e prescritivas fica bastante comprometida. Estas opções teórico-metodológicas estão relacionadas com a natureza mais essencial das "organizações profissionais de saúde", que o autor descreve da seguinte forma:

- Nestas organizações ninguém concentra todo o poder, ele está distribuído;
- Os processos de trabalho são coordenados com base no conhecimento especializado dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos;
- Os processos de trabalho são diversificados, envolvem vários setores e geram produtos e resultados de difícil precisão;

- O corporativismo profissional dificulta a dinâmica de trabalho na equipe de saúde, tão necessária a essas organizações;
- As organizações de saúde têm uma governabilidade relativa, pois dependem de modo significativo da negociação de recursos controlados pelos níveis superiores da administração pública;
- As relações produtivas são inseparáveis da relação interativa e comunicacional com os clientes, que participam como co-responsáveis pelo trabalho.

Cultura Organizacional

Rivera (2003), apoiado em uma ampla revisão bibliográfica, propõe uma grade para análise cultural. Esta proposta aborda três dimensões da cultura organizacional, intimamente relacionadas entre si, a saber: *direcionalidade* (ou projeto tecnológico), *governabilidade* (ou normatividade) e *socialização dos sujeitos* (ou liderança). Para fins de nossa investigação, adaptamos esta terminologia para: *cultura técnica, cultura gerencial e socialização dos sujeitos*.

Cultura organizacional são as "estruturas mentais que subordinam as práticas de trabalho e suas derivadas formas organizativas" (Rivera & Artmann, 1999). Os autores consideram, entretanto, que o pensamento de Carlos Matus - que contribui sobremaneira no desenvolvimento do planejamento em saúde na América Latina - encontra limites quanto às possibilidades de trabalho com a cultura, pois não aprofunda a compreensão sobre a complexidade deste fenômeno. A identificação desses limites leva os autores a propor enfoques de planejamento e gestão com racionalidades ampliadas, capazes de operar simultaneamente dimensões estratégico-situacionais e comunicativas, como forma de promover mudanças organizacionais e de trabalhar com a cultura, já que esta é considerada um fator de viabilidade em processos de mudança organizacional.

Com base no pensamento de Habermas, Rivera (2003) conceitua a cultura organizacional como "*mundo da vida compartilhado*", o que inclui duas idéias centrais: a) a cultura se constitui a partir do agir comunicativo dos agentes organizacionais em processos de aprendizagem, onde se destaca o componente "busca de consenso como fundamento do agir"; b) a possibilidade de renovação cultural, uma vez que as configurações simbólicas podem ser questionadas em um nível discursivo sempre que se tornem disfuncionais para o agir teleológico ou normativo em uma organização.

Nesta perspectiva, entendemos ser possível facilitar a renovação da cultura organizacional em organizações de atenção primária do SUS se apoiarmos os processos gerenciais em metodologias que facilitem a *aprendizagem* individual e coletiva em *situações de trabalho*. Rivera & Artmann

(1999) consideram que, para atuar sobre as estruturas mentais dos sujeitos, o sistema de gerência deveria ser acompanhado por práticas educativas permanentes, constituindo uma gestão criativa que priorize formas de tomada de decisão e controle coletivas, consensuadas, baseadas na **comunicação**. A possibilidade de mudar a cultura residiria, assim, na capacidade da liderança de construção legitimada de novas representações a partir da participação dos sujeitos em processos comunicativos.

Conceito de cultura organizacional empregado na pesquisa

A cultura organizacional é o conjunto de referências simbólicas compartilhadas em uma organização, produzidas historicamente em processos de aprendizagem inerentes ao enfrentamento contínuo de problemas. É a simbologia ligada ao projeto da organização que constitui o pano de fundo que regula o funcionamento da organização.

A cultura organizacional possui, para fins de sistematizar uma análise três categorias intimamente relacionados: **cultura técnica** (Projeto, Missão), a **cultura gerencial** (estilos de dirigir, governar, gerenciar) e a **liderança** (capacidade de socialização dos sujeitos). A análise da cultura seria, assim, fundamental, para que a organização possa planejar estratégias e trabalhar com ela no sentido de sua renovação permanente. Para fins desta pesquisa definimos, sinteticamente, as três categorias da cultura organizacional da seguinte forma:

Cultura Técnica (refere-se à relação da US com o ambiente externo). Estudar este aspecto é buscar conhecer a percepção dos sujeitos sobre o projeto do serviço ou da US; a lógica ou modo de trabalhar predominante, a lógica organizativa dos sub-processos de trabalho, a percepção do ambiente externo e da natureza da relação com o mesmo. (como ameaça ou como possibilidades?)

Cultura Gerencial (refere-se às formas de manter a coesão interna da US).. Estudar este aspecto significa buscar conhecer a percepção dos sujeitos sobre o tipo de estrutura de poder e o estilo de condução do processo de trabalho, o grau de centralização/descentralização, as formas de estabelecidas de regulação das interações entre os sujeitos

Liderança (refere-se à capacidade de socialização dos sujeitos em uma organização. Estudar este aspecto significa buscar conhecer as condutas interiorizadas dos sujeitos e das lideranças (no sentido individual e/ou coletivo) sobre os processos de aprendizagem na situação de trabalho; responsabilização, solicitação/prestação de contas, atitudes e concepções no exercício da liderança.

Papel da liderança na renovação cultural e organizacional.

Rivera (2001) assume uma concepção de liderança como a capacidade individual ou coletiva de atuar sobre as condições básicas de uma equipe de trabalho para uma aprendizagem coletiva e solidária, sobre os fatores propulsores do potencial de crescimento das pessoas, promovendo as condições para as mudanças organizacionais desejadas e necessárias. O autor diferencia "gerente" de "liderança", dizendo que este último seria o "regente das pessoas e da missão organizacional", comprometido nos ideais de alta responsabilidade que caracterizam uma Organização que Aprende (Senge, 2002) e que se coloca a serviço dos interesses superiores da organização. Defende um conceito de liderança que presta serviços, oposto à concepção tradicional de "liderança egocêntrica" ou carismática.

Apoiando-se em Senge (2002), preconiza um tipo de liderança que:

- Saiba construir visões compartilhadas, implicando em alguns requisitos: a) o líder deve saber comunicar sua visão, pedir apoio e indagar sobre a posição dos outros, no sentido de conferir se ela merece o comprometimento dos outros e de se dispor a questionar seu ponto de vista, assumindo um tipo de construção interativa. b) as visões pessoais devem ser estimuladas e não anuladas. c) a construção da visão é um processo contínuo, que não se deixa apreender pela figura da 'declaração da missão' em reuniões especiais, mas que corresponde à difusão um tipo de pensar estratégico capaz de apoiar o questionamento cotidiano do que realmente queremos conseguir em cada circunstância prática"
- Saiba trazer à tona e testar os modelos mentais, implicando alguns requisitos: a) a possibilidade de perceber saltos de abstração, questionando generalizações. B) equilibrar indagação e argumentação, assumindo que situações complexas exigem um aprendizado cooperativo. c) distinguir a teoria esposada (o que a pessoa diz que faz) da teoria em uso, assumindo que a distância entre o declarado e o real em uso implícito é crítica para o aprendizado. d) reconhecer e dissipar rotinas defensivas.
- Saiba desenvolver o pensamento sistêmico, que corresponde a: a) enxergar inter-relações, não coisas; processos, não fotos instantâneas. b) ir além das acusações, assumindo que a fonte das falhas não são as pessoas, mas os sistemas; c) concentrar-se na complexidade dinâmica (saber relacionar causas e efeitos distantes no tempo e espaço e distinguir

consequências remotas) e não na complexidade de detalhes. d) concentrar-se, em termos da ação, em áreas de alta alavancagem. e) evitar soluções sintomáticas

- Saiba definir dilemas estratégicos: refere-se à capacidade de evocar os dilemas ou de distinguir os valores distintos, e às vezes aparentemente conflitantes, atrás das decisões (p.ex. custo e qualidade), procurando sintetizá-los. (...) capacidade de lidar com paradoxos (...). Criar uma rede de proteção para a reflexão individual e coletiva, capaz de sustentar a possibilidade da inovação e da mudança. Aqui, a capacidade de garantir um tempo livre para a reflexão dos sujeitos organizacionais é fundamental"

Cultura e mudança organizacional em serviços de APS/SUS

A pesquisa realizada por Artmann et al. (1997) contribui na reflexão sobre a cultura no contexto de serviços de atenção primária do SUS. Para estas autoras o método matusiano de planejamento apresenta limites no sentido de trabalhar com a cultura e a subjetividade. Nestes serviços:

- ◆ as resistências às mudanças, relacionadas aos hábitos e à cultura organizacional devem ser considerados com a devida importância; Matus não oferece elementos teóricos suficientes para a análise e intervenção neste âmbito, sendo importante buscar o aporte de outros autores, como Habermas;
- ◆ admitindo-se que a mudança organizacional tem caráter social/cultural - e não depende exclusivamente do método adotado - é importante reconhecer que uma das condições para que ela ocorra reside na possibilidade do processo de planejamento ser permeado pelos problemas e prioridades vividos no cotidiano, não sendo apenas a expressão de uma formalidade;
- ◆ ainda que consideremos necessária a manutenção de certo grau de sistematicidade e rigor metodológico, é importante que os participantes não se deixem aprisionar pelos aspectos formais do método, pois isso seria inversamente proporcional à autonomia e capacidade propositiva dos participantes;
- ◆ deve ser considerada como inerente à introdução de processos de mudança de forma participativa nas organizações a sobrecarga real advinda da necessidade de compatibilizar a continuidade do funcionamento da organização com as novas demandas oriundas do processo de mudança;

- ♦ dificuldades com relação ao aumento do nível de responsabilidade para com o processo, ritmo e cumprimento das tarefas acordadas, bem como dificuldades quanto à explicitação e até mesmo a formulação dos diferentes projetos em jogo no interior das organizações;
- ♦ a adesão ao projeto/plano não pode ser construída com base apenas na participação dos profissionais nos momentos de discussão mais sistemática do plano/projeto, mas deve expressar-se também no seu envolvimento cotidiano com a realização das operações/ações e com a busca dos resultados.

As autoras concluem propondo que se busquem formas de simplificação do método matusiano que permitam sua apropriação por um maior número de participantes e elevem a capacidade de análise e formulação estratégica das equipes. Tal simplificação deve ser compreendida, portanto, como fator essencial para a ampliação da comunicação interna e, conseqüentemente, para a possibilidade de construção de um projeto coletivo e estratégico.

Cultura necessária ao aprendizado organizacional

Segundo Rivera (2003), para que se possível a aprendizagem na situação de trabalho, a organização deve: a) concentrar-se nas pessoas e não nos sistemas, valorizando o aprendizado e a mudança; b) fazer com que as pessoas acreditem na possibilidade de mudarem seu ambiente; c) encontrar tempo para o aprendizado; d) adotar uma abordagem holística dos problemas; e) estimular a comunicação aberta e comprometer-se com a expressão da verdade; f) acreditar no trabalho em equipe, pois a competição individualista não é resposta para todos os problemas; g) ter líderes acessíveis que reconheçam sua vulnerabilidade e se coloquem como agentes de mudanças e não como carismáticos responsáveis pela decisão.

Uma liderança eficaz e bem exercida poderia fazer com que as organizações passassem de um estado presente a um estado futuro, criassem perspectivas potenciais e inspirassem nos trabalhadores vontade de mudar e introduzir novas filosofias e estratégias, de modo a mobilizar e estratégias, de modo a mobilizar e focalizar as energias e os recursos existentes. Segundo Rivera (2003) o "segredo estaria, talvez, em um equilíbrio entre gestão e liderança, variando esta dosagem de acordo com as circunstâncias".

Abaixo apresentamos uma tabela comparativa do autor entre *Gestão e Liderança*:

GESTÃO (fazer bem as coisas)	LIDERANÇA (fazer as coisas certas)
<ul style="list-style-type: none">• Administração• Manutenção• Sistema/estrutura• Curto prazo• Como fazer?• Obediência• Controle	<ul style="list-style-type: none">• Inovação• Desenvolvimento• Gente/Confiança• Longo Prazo• O quê fazer? Por quê?• Comprometimento• Poder

Nas páginas que seguem apresentamos três quadros que sintetizam uma adaptação da *Grade de Análise Cultural* de Rivera (2003), que utilizamos em nossa pesquisa no SSC.

ANÁLISE DA CULTURA TÉCNICA

Denominação de Rivera (2003)	Denominação no contexto da pesquisa
Relação com o ambiente externo (dominador, passivo, harmonia)	Percepção dos sujeitos sobre o ambiente institucional e social
Continuidades e discontinuidades das atividades e tecnologias	Continuidades e discontinuidades dos processos, ações e atividades da unidade de saúde
Tipo de relação com a atividade	Tipo de relação dos sujeitos com a natureza do trabalho desenvolvido
Identidade empresarial	Identidade da unidade de saúde
Razão de ser das atividades, especialmente em situações de crise e mudança	Razão de ser dos processos, ações e atividades
Valorização diferencial das áreas de atividades	Valorização diferencial das atividades desenvolvidas
Percepção valorativa dos produtos e benefícios da atividade	Percepção valorativa dos produtos (serviços e ações) do trabalho da equipe de saúde
Conhecimento sobre a identidade do ofício	Conhecimento dos sujeitos sobre a identidade do trabalho nas unidades de saúde do SSC/GHC/SUS

Quadro 1: Adaptação da categoria Cultura Técnica

ANÁLISE DA CULTURA GERENCIAL

Denominação segundo Rivera (2003)	Denominação no contexto da pesquisa
Tipo de comunicação e formas de coordenação	Tipo de comunicação e formas de coordenação do processo de trabalho da unidade de saúde
Vivência da ordem interna: grau de autoritarismo ou participação do sistema de condução; orientação relacional predominante: individualismo (bem-estar pessoal predomina sobre o grupo); orientação colateral (o grupo predomina); hierárquica ou linear (relação colateral e ênfase na continuidade temporal) /ordem baseada na tradição, autoridade legal ou no carisma	Vivência da ordem interna Percepção dos sujeitos sobre o sistema de "condução" da unidade de saúde (poder administrativo) Formas de manter a coesão interna Orientação das relações entre os profissionais da equipe
Percepção da relação entre os atores: contrato social ou relação de força	Percepção dos sujeitos sobre o tipo de relação equipe-comunidade

Quadro 2: Adaptação da categoria Cultura Gerencial

ANÁLISE DA SOCIALIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Denominação segundo RIVERA (2003)	Denominação no contexto da pesquisa
Importância da capacitação	Importância dada pela liderança à capacitação, educação continuada e permanente (formação para o trabalho)
Formas de treinamento e ascensão predominantes (ajustamento social)	Formas de treinamento para o trabalho e de ascensão Enfoques pedagógicos na aprendizagem na situação de trabalho
Responsabilização: Nível de formalidade e grau de crença na prestação de contas; Concepções valorativas predominantes na avaliação (o que é um bom produto, um bom resultado, um bom funcionário); Percepção dos direitos e deveres das pessoas e da empresa	Responsabilização: Nível de formalidade e valorização da solicitação e prestação de contas Concepções e valorização de avaliação Usos da avaliação no processo de trabalho Percepção sobre direitos e deveres das pessoas e da instituição
Tipo de liderança dos portadores da cultura Análise da especificidade dos fundadores em relação ao contexto Análise do tipo de liderança dos "fundadores" e/ou portadores da cultura - especificidade em relação ao SSC/GHC/SUS	Análise do tipo de liderança dos "fundadores" e/ou portadores da cultura - especificidade em relação ao SSC/GHC/SUS

Quadro 3: Adaptação da categoria Socialização dos Sujeitos

A partir dos resultados da pesquisa sistematizamos criativamente uma metodologia gerencial com enfoque estratégico-situacional-comunicativo, direcionada para o contexto de serviços de atenção primária do SUS. Esta metodologia, que denominamos "Coordenação de Processo de Trabalho", é apresentada como síntese no capítulo 1 e mais aprofundadamente no capítulo 6 (item 3) deste documento.

Alguns resultados da análise da Cultura Organizacional no SSC

A pesquisa identificou *traços culturais* que consideramos *positivos* para a renovação cultural associada à implementação de um projeto informado na promoção/vigilância da saúde e traços

culturais que, em nosso entendimento, representam *dificuldades* nesta perspectiva. O processo contribuiu para provocar movimentos que buscam enfrentar as dificuldades e fortalecer os traços positivos da cultura neste contexto organizacional. A cultura organizacional no contexto estudado é processo complexo, multidimensional, contraditório, rico, apresentando possibilidades concretas no sentido de adaptação às mudanças organizacionais propostas pelo SUS e pelo SSC; oferece, concomitantemente, dificuldades e resistências nesta perspectiva.

Destacamos como principais *traços positivos da cultura organizacional* desta unidade de saúde: a valorização da participação, do diálogo e da busca de consensos para a construção compartilhada; a capacidade de formação de vínculos com pacientes e famílias; a capacidade da comunidade de mobilizar-se para buscar solução para seus problemas; a criatividade da equipe e da comunidade, o sentimento de orgulho da equipe e da comunidade por "pertencerem" a esta unidade e ao SSC; o desejo de aprimoramento constante dos profissionais; o comprometimento da equipe com a formação dos residentes, o acúmulo de conhecimento em ricas experiências compartilhadas com a população.

Entre as principais "*dificuldades culturais*" cabe referir: a dificuldade de lidar produtivamente com os conflitos e diferenças nas relações pessoais e de trabalho, "problematizando sem brigar" e buscando alcançar consensos a partir das diferenças; dificuldade de organizar o uso do tempo coletivo e individual segundo prioridades, para concretizar um projeto construído compartilhadamente; dificuldade de usar o planejamento como efetiva ferramenta de gestão do cotidiano; dificuldade de "fazer cumprir as combinações" e de coordenar as partes entre si e construir um projeto "de todos"; dificuldade de problematizar as expectativas tradicionais da população em relação ao modo de trabalhar da equipe.

A presença de *contradições* é traço marcante, o que torna difícil usar o conceito de cultura como "referências simbólicas compartilhadas em um contexto organizacional". Encontramos dificuldades em apontar que traços são efetivamente compartilhados por todos os sujeitos e a nossa impressão é de que cada traço cultural identificado relaciona-se dialeticamente com o seu contrário, caracterizando um contexto em transição, com projetos em disputa. Essas contradições produzem riqueza, possibilidades e dificuldades no desenvolvimento das práticas e processos e expressam a singularidade do "todo maior" do contexto institucional, social e político. O momento histórico do SUS, marcado pela proposição de novos modos de trabalhar em saúde, formação e

gestão e uma cultura com traços contraditórios poderia, igualmente, estar aberta a novas possibilidades .

A partir deste conhecimento mais aprofundado da cultura de uma unidade de atenção primária, sistematizamos criativamente uma metodologia que busca valorizar e reforçar os seus traços positivos da cultura e, através de ferramentas operacionais que permitem articular no cotidiano a *avaliação, o planejamento e a educação permanente*, construir e coordenar compartilhadamente projetos de atenção primária à saúde culturalmente legitimados, tanto entre a equipe, quanto entre a população, buscando concomitantemente realizar as finalidades do serviço e aprimorar a interação entre os sujeitos.

Capítulo 4

PARTICIPAÇÃO POPULAR E TRABALHO COMUNITÁRIO EM SERVIÇOS E UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/BÁSICA DO SUS¹⁴

Neste capítulo discutimos a participação social em serviços de atenção primária do SUS, no que se refere aos seus aspectos teórico-metodológicos e às suas relações com os processos gerenciais em unidade de APS. Um primeiro movimento é reconhecer que:

Existem diferentes conceitos de participação, relacionados a diferentes concepções de comunidade e sociedade

Diante disso, consideramos necessário apresentar e discutir alguns dos conceitos existentes e suas implicações na prática participativa e de controle social. Donnangelo¹⁵ refere que os programas de ação comunitária, em sua origem, se alicerçavam num conceito de comunidade local como "uma população, uma localidade, um conjunto de instituições, uma variedade de atividades e um sistema de compreensão que formam um todo ligado e significativo para o indivíduo".

Este entendimento destaca a comunidade como um espaço limitado, onde predomina o consenso e a solidariedade social, desconsiderando os determinantes e condicionantes estruturais dos problemas vividos localmente. Com base nesta compreensão restrita de comunidade, define-se um conceito de participação comunitária que não abre canais para uma real participação a nível das grandes decisões de carácter mais geral na sociedade. Cria-se, desta forma, uma ilusão de participação, efetivando-se na realidade um processo de manipulação da comunidade que contribui para reproduzir o status quo vigente.

No contexto de serviço de atenção primária, este tipo de mobilização comunitária serve para aportar recursos da comunidade aos programas de saúde, melhorando a eficácia dos programas sociais e tirando do Estado a responsabilidade de organizar um sistema de saúde solidário e eficaz. Esta postura fundamenta-se na concepção de que uma comunidade fortemente envolvida na solução de seus problemas possibilitaria modificar favoravelmente os fatores ambientais que participam da

¹⁴ Esta parte do texto é de autoria de Andréia Inng, Bárbara Raupp e Lúcia Silveira

¹⁵ DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. 2.ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979. P.88-94

causalidade das doenças, sem, porém, considerar as problemáticas mais essenciais. A participação assim concebida cumpre a função ideológica de incutir na comunidade o valor da harmonia social, servindo, assim, para aliviar tensões e conflitos sociais¹⁶. Em síntese, uma primeira concepção de participação comunitária seria:

Participação entendida como uma CONCESSÃO dos técnicos, governos ou administradores, que tem como principal objetivo tornar a ação técnica e política mais eficaz¹⁷

Adotar esta perspectiva de participação nos serviços de saúde implica contribuir para a reprodução das práticas de saúde mais tradicionais, reforçando uma concepção dual de sistema de saúde, onde se oferece atenção diferenciada para diferentes classes sociais.

Uma outra forma de compreender o potencial da participação social é considerá-la como um "processo social que existe independentemente da interferência provocada por um ou outro agente externo", como refere Souza¹⁸. A autora ressalta a importância de prestarmos atenção às práticas participativas, na medida em que muitas delas não passam de processos de dominação, constituindo-se, na verdade, em práticas de contra-participação. Demo¹⁹, da mesma forma, defende que a tendência histórica não é a de participação e sim a de dominação e que, por isso, participação deveria ser entendida sempre como um processo de conquista de participação. Para este autor:

Participação é o eixo político das políticas sociais, ao lado dos eixos sócio-econômico e assistencial das mesmas.

Através da participação, a promoção das políticas sociais se torna autopromoção, projeto próprio, forma de gestão e auto-gestão, possibilidade de auto-sustentação. O autor nos remete à reflexão sobre o problema da alienação e da relação deste fenômeno com a qualidade dos processos

¹⁶ ibid. p.70-94

¹⁷ DEMO, Pedro. **Cidadania Tutelada e cidadania Assistida**. Campinas, SP: Autores Associados, 1995. P.33-68

¹⁸ SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 5 ed. São Paulo: 1996.

¹⁹ DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1993. pág. 18.

participativos. Para ele, participação significa conquista não apenas na ótica da comunidade, mas também na perspectiva do técnico, do professor, do pesquisador e do intelectual.

(...) é mister superar alienações naturais do técnico. Partindo do fato de que não é pobre, de que é formado na universidade, tendo pois, educação dita superior, de que trabalha no governo, de que é pequeno-burguês, etc. conclui-se cristalinamente que é um ser tendencialmente alienado, frente aos interessados na política social. Tudo isso, não é obstáculo cabal, por que é antes o ponto de partida. São nossas formas normais de alienação. Se não as levarmos em conta, teremos os efeitos negativos conhecidos: não sabemos aprender da comunidade; não acreditamos em suas potencialidades, planejamos em nossos gabinetes e dispensamos o teste da prática, que não pode ser apenas teste, mas parte integrante, nem maior, nem menor do processo; (...) refletimos nas propostas muito mais nossas inquietações, como se fossem dos interessados, e assim por diante.

Outra questão destacada por Demo (1995) é a do poder, considerando que participação não significa ausência de poder e, sim, a conquista de uma forma de poder mais compartilhado.

Fazendo os paralelos necessários com o contexto específico de serviço de APS/SUS, poderíamos dizer que participação social implica a perda de poder por parte dos técnicos e gestores e o empoderamento da população. Isso explicaria muitas das dificuldades e conflitos que vivenciamos nas experiências participativas no cotidiano das unidades de APS/SUS. A população geralmente não está acostumada a dispor de poder, enquanto técnicos e gestores não conseguem ver a população como um parceiro ou como um sujeito/ator legitimado para a discussão dos problemas de saúde e dos serviços de saúde e tomada de decisão.

Souza (1996)²⁰ chama a atenção para a existência de processos de cooptação no contexto de processos participativos e destaca, entre os mecanismos utilizados com este objetivo, as formas ideológicas de pensar a existência. Como exemplo refere a visão de que existem os capazes e os incapazes; que sempre haverá pobres e que cabe aos ignorantes e alienados obedecer às decisões dos intelectuais e dos sábios. Esta autora considera fundamental desvendar as questões ideológicas inerentes aos processos participativos e os mecanismos utilizados pelos grupos mais privilegiados para fazer com que seus interesses e preocupações sejam assumidos como interesses de todos os segmentos da sociedade. Acrescenta, no entanto, que o desvelamento das contradições sociais poderia fazer com que os grupos menos privilegiados se descubram como explorados, favorecendo o enfrentamento dos problemas vividos no cotidiano. Todas essas reflexões evidenciam que a

²⁰ SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 5 ed. São Paulo: 1996. pág. 86.

participação é uma problemática a ser enfrentada não apenas pelos usuários, mas também pelos técnicos e gestores dos serviços de APS/SUS.

A partir dessa discussão, propomos que a participação social no contexto de serviços de APS/SUS seja compreendida como:

Uma INTERAÇÃO entre os profissionais de saúde, a população e os gestores, em que se exercitam formas de poder mais compartilhado, visando construir e implementar projetos de saúde que respondam às reais necessidades da população

Uma outra dimensão a ser explorada é a crítica de vários autores às concepções mais tradicionais de participação social que dicotomizam a "participação ativa" e a "participação passiva", optando por uma perspectiva que aproxima o fenômeno da participação social com o tema do cotidiano. Consideram que a participação no cotidiano tem importante papel na transformação das relações sociais e que sua unidade básica são os atos cotidianos dos indivíduos na relação com outros indivíduos, grupos sociais e instituições. O potencial transformador deste tipo de participação é extraído do duplo potencial do cotidiano: nele se dá o fenômeno da alienação, mas é também nele que acontecem os processos de desalienação. No cotidiano se reproduz a sociedade vigente e a tradição cultural, mas também nele é possível criar o novo e promover a renovação cultural, o que favorece a transformação social.

Sintetizando, propomos o seguinte conceito de participação no contexto de serviços de APS/SUS:

É um processo amplo, com dimensões complementares, que inclui: a) PARTICIPAÇÃO FORMAL nos espaços do SUS (Conselhos Gestores Locais, Conselhos Locais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde, Orçamento Participativo, Conferências de Saúde, etc.); b) PARTICIPAÇÃO NO COTIDIANO (nas múltiplas atividades que acontecem no dia-a-dia das pessoas, famílias, grupos e do trabalho e encontros informais das equipe de saúde com os mesmos).

Outra questão fundamental é compreender o potencial educativo inerente aos processos participativos em serviços de saúde. Se definimos participação como interação entre diferentes sujeitos/atores no espaço do serviço de saúde, estão aí colocados diferentes saberes, práticas e experiências de vida: saber/práticas populares, saber/práticas gerenciais, saber/práticas técnicas, saber/práticas políticas, todas essas dimensões perpassadas por ideologias e relações de poder. A forma como se dá a relação entre esses sujeitos/atores é uma questão educativa que pode ter uma racionalidade mais normativa ou estratégica ou mais comunicativa, baseada na busca de consensos (sempre relativos e provisórios).

A interação dialógica, solidária e comunicativa das equipes de APS/SUS com a população dos territórios sob sua responsabilidade, entretanto, não livre de conflitos. Entretanto, são justamente as contradições aí existentes que, se trabalhadas produtivamente, podem levar a melhores e mais legitimadas soluções para a melhoria da situação de saúde da população e ir construindo processos de trabalho mais coerentes com o projeto do SUS, que produzam novos sentidos do trabalho em APS/SUS para os profissionais, equipes de saúde e gestores.

Como processo educativo, a participação social necessita apoiar-se numa pedagogia que toma o cotidiano da população e do serviço de saúde, em sua relação, como ponto de partida para processos reflexivos permanentes, continuados e criativos. Isto implica compreender a relação serviço de saúde/população usuária em uma dupla dimensão: a) como um processo participativo em seu sentido amplo para viabilizar a construção de projetos de saúde mais consensuais; b) como relação educativa que favorece (re)criação permanente de saberes/práticas para o enfrentamento contínuo de problemas.

Pensar a participação com esta dupla dimensão significa buscar a superação das compreensões mais tradicionais sobre participação comunitária, social e em saúde. Nesta perspectiva não negamos as diferenças e conflitos entre equipe, gestores e população, mas buscamos superá-las através de uma comunicação que equilibra diálogo, discussão, ação e gestão. Esta postura pode contribuir na renovação culturais no espaço das organizações e da participação em saúde.

Os processos participativos no contexto que nos interessa não estão dados e, portanto, exigem esforços gerenciais no sentido de sua promoção. O gerente da unidade de atenção primária tem esta como uma de suas funções: o estímulo e a promoção da participação da população local em

vários espaços do serviço de saúde: Conselho Local de Saúde, planejamento participativo, atividades educativo-participativas, acolhimento, etc...

Uma questão pedagógica fundamental a ser considerada é a necessidade de ultrapassar o conhecimento de senso comum sobre o cotidiano, já que os interesses e preocupações mais imediatos e comuns do cotidiano da Unidade de Saúde são vistos, na maioria das vezes, de modo parcial e fragmentado, tanto por parte da população, quanto por parte dos técnicos e mesmo dos gerentes. Neste sentido, é fundamental empregar metodologias de trabalho com a equipe e com a população que resgate um noção do todo, e promovem processos problematizadores, críticos e criativos, sempre contextualizados neste todo.]

Um exemplo disso seria fazer oficinas com a equipe e a população para construir compartilhadamente uma "Missão", "Visão de Futuro" e "Estratégias" para transitar para este futuro.

Para finalizar, desejamos destacar que a equipe de saúde necessita estar preparada para diagnosticar, propor e atuar nas diferentes formas de participação. A saúde da comunidade precisa ser discutida com a participação dos moradores e da equipe de saúde. Como? Vai depender de inúmeros fatores, como a história da participação da comunidade, o nível de organização da população, seus valores, aspectos culturais, estilos de vínculo do posto de saúde com a comunidade, etc.

Para estimular, promover a participação e, principalmente, saber como trabalhar com a população no planejamento e na gestão, é fundamental que a equipe exercite internamente esta participação, no cotidiano e de modos mais formalizados. Um exemplo é começar a trabalhar com Gestão Colegiada, Grupos de Trabalho, Colegiados de Gestão.

O importante é lembrar que a saúde da comunidade não é questão de domínio de um ou de outro. A forma como se dá a interação entre os diferentes sujeitos/atores é que irá definir a legitimidade e o alcance do trabalho conjunto por melhores condições de saúde da população

É necessário que existam espaços de encontro formais entre a equipe e a população local e também os espaços informais no cotidiano de trabalho onde se dialogue e discuta as questões de

saúde de modo contextualizado no sistema de saúde. Espaços que permitam a inclusão da população na escolha de prioridades, elaboração de planos de ação, implementação e gestão conjunta dos mesmos. Para que isso aconteça de modo adequado, deve se estabelecer um tipo de relação que facilite um fluxo bilateral de informações e uma postura educativa na relação equipe-população local. Esta postura produzirá certamente um conhecimento da realidade do território, da população, das necessidades de saúde e do serviço em seu modo de produzir cuidados que facilite a apropriação de conhecimento pertinente (Morin, 2001) para promover e qualificar a participação popular no serviço de saúde.

Um grande desafio da cultura técnica é aprender a escutar, aprender a aprender, aprender a ensinar, tudo isso, visando a renovação dos serviços em seu modo de produzir cuidados em saúde. O gerente local/colegiado de gestão tem como uma de suas mais importantes funções promover as condições necessárias para que estes movimentos aconteçam em sua equipe e na relação com a população local. Para finalizar, propomos um conceito-síntese desta reflexão para PARTICIPAÇÃO SOCIAL em serviços de APS/BÁSICA do SUS:

- Exercício de formas de PODER mais COMPARTILHADO entre profissionais de saúde, população e gerentes, que tem como objetivo construir e implementar em conjunto projetos de saúde que promovam a cidadania e a saúde
 - Processo amplo com dimensões complementares:
 - a) participação FORMAL nos espaços previstos no SUS
 - b) participação no COTIDIANO das US de APS/Básica
 - c) processo essencialmente EDUCATIVO que pressupõe compreender as relações entre o vivido no cotidiano e o contexto sistêmico mais geral

TRABALHO COMUNITÁRIO: CONCEITOS E FERRAMENTAS²¹

ATIVIDADES DE PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE - São as atividades promovidas pela comunidade onde há uma participação da equipe de saúde. Estas atividades são organizadas pela população e a equipe é chamada para contribuir e/ou assessorar nos processos da comunidade. Esta participação dos profissionais pode ser eventual ou permanente. Exemplos: associação de moradores, clube de mães, comissões de moradores, CLIS.

PARTICIPAÇÃO - Participação é autopromoção dos sujeitos e um processo coletivo de construção conjunta visando alcançar determinados objetivos, onde a tomada de decisões é um aspecto fundamental. É sempre um processo por isso não existe participação suficiente ou acabada. A participação não é uma concessão, mas sim uma construção histórica, fundamental para mudanças necessárias.²² O espaço privilegiado onde ocorre a participação é o cotidiano.

COTIDIANO: É o dia-a-dia dos sujeitos, a rotina, os horários, os primeiros pensamentos, é nele que nascemos, vivemos e morremos. É nele que trabalhamos, contamos as horas, sobrevivemos, temos prazer e sofremos. O cotidiano é o lugar onde se mantém os valores tradicionais. Mas é também o lugar onde podemos quebrar com a rotina, participar de grupos com objetivo de viver de forma mais plena, de reconstruir as informações recebidas, de perceber a complexidade de nosso cotidiano e as possibilidades ou não de torná-lo mais vivo e menos alienante. O cotidiano é a VIDA REAL, nas suas múltiplas facetas e manifestações.²³

É no cotidiano que o homem depara-se com escolhas, onde atua e cria sua própria história. É o cotidiano reflexo da sociedade e é nele que se exercitam a crítica e a transformação do próprio cotidiano ou da própria história do homem.(pg. 13)²⁴

PARTICIPAÇÃO FORMAL: É aquela que acontece no dia-a-dia dos sujeitos, mas dentro de um espaço instituído. O sujeito sabe que aquele espaço existe, tem dia, horário e alguns temas

²¹ Esta parte do texto é de autoria de Andréia Iung, Bárbara Raupp, Lúcia Silveira, Margarita S. Diercks e Renata Pekelman

²² Demo, P.; Participação é conquista; 4ª edição; São Paulo; Cortez; 1999

²³ Lefebvre, H.; A vida cotidiana no mundo moderno; São Paulo; Editora Ática; 1991

²⁴ Lima, Sandra A. B.; Participação Social no Cotidiano; São Paulo: Cortez ed.; 5ª ed.; 1983

específicos para serem discutidos. Por exemplo um grupo de mulheres, um partido político, uma associação, um clube, OP.

PARTICIPAÇÃO INFORMAL: É aquela que acontece também no dia-a-dia dos sujeitos, mas que não tem um espaço instituído. São formas de participação não organizadas e sem obrigatoriedade, mas comuns entre as pessoas da mesma localidade; podem ser influenciadas pelos meios de comunicação de massa. São momentos em que as pessoas conversam e discutem os problemas do dia-a-dia.²⁵ O profissional de saúde deve valorizar este tipo de participação já que nestes momentos participativos também percebemos as construções próprias da comunidade, seus valores e sua compreensão do mundo. Por exemplo, uma conversa com uma vizinha para solucionar um problema específico.

ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE - São atividades coordenadas pelos profissionais de saúde que ocorrem a partir do conhecimento que se tem da realidade da população. São atividades que buscam trabalhar com as necessidades de saúde da população, propondo uma construção conjunta do conhecimento e promovendo uma maior autonomia dos sujeitos. As atividades educativas não tem como objetivo somente transmitir conhecimentos técnicos mas, criar possibilidades para sua produção, construção e responsabilidade conjunta.²⁶ São por isso atividades essencialmente participativas. Cabe destacar que as atividades de educação em saúde ocorrem em todos os espaços (coletivos e individuais) e em todos os momentos da atividade profissional. Exemplos: grupos mulheres, idosos, gestantes, consultas, visitas a áreas de risco .

EDUCAÇÃO EM SAÚDE - É uma relação ou interação entre os profissionais de saúde e a população que visa a construção conjunta de conhecimento a partir do cotidiano desta população.

MÉTODO EDUCATIVO-PARTICIPATIVO - Método que discute a realidade de saúde da população a partir do seu cotidiano. O método tem três momentos fundamentais: partir do cotidiano que estamos trabalhando, problematizar, argumentar, refletir sobre ele, e voltar para o cotidiano com outro olhar, com um olhar mais crítico e mais complexo, sendo que através deste processo os

²⁵ Lima, Sandra A. B. ; Participação Social no Cotidiano; São Paulo: Cortez ed.; 5ª ed.; 1983

sujeitos que participam vão construindo sua autonomia. Propomos que este método seja aplicado nas atividades e educativas e/ou participativas promovidas pelas equipes²⁷

PROBLEMATIZAR - É exercitar a dúvida diante de questões que estão sendo colocadas. Quando estamos coordenando um grupo cujas falas e atitudes nos remetem a dúvidas e conflitos, temos que perguntar, questionar, para conseguir dialogar, pois compreender não é suficiente. Temos que questionar o outro e a nós mesmos. Aceitar as diferenças sem tentar a problematização é negar a possibilidade de construir um conhecimento que faça parte do cotidiano do profissional de saúde e da população. Ambos tem contribuições importantes a dar.²⁸ A problematização é conseguida através de perguntas do tipo: Por quê? Como assim? O que a gente faz com isso?

DIÁLOGO - O diálogo é a essência da problematização, é ouvir o outro e a capacidade de se comunicar com ele. É Saber respeitar as diferenças e construir a partir delas. Significa questionar as certezas dos profissionais e da população. É um momento difícil do processo educativo-participativo, mas é possível e enriquecedor.

AUTONOMIA - É um processo de construção que diz respeito à capacidade de governar a si próprio. Capacidade esta que requer certo grau de independência e determinação. Do ponto de vista da promoção da saúde esta autonomia se aplica ao indivíduo, à comunidade e à sociedade. Ela implica reflexão e tomada de decisão.(...) Ela se expressa nas escolhas, no julgamento e nas resoluções que se toma concretamente no cotidiano, e que vão estar relacionadas aos processos de vida, de trabalho e de saúde das pessoas, das famílias, das comunidades.²⁹ Observamos que a autonomia é sempre relativa tanto subjetivamente como coletivamente, já que nós não somos [autônom@s](#) em todos os aspectos do nosso cotidiano assim como nos mais variados aspectos da nossa subjetividade.

EXEMPLOS DE ATIVIDADES PARTICIPATIVAS E EDUCATIVAS QUE OCORREM NO SSC

²⁶ Freire, Paulo: Pedagogia da Autonomia; Rio de Janeiro; 21ed. , 2002.

²⁷ Diercks, M.; Pekelman, R.; Trabalhando com grupos e elaborando material educativo em conjunto com a população: As DST/AIDS no cotidiano das mulheres; Porto Alegre; 2001, Mimeo.

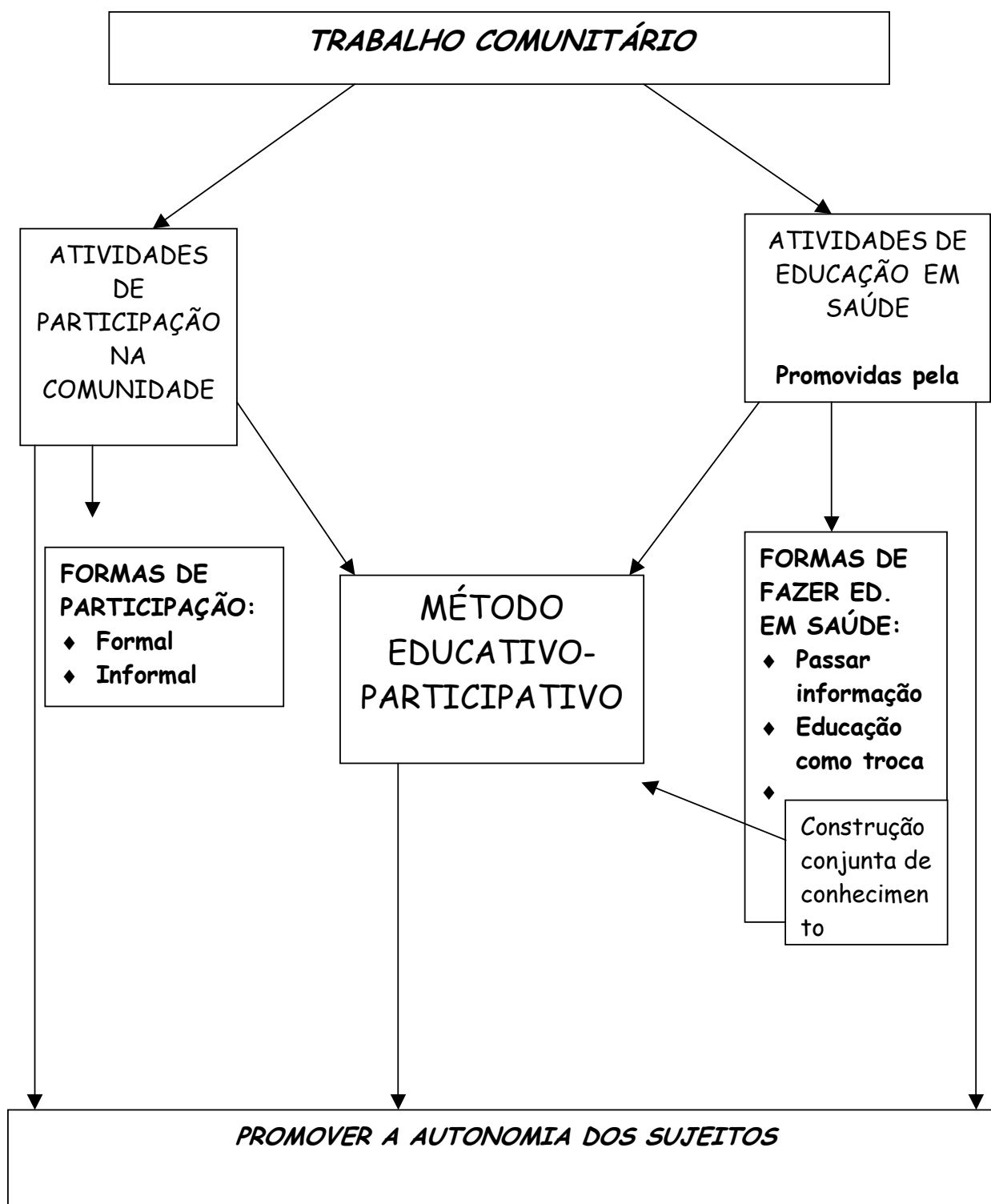
²⁸ Idem

CONSELHO GESTOR LOCAL - instância de controle social no âmbito da unidade de saúde que conta com a participação da comunidade e da equipe e tem por objetivos a discussão tanto dos serviços de saúde como das questões de saúde na comunidade. Os conselho locais têm um caráter educativo de participação, pois neles ocorre a primeira instância de participação nas políticas de saúde e políticas sociais.

TRABALHO EM TERRITÓRIO DE RISCO - "a construção desse modelo de vigilância da saúde exige que todos os atores sejam envolvidos num processo de discussão, planejamento, educação e se possível, na resolução de alguns problemas na sua totalidade ou em parte. Tanto educação quanto planejamento em saúde devem estar baseados no diálogo, muitas vezes difícil e cansativo, mas ao mesmo tempo, iluminador e participativo, sendo a essência da vigilância da saúde em que população e profissionais definem democrática e eticamente os seus problemas e desencadeiam o processo de sua resolução."³⁰

²⁹ Referenciais para a construção da política nacional de Promoção da Saúde - GT do Ministério da Saúde (mimeo), 2002

³⁰ Raupp, B.; Diercks, M.; Pekelman, R. ;Fajardo, A. ; A vigilância, o planejamento e a educação em saúde no SSC - uma aproximação possível?, in Vasconcelos E. M.(org.); A Saúde nos Gestos e nas Palavras; São Paulo - SP; HUCITEC; 2001



Esquema que integra as Atividades de Educação em Saúde com as Atividades Participativas, passando a denominar-se **ATIVIDADES EDUCATIVO-PARTICIPATIVAS**

TRABALHO COMUNITÁRIO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO: a organização de atividades educativo-participativas

- Todas as atividades devem ter um PROJETO, em que constem
 - a) objetivos
 - b) grupo populacional a quem se destina
 - c) metodologia
 - d) registro
 - e) avaliação

- Todas as atividades devem ser REGISTRADAS e o registro guardado em lugar acessível a todos da equipe. A atividade é da equipe, não individual. (VER ADIANTE PROPOSTA DE REGISTRO)

- No projeto deve estar prevista uma forma de AVALIAÇÃO - quando e como a atividade será avaliada.

- As chefias precisam garantir que tenha espaço no CRONOGRAMA DE REUNIÕES DE EQUIPE para discutir, avaliar e acompanhar o trabalho comunitário (atividades educativo-participativas).

- Nas atividades educativo-participativas, o profissional de saúde deve assumir o papel de facilitador, promotor ou coordenador destes processos, embora muitas vezes ele também possa atuar como um assessor técnico em processos conduzidos pela própria comunidade. Os principais aspectos a serem observados por quem coordena atividades educativo-participativas são:
 - ◆ Dominar o tema em discussão e o método educativo-participativo;
 - ◆ Conduzir o grupo na busca dos objetivos propostos;
 - ◆ Conhecer as técnicas e utilizá-las de forma coerente com os objetivos;
 - ◆ Saber quando calar, quando perguntar e quando expressar sua opinião;
 - ◆ Saber posicionar-se, assumindo a sua não-neutralidade;
 - ◆ Utilizar uma linguagem simples e clara;

- ◆ Saber integrar, animar e desencadear a participação no grupo.³¹

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS E PARTICIPATIVAS.

A avaliação das atividades educativo-participativas é fundamental para sabermos como estamos trabalhando e qual está sendo o impacto do esforço empregado pela equipe na população envolvida. A avaliação de atividades dessa natureza é avaliação essencialmente QUALITATIVA, mas alguns aspectos quantitativos podem ser considerados.

Aspectos de PROCESSO a serem avaliados de acordo com os objetivos da atividade:

- número de participantes, assiduidade, número de encontros;
- adequação das metodologias e técnicas empregadas;
- adequação do material educativo utilizado;
- adequação da linguagem empregada;
- relacionamento entre os participantes;
- postura dos coordenadores;
- planejamento e registros das atividades.
- em que medida os resultados obtidos justificam o esforço empregado (os mesmos ou melhores resultados poderiam ter sido obtidos de forma mais simples ou com menos esforço?)

Aspectos de RESULTADO que podem ser avaliados a partir de várias avaliações processuais:

- o significado para o cotidiano dos participantes (técnicos e população);
- mudanças na capacidade de reflexão dos participantes sobre as questões abordadas na atividade (se propiciou reflexão mais crítica, por exemplo)
- a construção do conhecimento por parte dos participantes
- mudanças de atitude no cotidiano das pessoas envolvidas
- as estratégias educativas cotidianas dos participantes

Todos os aspectos que acontecem no momento educativo podem ser avaliados, e podem nos fornecer elementos e dados objetivos para melhorar a nossa prática educativa e ver, também, quais elementos podem ser transponíveis para outros grupos em outras localidades ou não. Os resultados

³¹ Hurtado, C. N.; Educar para transformar, transformar para educar; Editora Vozes; 2ª edição; Petrópolis; 1993

da prática educativa estão diretamente relacionados com o processo educativo. Assim, ao avaliarmos o processo educativo estaremos também avaliando os resultados.

As avaliações podem ser feitas em vários momentos do processo educativo/participativo, mas o ideal é que sejam feitas durante os encontros e não somente no final da atividade. Isto permite rever ou reformular alguns aspectos que os participantes considerem necessários. Observamos também que a avaliação deve ser feita por todos os participantes das atividades, técnicos e população.

Há FORMAS simples de fazer avaliação. A seguir colocamos alguns exemplos:

- a) Uma rodada entre os participantes e profissionais no final do encontro para sabermos da opinião, sugestões e críticas a respeito do momento educativo. Esta reflexão pode ser feita de forma escrita ou oral. O importante é registrar e fazer uma síntese do momento avaliativo. Esta avaliação não é muito aprofundada mas nos ajuda a continuar o processo educativo com mais segurança.
- b) Ter um observador (que não participa da coordenação da atividade e nem do registro) que fará uma observação de todos os momentos do grupo. Após o encontro dará o seu retorno aos profissionais sobre o que ele vivenciou como observador. Este tipo de observação é extremamente rica e evidencia uma série de aspectos da prática educativa. É mais ampla e profunda que a do item anterior por isso pode ser feita eventualmente. Esta observação não deve excluir a do item a).
- c) Pesquisas sistematizadas sobre avaliação de processo: São pesquisas qualitativas, muitas vezes simplificadas e de fácil execução voltadas para o tema em questão. Também podemos utilizar pesquisas qualitativas mais aprofundadas utilizando diferentes técnicas de pesquisa: observação, entrevistas semi-estruturadas, gravação em fita-K7 ou vídeo, diário de campo, etc.

AVALIAÇÃO:

PLANEJAMENTO PARA O PRÓXIMO ENCONTRO:

Capítulo 5

ENFOQUES GERENCIAIS DA ATUALIDADE E OPÇÃO METODOLÓGICA PARA SERVIÇOS E UNIDADES DE APS/BÁSICA DO SUS

Bárbara Raupp

Carlos Pinto Molina

Neste capítulo fazemos uma discussão sobre alguns enfoques gerenciais, tendo como perspectiva: a) atualizar conhecimentos em relação ao tema, mesmo não pretendendo esgotá-lo; b) analisar criticamente as principais tendências gerenciais da atualidade; c) fazer opções adequadas no que se refere a um enfoque teórico-metodológico e operacionais para trabalharmos no contexto de serviços e US de APS/Básica do SUS.

INTRODUÇÃO

As ciências têm uma história, ou seja, apresentam um desenvolvimento através do tempo e em cada período histórico podemos verificar que existem conceitos e teorias mais aceitos como verdade (teorias hegemônicas). Desta forma, cada teoria tem um período em que é considerada "a última tendência" ou "a nova onda", até que uma nova teoria apareça e a substitua como hegemônica.

No entanto, geralmente o que ocorre não é exatamente o surgimento de novos conceitos, teorias e métodos como algo totalmente novo. É mais comum haver uma evolução, ou uma revisão das idéias antigas. Assim, muitas vezes, uma parte das teorias ou idéias antigas continuam sendo aceitas, apesar dela, no seu conjunto, ser considerada ultrapassada. Por exemplo: o método de planejamento CENDES/OPS (chamado "Planejamento Normativo"), que foi difundido na década de 60, acabou sendo criticado e caindo "em desgraça", mas alguns conceitos que embasam o método são ainda aceitos e utilizados, tais como: magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custo, que são utilizados como critérios técnicos para estabelecer prioridades em saúde pública.

Entretanto, algumas vezes as teorias não são nem evoluções nem tampouco revisões de teorias anteriores, mas simplesmente uma explicação da realidade baseada no conjunto de conceitos de diferentes campos da ciência. Por exemplo: atualmente, as etapas do desenvolvimento infantil são explicadas com base em conceitos de Psicologia, Biologia, Genética e Sociologia em

conjunto. O campo da Saúde Coletiva, um outro exemplo, se constitui a partir de um "diálogo" entre diferentes disciplinas: a biologia, a clínica, epidemiologia, a sociologia, a filosofia, a ética.

Rápida resgate histórico da Teoria da Administração:

A história da Teoria da Administração é bastante recente e tem seu início no começo do século XX. Segundo Chiavenato³², pode ser resumida em cinco fases bem distintas e que se superpõem. Cada uma dessas cinco fases realça e enfatiza um aspecto importante da Administração.

1º Fase: ênfase nas TAREFAS

É a fase em que administrar significa planejar e racionalizar as tarefas que devem ser executadas. A preocupação básica da Administração era exclusivamente metodizar o trabalho do funcionário, visando melhorar a eficiência do processo produtivo.

Nesta fase, administrar é estabelecer e prescrever a maneira pela qual as pessoas devem executar o seu trabalho cotidiano. Esta fase teve o seu início com um engenheiro americano, Frederick W. Taylor, considerado o fundador da chamada "Administração Científica" e corresponde ao período da 2ª Revolução Industrial (1860-1914).

2º Fase: ênfase na ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

É a fase em que administrar é sobretudo planejar a estrutura de órgãos e cargos que compõem a empresa, e dirigir e controlar as suas atividades. Verifica-se que a eficiência da empresa é muito mais do que a soma da eficiência de cada um dos trabalhadores, e que ela deve ser alcançada através da racionalidade, isto é, da adequação dos meios (órgãos e cargos) aos fins que se deseja alcançar. A preocupação com a estrutura da empresa constitui uma enorme ampliação do objeto de estudo da Teoria da Administração. A microabordagem ao nível individual da cada trabalhador com relação à tarefa é enormemente ampliada ao nível da empresa como uma totalidade em relação à sua estrutura organizacional. Três são as abordagens relacionadas com a estrutura organizacional: a Teoria Clássica de Fayol, a Teoria da Burocracia de Weber e a Teoria Estruturalista.

3º Fase: ênfase nas PESSOAS

É a fase em que administrar é, sobretudo, lidar com pessoas. Esta terceira abordagem da Teoria da Administração procura enfatizar as pessoas dentro das empresas, deixando em segundo plano a estrutura e as tarefas. É a chamada "abordagem humanística" e que pode ser desdobrada em duas escolas ou teorias: a Escola das Relações Humanas e a Teoria Comportamental. Esta fase, assim como a anterior iniciaram no período entre as duas grandes guerras mundiais (1914-1945).

4º Fase: ênfase na TECNOLOGIA

É a fase em que administrar é lidar com a tecnologia, a fim de extrair dela a máxima eficiência possível. Com o advento da cibernética, da mecanização, da automação, da computação e da robotização, a tecnologia posta a serviço da empresa passou a moldar-lhe a estrutura e a condicionar o seu funcionamento. Alguns autores concebem a empresa como um sistema sociotécnico, onde interagem dois subsistemas intimamente interdependentes: o subsistema social ou humano (as pessoas e seus relacionamentos de trabalho) e o subsistema tecnológico (as tarefas e os equipamentos para executá-las).

5º Fase: ênfase no AMBIENTE

É a fase em que administrar é, sobretudo, lidar com as demandas do ambiente e obter o máximo de eficácia da empresa. Essa ênfase no ambiente surgiu com o aparecimento da Teoria da Contingência, segundo a qual não existe uma única "melhor maneira" de organizar as empresas. Pelo contrário, as características estruturais das empresas dependem das características ambientais que as circundam. Esta fase, assim como a 4ª fase iniciam no pós-guerra.

Atualmente, as cinco variáveis básicas da teoria da administração

(TAREFA, ESTRUTURA, PESSOAS, TECNOLOGIA E AMBIENTE)

são considerados importantes na administração de empresas. O comportamento dessas variáveis é sistêmico e complexo: cada uma influencia e é influenciada pelas demais; modificações em uma provocam modificações em maior ou menor grau nas demais e no todo (a organização).

³² CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 4ª ed. São Paulo : Ed. McGraw-Hill Ltda.

Em nosso entendimento, todas as teorias administrativas acima apresentadas são válidas e trazem uma contribuição importante, embora cada uma delas valorize uma ou algumas das cinco variáveis básicas. Na realidade, cada teoria administrativa surgiu como resposta aos problemas mais relevantes de sua época.

ALGUNS ENFOQUES GERENCIAIS NA ATUALIDADE

Tendo como perspectiva analisar criticamente os enfoques gerenciais mais contemporâneos e fazer opções metodológicas ao contexto de serviços de APS, partimos da contribuição de Rivera³³. Este autor considera que, entre a multiplicidade de enfoques gerenciais existentes no mundo atualmente, quatro seriam os mais expressivos - a Gestão da Qualidade Total (QT), a Reengenharia, o Planejamento Estratégico Corporativo e a Learning Organization. A síntese que segue está baseada na análise crítica deste autor a respeito do potencial de cada um desses enfoques para a aplicação ao campo da saúde.

Sobre o enfoque da QUALIDADE TOTAL (QT), o autor considera que o discurso da "centralização no cliente" e o reconhecimento das relações de confiança fornecedor/cliente, como garantia de qualidade, não estrutura instrumentos e técnicas capazes de propiciar a superioridade deste enfoque com relação a outras correntes utilizadas no campo da saúde, principalmente em relação ao enfoque estratégico, apesar de ter desenvolvido instrumentos de utilidade para a detecção e explicação de problemas em ambientes participativos.

A preocupação da Qualidade Total com a padronização produtiva tende a fazer dela uma corrente normativa com matizes humanitárias

Recentemente a QT evoluiu para um discurso que sustenta uma "Liderança Comunicativa" (em contraposição à Administração por Objetivos) e a incorporação de elementos da Administração Estratégica, principalmente o conceito de "fatores chave de sucesso". Segundo o autor, também esta corrente não possui um corpo teórico-metodológico próprio, alimentando-se de outros enfoques e persistindo como um grande "guarda-chuvas". A REENGENHARIA, menos padronizadora que a QT, busca fazer uma crítica à fragmentação exagerada do processo de

³³ RIVERA, F. J. U. Planejamento e Gestão em Saúde. Flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**. vol.4.n.2 1999. p. 355-365.

trabalho, defendendo a criação de equipes de trabalho, o que colaboraria para uma maior criatividade, diversificação e inovação. Segundo Rivera, entretanto:

A Reengenharia sucumbe devido à sua motivação oculta de enxugamento e demissão de força de trabalho, secundários à tentativa de integração de tarefas e simplificação dos mecanismos de controle anteriores

A respeito do PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO CORPORATIVO AMERICANO, da Escola de Harvard, o autor reconhece sua utilidade na definição de estratégias que permitam vantagens comparativas entre as empresas. Considera, porém, que:

Seria problemática e duvidosa sua utilização, mesmo adaptada, ao setor social

A ORGANIZAÇÃO QUE APRENDE (Learning Organization) propõe métodos, técnicas e instrumentos que visam despertar habilidades de aprendizagem entre os sujeitos envolvidos nos processos de trabalho, isto é para promover a aprendizagem em situação de trabalho. A questão seria ***aprender a aprender***, através da incorporação de habilidades de ***reflexão, indagação, argumentação e colocação autêntica***. Essas capacidades dizem respeito a cinco disciplinas: a aprendizagem em equipe, o trabalho com modelos mentais, o domínio de si mesmo, a visão compartilhada e o pensamento sistêmico.

O enfoque da ORGANIZAÇÃO QUE APRENDE destaca a intenção de desenvolver, no ambiente de trabalho, a capacidade de reflexão crítica e ação criativa

Dentro do paradigma da Organização que Aprende existem três correntes de pesquisadores. A primeira considera que o principal obstáculo ao aprendizado individual e, portanto, à mudança organizacional, corresponde à dificuldade de explicitar e questionar livremente os MODELOS MENTAIS TRADICIONAIS dos participantes da organização. Chama a atenção para a necessidade de desacelerar nossos processos mentais de modo a nos tornarmos mais conscientes das nossas formas de pensar e, assim, criar habilidades de indagação e de argumentação que colaborem para o questionamento dos modelos tradicionais que necessitam ser superados. Esta abordagem sustenta

que as pessoas têm a tendência a tirar conclusões a partir de uma "leitura enviesada dos dados da experiência" e uma interpretação baseada em preconceitos ou crenças culturais arraigadas. Isto se manifesta na presença de rotinas defensivas e de uma forma de gerenciar com as seguintes características:

- a) visar o maior controle possível dos fatores que afetam o ambiente de trabalho;
- b) sempre aprovar e elogiar os outros, para que se sintam bem em relação a si mesmos;
- c) nunca confrontar as razões ou ações dos outros;
- d) sempre defender sua posição para vencer;
- e) sentir-se vulnerável às próprias fraquezas;
- f) nunca dizer aos outros tudo o que você pensa ou sente;
- g) manter seus princípios, valores e crenças em todas as situações.

Uma segunda abordagem é a que se concentra nos PROBLEMAS DE APRENDIZADO que ocorrem quando os modelos mentais estão incorretos por duas diferentes razões: a) porque atribuem um relacionamento causal a alguns eventos e esse relacionamento não existe; b) porque não reconhecem esse relacionamento causal quando ele existe. Esta é a corrente mais associada ao trabalho de Peter Senge.

Uma terceira corrente tem uma abordagem mais cultural e explora as relações entre as possibilidades de aprendizagem organizacional e as condições necessárias do ponto de vista da CULTURA ORGANIZACIONAL.

A partir desta crítica os autores da ORGANIZAÇÃO QUE APRENDE propõem uma série de técnicas que visam "trazer à tona o não dito", presente em situações de interação mal-sucedida e inserir nas situações de diálogo um espírito de indagação, de auto-colocação autêntica e de crítica, que possibilite aumentar a capacidade de avaliação do comportamento defensivo e das conseqüências negativas não reconhecidas. A dificuldade de reconhecimento dos relacionamentos de causalidade sistêmica se deve ao fato de que os modelos mentais que trazemos da tradição ocidental traçam o quadro de um mundo unidirecional no qual um problema leva a uma ação, que leva a uma solução.

Nossos modelos mentais apresentam uma estrutura simplista de pensamento como esta:

Informação sobre o problema → Ação → Resultado.

Mas, na realidade, vivemos num ambiente circular contínuo, onde cada ação baseia-se nas condições atuais, estas ações afetam as condições atuais e as condições alteradas tornam-se a base de futuras ações

O processo não tem começo nem fim e o mundo é uma longa mola de causalidade onde causa e efeito giram continuamente. O problema, nos modelos mentais tradicionais, é que as pessoas são atraídas por ações não relevantes ao problema em questão.

Para Rivera (2003), superar os modelos mentais tradicionais implicaria:

- a) desenvolver explicações complexas da realidade capazes de apontar para as causas essenciais dos fenômenos e para a relação dinâmica entre as causas em geral.
- b) estabelecer práticas de simulação que exercitem o raciocínio do tipo 'se-então' como no caso do planejamento estratégico por cenários, que permite simular a construção de situações futuras como consequência da interconexão do comportamento de variáveis-chave e da dinâmica dos atores que controlam essas variáveis. Isso ajuda a pensar o que fazer em situações alternativas de futuro. Esse raciocínio condicional seria um elemento do aprendizado organizacional de extrema importância que criaria uma perspectiva oposta ao determinismo de nossa cultura;
- c) estabelecer dinâmicas dialógicas que ajudem a discernir e questionar os modelos de pensamento que subjacem às várias explicações possíveis de uma realidade e a desvendar as premissas e os interesses valorativos que condicionam as leituras diferenciadas da realidade.

O autor reconhece que a cultura que predomina nas organizações atuais na maioria dos casos é o contrário dessa proposta, não existindo espaço suficiente para o livre desenvolvimento do aprendizado coletivo e individual. Sugere, portanto, que se criem sistemas paralelos (dentro ou fora da organização) onde as pessoas tenham oportunidades de treinamento e prática, apoio e estímulo

para superar o medo e a vergonha de cometer erros, treinamento e recompensas pelos esforços na direção certa e normas que recompensem a inovação e a experimentação. Este sistema paralelo deveria ser criado bem no topo da organização, tendo o executivo como o principal aluno e sendo representado por um grupo em torno dele.

Uma questão parece ser fundamental: romper com o condicionamento de uma cultura impositiva a partir de dentro passa por buscar formas de distanciamento da cultura através do diálogo interdisciplinar e por intensificar processos comunicativos voltados para o processamento de aspectos disfuncionais da cultura organizacional. Neste sentido, é fundamental promover:

- *A afirmação e respeito das diferenças representadas pelos aspectos individuais ou subjetivos ofuscados pela noção de cultura*
- *A importância do planejamento a partir de cenários como forma de distanciamento da tradição e da experiência acumulada*

Na busca de enfoques gerenciais adequados ao contexto de serviços de APS/Básica do SUS consideramos fundamental uma reflexão sobre algumas questões de fundo das tendências de gerenciamento em uso. A síntese que segue, baseada na crítica de Campos (2000) sobre a racionalidade gerencial hegemônica, contribui neste sentido.

O autor toma como ponto de partida a obra clássica de Taylor "Princípios da Administração Científica", que inaugura, no campo da administração, um estilo de governar (ainda não superado) em que a disciplina e o controle são o eixo central dos métodos de gestão. É a este eixo central que Campos denomina racionalidade gerencial hegemônica, denunciando que os sistemas que se fundamentam nesta forma de pensar, além de comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a seus desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objetos de trabalho alheios a eles. Campos chama a atenção para o fato de que:

O comando e o controle pressupõem a concentração de poder e que, portanto, a desconcentração do poder nas instituições seria uma diretriz anti-Taylor e contra-hegemônica

A marca central da organização moderna ou pós-moderna continua sendo o autoritarismo, segundo o autor. Um autoritarismo às vezes revestido de palavras doces como "parceria,

integração, desenvolvimento de RH, flexibilização", mas enganosas. Além de integrar-se ao "espírito da firma", espera-se que os empregados o façam com entusiasmo expressivo, quase histérico. Outro aspecto é que o manejo dos processos de trabalho somente é imaginado se estiver constituído um centro duro de poder concentrado. Admite-se liberdade apenas para que todos trabalhem segundo o interesse e a visão da direção geral. Autonomia e integração servem somente para inventar novos modos de resolver problemas internos, sempre para aumentar a produtividade e não para enfrentar questões atinentes aos próprios trabalhadores.

A gerência em moldes tayloristas assenta-se, para Campos (2000), na necessidade de conservar alienada a maioria dos trabalhadores. Assim, seriam conformadas milhares de pessoas que nem sequer imaginam a possibilidade de uma vida organizada de outra forma, o que naturaliza a dominação. O método taylorista criou um sistema de governo assentado sobre a abismal diferença de poder dos dirigentes e o poder dos executores e também tratou de diferenciar as possibilidades de desenvolvimento pessoal entre estas duas camadas. Dos trabalhadores espera-se ordem, habilidade e obediência. Dos dirigentes, iniciativa, audácia, criatividade e domínio da arte de comandar, tomando esta distinção como natural e inevitável.

A racionalidade gerencial hegemônica reduz o trabalhador à condição de "coisa", fato que se expressa no termo "Recursos Humanos", amplamente utilizado em nosso meio

A discussão deste autor remete a reflexões sobre a racionalidade que sustenta nossas práticas gerenciais em serviços de APS/Básica do SUS e sobre a necessidade de aprofundar a crítica dos aspectos supostamente pedagógicos da administração hegemônica, isto é, sobre os arranjos organizacionais voltados para realizar uma verdadeira educação para o servilismo e mediocridade. A base pedagógica desta "escola" é a autoridade, assentada na diferença de poder e saber entre proprietários e chefes, de um lado, e trabalhadores na outra ponta. O ideal taylorista procurou estender para o mundo do trabalho o espírito conformado do burocrata, a educação para a renúncia, para o medo, para o silêncio, para aceitar o cotidiano sem mudança.

Este controle sobre as subjetividades, mediante a desqualificação dos desejos e interesses dos trabalhadores, é o núcleo duro sobre o qual se assentam quase todas as metodologias gerenciais que conhecemos

As formas de exercer o controle podem variar desde as mais explícitas até as mais sutis e imperceptíveis, através de estratégias de "terror ou de sedução", passando pelos modernos e rígidos sistemas de avaliação e prestação de contas. A construção da autonomia dos trabalhadores não foi tomada como problema por nenhuma das escolas de administração.

Na intenção de romper com a tradição gerencial taylorista, Campos propõe o MÉTODO DA RODA (2000), tratando de combinar o compromisso social com a liberdade dos sujeitos, reconhecendo que não há sujeito sem desejo, interesses e necessidades. O autor se pergunta se não seria o desafio central de qualquer sistema de governo - que se pretenda eficiente e democrático - administrar as diferenças e choques entre os distintos desejos e interesses, ao invés de ignorá-los, negá-los ou reprimi-los em nome de uma suposta objetividade.

O Método da Roda trabalha com o conceito de "coletivos organizados para a produção", entendendo-os como "agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, seja de bens, seja de serviços". Propõe-se a trabalhar objetivando a constituição de coletivos organizados, o que implica construir capacidade de análise e de co-gestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços quanto com sua própria constituição, objetivando desenvolver, de modo concomitante a produção de "valores de uso" e de "coletivos organizados".

O Método da Roda articula a produção de bens e serviços com a produção das instituições, organizações e sujeitos. Também denominado de "Paidéia", trabalha com um conceito ampliado de gestão, que envolve dimensões gerenciais, políticas, pedagógicas e terapêuticas

Uma reflexão sobre o contexto institucional em que nos situamos nos leva a supor que parecem COEXISTIR diferentes racionalidades gerenciais em nosso meio. Somos influenciados tanto pelas correntes mais tradicionais quanto por enfoques inovadores

Isso, em nosso modo de ver, não chega a ser um problema, já que as contribuições que cada enfoque gerencial nos traz podem ajudar a construir algo mais adequado à nossa realidade particular. Através de processos críticos, criativos e de construção compartilhada devemos garantir, entretanto, uma certa coerência teórico-metodológica com os valores, princípios e atributos da APS e do SUS, com a Missão e Visão Compartilhada de Futuro das organizações de saúde (instituições e serviços)

Ampliando para o contexto mais geral, consideramos que os serviços de APS/Básica no processo de construção do SUS têm desafios importantes a enfrentar. Se entendemos o território como o espaço social onde se inserem nossas práticas e cuidados de saúde, onde se organizam processos de trabalho e gestão; se aceitamos que neste território se configura um processo saúde/doença que é expressão da qualidade de vida desta população, então é necessário assumir o desafio de organizar processos de trabalho e de gestão que produzam melhorias na situação de saúde da população sob responsabilidade dos serviços e, concomitantemente, renovem a cultura e as subjetividades .

Gestão Colegiada

Uma forma de gestão que se orienta nos valores e princípios discutidos neste capítulo é a *Gestão Colegiada*. De modo geral e preliminar definimos Gestão Colegiada como:

Formato coletivo de Processo Gerencial que conduz uma Organização (serviços e unidades de atenção primária/básica através da administração das competências organizacionais e humanas, equipes, redes sociais, aprendizagem, mudança e inovação para que a organização sobreviva nos atuais ambientes dinâmicos e complexos.

Esta tarefa significa, em última análise, provocar, em cada espaço de trabalho, inovações que nos levem a transpor os paradigmas tradicionais no campo da saúde e da gestão. Isso pressupõe reconstruir, sob novas bases, as relações dos profissionais da saúde entre si, destes com a população e da equipe com os gestores. É inerente a esta tarefa gerencial, construir projetos de trabalho, implementá-las e avaliá-los compartilhadamente.

Os serviços de atenção primária/básica, em especial, têm responsabilidade importante na constituição dos sujeitos das mudanças que necessitam ser realizadas no SUS.

Segundo Faria & Santos & Aguiar (2003) a Gestão Colegiada tem por objetivo solidificar e fortalecer a *participação* e a responsabilidade dos trabalhadores em uma organização dando-lhes a oportunidade de identificar e resolver, com criatividade, os problemas de sua instância: a gestão colegiada.

Os mesmos autores destacam três problemas comuns em organizações de baixa responsabilidade: a falta de prestação de contas (de acordo com a Missão Institucional), a falta de visão de conjunto e a falta de comunicação entre diferentes "departamentos", o que gera a sensação de impotência dos trabalhadores para lidar com seus problemas. A Gestão Colegiada pressupõe que o grau de responsabilidade de um trabalhador diante de suas atividades é proporcional ao seu grau de autonomia e de voz ativa. Esse modelo também visa aumentar os laços dos trabalhadores e o seu próprio trabalho, mostrado a esses a importância desse para o cumprimento global da Missão Institucional (do serviço ou unidade de atenção primária/básica do SUS) e democratizando as tomadas de decisão. Não somente o poder será compartilhado, mas também a responsabilidade e os meios para resolução dos problemas.

Para que uma Gestão compartilhada seja criada, é preciso que seja construída compartilhadamente e que o processo de trabalho seja segmentado segundo uma determinada lógica definida pelos trabalhadores. A equipe deve construir também compartilhadamente um *projeto* para o serviço ou US (*Missão, Visão de Futuro e Estratégias*), ter um *planejamento global permanente*, dividir *responsabilidades*, monitorar e *avaliar*. Com base nesse projeto e planejamento global, cada unidade produtiva ou grupo de trabalho deverá fazer o seu *planejamento específico* e eleger prioridades para contribuir no projeto e no planejamento do serviço ou unidade de atenção primária/básica do SUS.

Considerações Finais

Gostaríamos de enfatizar, em primeiro lugar, alguns aspectos que nos parecem fundamentais na definição dos enfoques gerenciais mais adequados à realidade de serviços de APS do SUS:

- a) não é possível fazer com que a realidade concreta simplesmente se adapte aos conceitos e teorias existentes. Portanto, o gerente deverá trabalhar com aqueles conceitos, teorias, métodos e técnicas que lhe permitam uma melhor compreensão da realidade e, em consequência, intervenções mais adequadas. O gerente deverá, assim, orientar-se por problemas reais e pela necessidade de enfrentá-los com eficácia, resgatando o conceito de gerência como construção e implementação de projetos que visam melhorar a saúde da população e, como pressuposto, a condução do processo de trabalho de sua equipe para que este realize suas finalidades.

- b) em decorrência do exposto acima, consideramos que o gerente poderá trabalhar com a idéia de uma "CAIXA DE FERRAMENTAS", o que significa que deverá ter domínio de um conjunto de conceitos, teorias, metodologias, instrumentos e técnicas - que guardem coerência com a natureza dos problemas que precisa enfrentar - e que possa lançar mão deste "instrumental" conforme seja necessário. Seria como um trabalhador que leva sua caixa com vários instrumentos - martelo, chave de fenda, alicate, etc - e que utiliza cada instrumental conforme a situação exija.

A partir das reflexões realizadas com referência nesses autores, fazemos uma opção teórico-metodológica para a gerência de serviços e US de APS/Básica, tendo como cenário a implementação do SUS e de um novo modelo de atenção orientado na APS. Esta opção caracteriza-se, pelos conceitos e pressupostos que seguem:

- **GERÊNCIA entendida com três funções fundamentais:** a) Planejamento/Avaliação; c) Administração de Recursos; c) Coordenação de Processo de Trabalho, cada uma delas sendo operacionalizada através de "**ferramentas**" adequadas a cada situação
- **O PROCESSO DE TRABALHO em saúde com dupla finalidade/dimensão:** a) produzir **AÇÕES** e **SERVIÇOS** para responder a problemas/necessidades da população sob responsabilidade da US de APS/Básica do SUS (dimensão finalística); b) (re)constituir as relações interativas e intersubjetivas de trabalho, portanto, reconstituir os **SUJEITOS** (dimensão interativa) envolvidos na produção do cuidado (profissionais desaúde, gerentes e população)
- no espaço dos serviços e US de APS/Básica de SUS, deve-se experimentar a construção de formas de **PODER MAIS COMPARTILHADO** e horizontalizado na gestão, nas relações dos profissionais da equipe de saúde e entre a equipe e a população
- A associação de com uma dimensão **COMUNICATIVA no método gerencial** com enfoque teórico-metodológico e operacional **ESTRATÉGICO-SITUACIONAL**, baseado em Carlos Matus, visa potencializar a capacidade concomitante dos serviços de APS/Básica do SUS de impactar a situação de saúde da população e, ao mesmo tempo, renovar a cultura organizacional, os sujeitos/atores sociais, as organizações e sistema de saúde, desenvolvendo as suas dimensões técnicas, políticas, ideológicas, estratégicas, gerenciais, pedagógicas e terapêuticas.

Capítulo 6.

MÉTODO GERENCIAL EM SERVIÇOS E UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS

Bárbara Raupp

Carlos Molina

Introdução

Buscando fazer uma opção metodológica adequada ao gerenciamento de serviços de APS do SUS, nos apoiamos nos pressupostos e opções teóricas discutidas nos capítulos anteriores, em especial os que seguem:

- conceito de gerência como condução do processo de trabalho, o que implica construir projetos e executá-los, de modo compartilhado (equipe, gerente, população);
- concepção do processo de trabalho em APS com duas dimensões: a) finalidade - produção de serviços e ações para contribuir na melhoria da situação de saúde da população sob nossa responsabilidade; b) interação - (re)constituição permanente dos sujeitos mediados por uma boa comunicação (equilíbrio entre diálogo e discussão);
- processo gerencial com três funções: a) planejamento; b) administração de recursos e c) coordenação de processo de trabalho;
- participação popular no serviço de saúde como formas de poder mais compartilhado entre gerente, equipe e população local, no espaço dos serviços de APS do SUS;
- método gerencial operacionalizado através de uma "caixa de ferramentas" (metodologias, instrumentos e técnicas) que lançamos mão conforme a necessidade, o problema ou a situação a ser enfrentada, garantida a coerência com os valores, princípios e atributos da APS e princípios SUS.

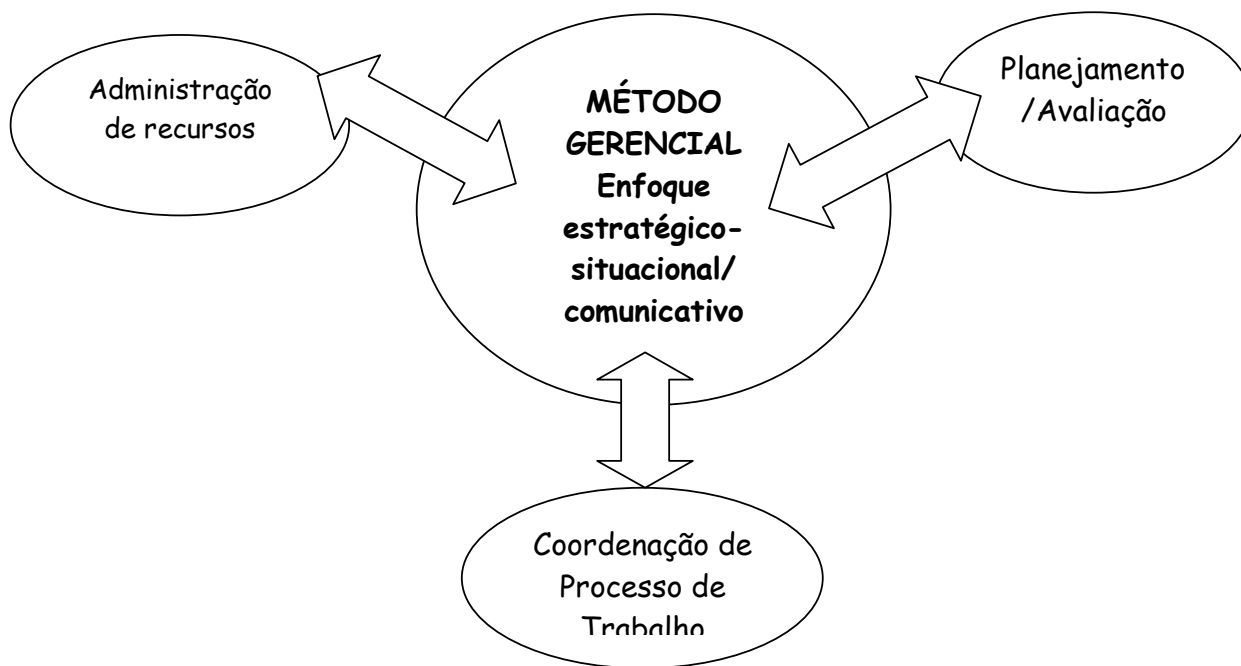
Assumir esses os pressupostos no método gerencial implica associar ferramentas desenvolvidas pelo enfoque estratégico-situacional de planejamento/gestão com ferramentas que operacionalizam a dimensão comunicativa desta metodologia. Este é, certamente, um processo criativo que pretende potencializar concomitantemente a realização das finalidades do processo de trabalho com a constituição de sujeitos (profissionais de saúde, população e gerentes) no contexto de serviços de APS/Básica do SUS. Desse modo, criamos condições para a renovação permanente dos serviços de

saúde e dos modos de produzir saúde com base na APS. Acreditamos ser possível e desejável usar de criatividade e de flexibilidade metodológica nos processos gerenciais, pois o mais importante é que este realmente "conduza" o processo de trabalho de modo coerente com o paradigma da APS e do SUS.

*Os processos gerenciais em Unidades de APS/SUS devem orientar-se em um enfoque de planejamento e gestão com uma racionalidade ampliada que operacionalize o enfoque **ESTRATÉGICO-SITUACIONAL-COMUNICATIVO** no planejamento e na gerência*

Passamos a seguir à apresentação do método gerencial, organizado em três funções gerenciais, certamente interligadas entre si. Esta apresentação consiste de breves discussões teóricas que fundamentam a opção metodológica, apresentada a seguir e logo a seguir, em cada "parte", os instrumentos para a operacionalização daquele momento.

Destacamos finalmente que a metodologia gerencial que apresentamos neste documento não deve ser vista como uma "receita" a ser seguida rigidamente e, sim, como uma oferta de idéias e ferramentas que, usadas criativamente e respeitando a cultura local, poderão contribuir para desenvolver os processos gerenciais em suas três funções.



MÉTODO DE PLANEJAMENTO/AVALIAÇÃO

Em primeiro lugar, deseja-se destacar que a *avaliação* é parte integrante e fundamental em todo processo de *planejamento* e, por isso, serão apresentados e discutidos neste capítulo, juntos, como uma das três funções do método gerencial. Iniciamos com uma discussão sobre planejamento, com o método que elegemos e as ferramentas e instrumentos para sua operacionalização e, posteriormente, discutiremos avaliação, também como algumas ferramentas para apoiá-la.

PLANEJAMENTO

Em um sentido bem genérico, planejamento é um PROCESSO através do qual são estabelecidos OBJETIVOS e é construído um PLANO DE AÇÃO para intervir em problemas. O Plano de Ação é um INSTRUMENTO de trabalho do gerente. Por isso, o processo de planejamento é inseparável da gerência. O planejamento existe como função gerencial, mas pode ser mais ou menos descentralizado.

O QUE SIGNIFICA PLANEJAR?

Planejar é "pensar antes de fazer", é um pensar de modo organizado, é direcionar a ação e os esforços para alcançar objetivos.

POR QUE É IMPORTANTE PLANEJAR?

Podemos agir de diferentes formas, improvisadamente e sem direção ou intencionalmente, com uma direção clara. Uma ação planejada é ação não-improvisada.

A função do planejamento é tornar a ação clara, precisa, efetiva, eficiente, eficaz, orgânica, direcionada e, portanto, transformadora

QUEM FAZ PLANEJAMENTO?

A nível da sociedade, todos os atores sociais planejam; em uma instituição, planeja o gerente e sua equipe. Em serviços de APS/SUS, é importante incorporar a população local no planejamento da US.

ENFOQUES DE PLANEJAMENTO

O planejamento pode acontecer através de processos e enfoques teórico-metodológicos diferentes. Abaixo apresentamos uma "*caricatura*" compreendermos as diferenças entre os enfoques de planejamento.

⇒ Planejamento NORMATIVO: "Eu tenho um entendimento da realidade; tenho meus objetivos; faço um plano; vocês apenas executam conforme o meu plano, para atingir meus objetivos".

⇒ Planejamento ESTRATÉGICO: "Eu tenho um entendimento da realidade; tenho meus objetivos; sei que outros atores sociais têm entendimentos diferentes da mesma realidade e que têm objetivos próprios; eu faço um plano considerando a existência desses outros atores e as relações de poder existentes, mas busco atingir meus objetivos".

⇒ Planejamento PARTICIPATIVO/COMUNICATIVO: "Eu tenho um entendimento da realidade; tenho meus objetivos; outros atores sociais têm entendimentos diferentes da mesma realidade; estes outros atores têm objetivos próprios. Nós sentamos à mesma mesa, dialogamos e discutimos para compreender a realidade, definimos uma imagem-objetivo comum; discutimos problemas, elegemos prioridades, traçamos objetivos, construímos um plano de ação, implementamos juntos as ações e avaliamos de forma conjunta".

A dimensão comunicativa do planejamento estratégico-situacional toma como ponto de partida diferentes entendimentos da realidade e, através do diálogo e da discussão, busca alcançar consensos, RELATIVOS e PROVISÓRIOS, que fundamentam um trabalho conjunto, quando os atores sociais têm objetivos comuns.

Quando agregamos uma dimensão comunicativa ao planejamento estratégico-situacional podemos tornar a avaliação, o planejamento, a coordenação do processo de trabalho e a gestão como oportunidades de ***aprendizagem na situação de trabalho***. Esta opção metodológica remete ao

conceito de "SUJEITO/ATOR". Por um lado, o planejamento envolve *intervenção/ação* e, assim, constitui atores sociais; por outro, este enfoque de planejamento reconstrói *saberes e novos modos de trabalhar em saúde* e, assim, estaremos também diante de sujeitos em permanente constituição. Incorporar a construção de conhecimento nos processos de planejamento implica que o eles devem ser participativos, dialógicos e problematizadores, *equilibrando o diálogo, a discussão e a ação*. A coordenação de um processo de planejamento com essas características é responsabilidade do gerente ou do colegiado de gestão local, envolvendo a equipe, a população, o Conselho Local de Saúde.

O plano de ação é o produto resultante do processo de planejamento e será o principal instrumento de trabalho do gerente ou colegiado de gestão da US. Sintetizando, esta linha de raciocínio nos levou a propor uma *metodologia* de planejamento, com base no PES, mas adaptada à nossa cultura e realidade organizacional. Esta metodologia que busca ampliar a sua racionalidade, superando as dificuldade de uso do PES em nossa realidade, foi adaptada por nós e denominada de metodologia de planejamento com enfoque

ESTRATÉGICO-SITUACIONAL-COMUNICATIVO
operacionalizado através de uma "Caixa de Ferramentas"

A "caixa de ferramentas" para o planejamento local conterá instrumentos, metodologias e técnicas, desenvolvidas pelo enfoque estratégico-situacional, outras visam operacionalizar e facilitar a dimensão comunicativa que permeia o processo e têm a finalidade de renovação da cultura organizacional, valorizando seus traços positivos e trabalhando para superar as dificuldades culturais neste contexto, considerando o projeto do SSC/GHC no SUS, isto é, sua Missão, Visão de Futuro e Estratégias mais gerais. O Monitoramento e a Avaliação de ações e atividades fazem parte do processo de Planejamento e também devem apoiar-se em ferramentas adequadas, entre elas os indicadores. Com esta metodologia, usada *criativamente* no SSC, nos diferentes espaços de trabalho e gestão (Atenção à Saúde, Formação/Ensino/Pesquisa e Apoio Técnico/Administrativo) pretendemos tornar o planejamento - assim as demais funções gerencias - um espaço de permanente de aprendizagem na situação de trabalho, para as equipes, gerentes e comunidades, contribuindo assim para a renovação cultural e organizacional do SSC e para realizar sua *Missão* e buscar a *Visão Compartilhada de Futuro*.

QUADRO COMPARATIVO ENTRE OS ENFOQUES DE PLANEJAMENTO - Bárbara Raupp³⁴

ASPECTO	NORMATIVO	ESTRATÉGICO	ESTRATÉGICO/COMUNICATIVO
QUEM SÃO OS "ATORES" DO PLANEJAMENTO/ GESTÃO?	Um único ator ➤ Políticos ➤ Gerentes ➤ Técnicos	➤ Ator principal ➤ Outros atores Ex.(serviço de saúde): gerentes, profissionais, população	Todos os atores envolvidos na realidade planejada
PARA QUÊ PLANEJAR/ GERENCIAR?	Melhorar a relação custo/benefício Racionalizar Aumentar a produtividade	Para mudar uma realidade considerada inadequada pelo ator principal	Para mudar uma realidade considerada inadequada por todos os atores envolvidos no planejamento
RELAÇÕES Ator/Realidade Ator/Ator	O ator que planeja/gestão está "fora" da realidade planejada	O ator está dentro da realidade e interage com ela Os atores interagem entre si	Os atores interagem com a realidade e entre si
Como se dá a INTERAÇÃO entre os atores?	Não existe	Através do DIÁLOGO (visa conhecer o projeto dos demais atores para definir as melhores estratégias e alcançar os objetivos do ator principal)	Através do DIÁLOGO (visa alcançar o entendimento sobre os objetivos e as melhores estratégias para alcançá-los)
MOMENTOS do processo de planejamento/ gestão	➤ Programação ➤ Acompanhamento ➤ Avaliação	➤ Análise da Situação Atual ➤ Desenho da Situação-Objetivo ➤ Desenho das Estratégias ➤ Programação, Acompanhamento e Avaliação	➤ Análise da Situação Atual ➤ Desenho da Situação-Objetivo ➤ Desenho das Estratégias ➤ Programação, Acompanhamento e Avaliação

³⁴ Odontóloga do Serviço de Saúde Comunitária/GHC, Porto Alegre/RS, atuando atualmente como Apoio Técnico em Planejamento e Gestão. Especialista em Odontologia Social/UFRG; Saúde Pública/ESP/Fiocruz; Mestre em Educação/UFRGS.

<p>COMO Trabalha com conflitos e diferenças (projetos)</p>	<p>Não são levados em consideração</p>	<p>Com criação e acumulação de PODER político-administrativo, técnico e social</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Com a criação e acumulação de PODER compartilhado ➤ Com NEGOCIAÇÃO do tipo "ganha-ganha"
<p>DIMENSÃO da realidade em que se especializa</p>	<p>Administrativa Técnica</p>	<p>Político-administrativa Técnica Social</p>	<p>Político-administrativa Técnica Social Cultural Subjetiva</p>
<p>PALAVRAS-CHAVE</p>	<p>Norma Racionalização</p>	<p>Conflitos Estratégia para atingir fins Poder</p>	<p>Conflitos/diferenças Comunicação (equilíbrio diálogo, problematização, discussão) Negociação ganha-ganha Busca de entendimento/consenso Estratégias para atingir fins Poder compartilhado Cultura, ética, subjetividade Processo educativo intersubjetivo</p>

0

O planejamento deve ser entendido como um PROCESSO CONTÍNUO e PERMANENTE, incorporado no cotidiano de trabalho da Unidade de Saúde

A seguir descrevemos como poderia ser operacionalizado, em uma unidade de APS/SUS, um processo de planejamento com este enfoque.

FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE TRABALHO (GT) PARA COORDENAR O PLANEJAMENTO

Para desencadear um processo orientado nesta metodologia é fundamental que o responsável pela coordenação da unidade de saúde (assistente de coordenação) tome a iniciativa de: a) formar um grupo de trabalho para coordenar a implementação da metodologia; b) criar um espaço de reuniões de trabalho com este grupo e as condições necessárias para viabilizar que os seus integrantes possam participar deste trabalho; c) organize e coordene este espaço de trabalho apoiado na metodologia.

A formação deste GT deve levar em consideração alguns critérios, tais como:

- a) ser multiprofissional e integrado por pessoas que conheçam as diferentes atividades e o processo de trabalho da unidade como um todo;
- b) pessoas com interesse em trabalhar com planejamento e gerência, preferencialmente aqueles que já tenham experiência e/ou conhecimento da área;
- c) pessoas dispostas a comprometer-se com esta atividade em caráter continuado em seu cotidiano de trabalho;
- d) pessoas que se identifiquem com a idéia de "construção coletiva" e de "aprendizagem permanente no cotidiano de trabalho"

O papel fundamental deste GT será:

- a) fazer propostas, participar da organização, sistematização, registro e coordenação do processo de trabalho com a equipe e com a população;
- b) o espaço deste GT deve ser aberto à participação dos residentes (especialmente quando em estágio de gerenciamento), mas deve ser coordenado por profissionais contratados;

O Método de Planejamento Estratégico-Situacional (PES) (Rivera, 1995; Artmann, 1993)³⁵ trabalha com a noção de **Momentos**. A metodologia inclui diferentes "momentos", não necessariamente separados entre si. Os autores analisam o pensamento de Carlos Matus e a metodologia do PES ressaltando que o conceito de momento para Matus significa **ocasião**, **circunstância** ou **conjuntura** que atravessa um processo contínuo e encadeado e que não tem começo nem fim definido.

A passagem do processo de planejamento por um MOMENTO determinado é apenas o domínio transitório de tal momento sobre os outros, que sempre estão presentes.

Este conceito de momento, que é próprio de um processo contínuo, contrapõe-se ao conceito de etapa do planejamento normativo, o qual admite uma seqüência linear e direcionada, que começa com o diagnóstico, passa pelo desenho e aprovação do plano de ação, e culmina nas instâncias de execução, avaliação e controle. Vamos assumir os quatro momentos propostos por Matus no PES:

Momento Explicativo, Momento Normativo, Momento Estratégico e Momento Tático-operacional; a dimensão comunicativa perpassa todos esses momentos no método que aqui propomos.

Nesta perspectiva o planejamento torna-se um **permanente pensar e fazer**, uma permanente **aprendizagem na situação de trabalho**, um permanente cálculo, explicação, desenho e ação persistente no dia-a-dia da US. Por isso denominamos momentos e não etapas.

O importante é compreender quais são as FINALIDADES de cada momento e como podemos desenvolvê-los com os sujeito/atores

Finalidades dos MOMENTOS do PES (Matus, 1987)

MOMENTO EXPLICATIVO: é quando nos propomos a conhecer a realidade, seja, mais globalmente, seja mais pontualmente, mas sempre contextualizada; este conhecer a realidade no leva a

³⁵ Com base em Matus, Carlos. Política, Planificación y Gobierno. Borrador. Washington DC, 1987.

identificar problemas e necessidades de saúde; a lista de problemas geralmente é muito grande e, assim, temos de eleger prioridades; para trabalhar com as prioridades precisamos **compreender** mais profundamente cada problema priorizado em seu contexto, isto é, a **realidade**; compreender significa descrever, interpretar, explicar e fazer uma síntese do problema em sua complexidade, situando-o no contexto em que se insere. O conjunto de problemas identificados demarcam a **Situação Inicial**, no processo de planejamento. A título de síntese, as finalidades deste momento são:

- Conhecer a realidade e identificar problemas (metodologias e ferramentas para conhecer a realidade - pág. 78 a 88 deste documento)
- Eleger prioridades (metodologias e ferramentas para eleição de prioridades - pág. 88 a 101 deste documento)
- Estudar e compreender os problemas em sua complexidade (metodologias e ferramentas para estudar problemas - pág. 101 a 108 deste documento)

MOMENTO NORMATIVO: este momento aponta para o desenho do "DEVE SER", ou seja: "para onde queremos ir"? Qual é a situação que desejamos alcançar? Qual o futuro desejado pelo grupo que planeja?

As finalidades neste momento são construir uma Visão de Futuro e Imagens-Objetivo para os problemas priorizados (conceitos, método e ferramentas - pág.114 a 125)

MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL: neste momento devemos:

- Identificar os "nós críticos" na rede explicativa dos problemas (ver conceito abaixo)
- Definir propostas de ação e estratégias para intervir nos problemas priorizados
- Elaborar um plano de ação (conceitos, método e ferramentas pág. 121 a 127)
- Implementar as ações do Modelo Lógico (ver Método de Coordenação do Processo de Trabalho - pág. 137-160)
- Acompanhar, monitorar e avaliar a resolução dos problemas (ver avaliação - p. 106-113 e Método de Coordenação do Processo de Trabalho - p. 137-160)

MOMENTO ESTRATÉGICO: é o momento em que precisamos responder a perguntas como: quais os obstáculos que devem ser superados para viabilizar o plano de ação? como faremos para superar

esses obstáculos e, portanto, aproximar a situação atual da situação desejada, da Imagem-Objetivo ou da Visão Compartilhada de Futuro? Devemos considerar vários tipos de *restrições* à implementação do plano de ação: recursos de poder político; sujeitos/atores com diferentes interesses; recursos econômicos; estrutura organizacional; estilo gerencial, cultura organizacional e as subjetividades envolvidas. Neste momento deveremos analisar a viabilidade do plano de ação e, a partir daí, propor estratégias ou refazer as propostas de ação.

A seguir (re) apresentamos com maior detalhamento e com ferramentas para sua operacionalização os **MOMENTOS DO MÉTODO DE PLANEJAMENTO**, já adaptados à nossa realidade e com nossas opções teórico-metodológicas.

I. MOMENTO EXPLICATIVO DO MÉTODO DE PLANEJAMENTO

As finalidades deste momento são: conhecer a realidade, identificar problemas, eleger prioridades, identificar nós críticos e estudar os problemas em contexto, isto é, em suas múltiplas dimensões causais, em sua complexidade.

Conhecer a realidade é um processo essencialmente *qualitativo*, que pode ou não apoiar-se em informações de natureza *quantitativa*, dependendo da metodologia empregada para tanto. De qualquer modo, conhecer significa sempre interpretar, explicar e compreender. Por isso, é fundamental reunir informações de qualidade e envolver os diferentes sujeitos/atores sociais em serviços de APS/Básica do SUS (equipe, gerente, população e outros, dependendo da situação-problema a ser enfrentado) Isso garante que diferentes olhares e vivências interpretem e julguem as informações sobre a realidade, É preciso sistematizar um conjunto de informações, sintetizá-las e estudá-las coletivamente, em processos permanentes e sempre inconclusos. O momento explicativo se confunde com a avaliação quando não partimos do "zero". É preciso incluir informações e dados sobre as ações e o processo de trabalho e gerencial da US.

CONHECER A REALIDADE (MOMENTO EXPLICATIVO)

Uma **primeira forma** é organizar uma **PASTA de INFORMAÇÕES da US** que contenha dados e informações, de natureza quanti-qualitativa sobre a) o território e a população; b) o processo/resultados do trabalho da US e c) o processo gerencial (como se constrói e conduz um

projeto para a US?). A pasta de informações - apontada acima é a base para desencadear o Momento Explicativo do processo de planejamento.

Uma **segunda forma** é realizar uma **Estimativa Rápida**³⁶ (Acurcio et al. IN: Mendes, 1998) que é um tipo de estudo sobre a realidade de um território (Distrito Sanitário, Unidade de Saúde, Micro-área de risco) através da coleta, sistematização e interpretação de informações. As fontes de informação são três: a) sistemas de informação disponíveis; b) entrevistas com informantes-chave; c) observações semi-dirigidas do território e da vida da população. Neste documento não entraremos em detalhes sobre a Estimativa Rápida, método que consideramos bastante interessante, pois envolve a equipe e a comunidade e desencadeia um processo de planejamento participativo. Sugerimos a bibliografia onde está descrita a metodologia e que esta seja usada com criatividade e adequação à realidade local.

Uma terceira forma de conhecer a realidade é o monitoramento e a avaliação permanente do plano de ação elaborado para os problemas e do processo e resultados do trabalho da equipe (discutiremos avaliação nas pág. 102 A 109).

A seguir apresentamos um instrumento para construir a PASTA DE INFORMAÇÕES de uma US de APS/Básica do SUS. As ferramentas para realizar uma Estimativa Rápida não serão apresentadas, mas fazemos menção a textos orientadores nas referências deste documento. O capítulo referente à Coordenação do Processo de Trabalho deixará mais claro as possibilidades de integrar a avaliação, o planejamento e a educação permanente.

PASTA DE INFORMAÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE.

Consideramos fundamental que Unidades de APS/SUS possuam uma "Pasta de Informações" e que a *mantenham atualizada*. Outra idéia, que também pode ajudar muito no conhecimento da realidade em uma US de APS/SUS é uma "*Sala de Situação*" onde existem informações e indicadores atualizados para que a equipe acompanhe sistematicamente a situação de saúde da população e tome decisões com base em informações de qualidade.

A pasta informações, como mencionamos, possui três grandes categorias: *Território, Processo de Trabalho e Processo Gerencial*. Dependendo da forma como é realizado o processo, a construção da pasta de informações e sua atualização pode ser considerada um momento educativo para que a equipe conheça a realidade da população e do serviço de saúde, estimulando, assim, o envolvimento das pessoas no processo de planejamento.

É importante, porém, criar mecanismos ágeis que possibilitem manter esta pasta atualizada. Ela é, juntamente com o Plano de Ação, uma importante "ferramenta de trabalho" do Gerente, do Colegiado de Gestão e da Equipe. Nas páginas que seguem apresentamos um roteiro para a construção desta pasta.

Esta pasta de informações, além de facilitar o processo de planejamento, podendo ser o seu ponto de partida, auxilia também nos seguintes casos: familiarização de residentes e estagiários, novos funcionários, apresentação da unidade de visitantes, fonte para construir apresentações mais sintéticas da unidade, estudo do perfil populacional pelos residentes no Currículo Integrado, Estudo de Caso do Estágio de Gerenciamento, entre outros.

PASTA DE INFORMAÇÕES DA UNIDADE DE SAÚDE

(instrumento do Momento Explicativo)

DESCRIÇÃO REFLEXIVA COM APOIO NOS ITENS E QUESTÕES ORIENTADORAS

INFORMAÇÕES SOBRE O TERRITÓRIO E A POPULAÇÃO

- Mapa do território-área de abrangência e das micro-áreas de risco (se for o caso). Fotos
- Aspectos históricos da comunidade local
- Distribuição da população no território, tipos de habitação no território e nas áreas de risco. Heterogeneidades no território.
- Aspectos geográficos, topografia, vegetação, vias de acesso, etc.
- Abastecimento de energia elétrica, água, esgoto, coleta de lixo
- Associações, grupos culturais, políticos, religiosos, recursos sociais, entidades, etc
- Número e distribuição por idade e gênero da população. Pirâmide populacional.
- Dados de renda e escolaridade da população
- Migrações, atividades econômicas, dados de trabalho e ocupação; salários
- Escolaridade e alfabetização
- Grupos de maior risco e vulnerabilidade social - micro-áreas de risco
- Organização familiar - famílias de maior risco e vulnerabilidade social
- Relações de gênero, violência, drogas, tráfico de drogas, violência doméstica
- Aspectos culturais, concepções e práticas informais de saúde
- Recursos comunitários de saúde: agentes de saúde, recursos religiosos (benzedadeiras, umbanda, igrejas evangélicas, ...)
- Formas de participação social e de participação em saúde
- Mortalidade por causas
- Morbidade (principais agravos à saúde)

INFORMAÇÕES SOBRE PROCESSO DE TRABALHO NA US

EQUIPE: **estrutura** (como está constituída a equipe - número de profissionais/categoria profissional e formação; residentes)

RECURSOS MATERIAIS: Estrutura e fluxo dos recursos (físicos, materiais permanentes e de consumo). A Unidade faz controle de estoque? Como é realizado, como são os fluxos e quem são os responsáveis?

PROCESSO DE TRABALHO: listar todas as ações e atividades realizadas pela equipe, com sua principal finalidade, objetivos e metas; quem participa, quem coordena, metodologias empregadas e resultados. Existem dados de produção mensal das mesmas? Existe planejamento, registro e avaliação sistemática das ações e atividades desenvolvidas? Existem estratégias e mecanismos organizativos e integradores do processo de trabalho com um todo?

Existem mecanismos para circulação, troca de informações relevantes sobre os pacientes e famílias, interconsultas, diálogo, entre os profissionais e entre as diferentes categorias profissionais? Em que situações (formais e informais) isto costuma acontecer? Existem seminários de campo (de saberes e práticas de APS/SUS) com toda a equipe? Existem seminários de Núcleo (de saberes e práticas por profissão?). Existe um método facilitador do trabalho em equipe? Quais os traços e quais as principais dificuldades no trabalho em equipe?

AÇÕES DE VIGILÂNCIA: a US faz vigilância em saúde no território (ações programáticas para Criança, Gestante, Mulher, HiperDia, Vigilância Epidemiológica, De Volta prá Casa)? Existem indicadores de cobertura e de qualidade para avaliar as ações programáticas? Esses indicadores são socializados, interpretados e analisados entre a equipe? E com a comunidade? Que ações são desencadeadas a partir da análise dos indicadores?

EQUIDADE: a equipe faz busca ativa e oferece atenção à saúde diferenciada para grupos de maior vulnerabilidade social e risco à saúde? Identifica famílias, grupos e microáreas de risco? Desenvolve estratégias de ação para trabalhar com estes grupos? Como a equipe trabalha com as pessoas que não procuram espontaneamente o serviço? Descrever a metodologia de trabalho.

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: a US divulga e discute informações sobre a situação de saúde da comunidade? Quais as estratégias? Dispõe de material educativo para apoiar atividades educativo-participativas (promoção da saúde e preventivas)? Este material é adequado à cultura da população do território? A equipe busca o envolvimento da população na promoção e na vigilância da saúde? Existe divulgação das atividades que a equipe realiza? Existe divulgação clara sobre o acesso às diferentes atividades e sobre o funcionamento da US? A US colabora com as instituições locais na introdução de medidas de promoção da saúde dos cidadãos? Desenvolve estratégias intersetoriais para abordagem dos problemas? Estabelece parcerias com a população na busca de solução para problemas da população?

ATRIBUTOS DA APS/SUS

ACESSO: existe organização e programação da demanda? Qual a proporção entre demanda programada x demanda espontânea x programas especiais? A comunidade conhece estes critérios? Encontram-se afixadas instruções claras e acessíveis a funcionários e à população sobre o sistema de marcação de consultas (programadas, consultas do dia, programas especiais, urgência,...) para todas as categorias profissionais? A equipe faz Acolhimento? Como está organizado e quais são os critérios? Como se dá esse aspecto para cada categoria profissional? Encontram-se afixadas informações claras e acessíveis a funcionários e população sobre todas as demais atividades desenvolvidas pela unidade de saúde? Há possibilidade de atendimento pelas diferentes categorias profissionais, no próprio dia, para pessoas em situações agudas? Existe programa de assistência domiciliar? Existem critérios para o atendimento domiciliar? Quais são eles? Eles são conhecidos pela população e pela equipe?

CONTINUIDADE DA ATENÇÃO: o agendamento é realizado de forma a permitir que os pacientes e famílias consultem e sejam acompanhados pelos mesmos profissionais? Como se dá esse aspecto em relação às diferentes categorias profissionais? Quais as vantagens e dificuldades de trabalhar desse modo?

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: a equipe trabalha em conjunto com os problemas e necessidades de saúde das pessoas, famílias e grupos no território? interage para buscar solução ou controle para os mesmos? A equipe referencia pacientes para serviços especializados quando necessário?

Consegue ter a contra-referência de maneira adequada, de modo a garantir a integralidade da atenção prestação, respondendo integralmente às necessidades de saúde das pessoas? Desenvolve ações interdisciplinares e/ou intersetoriais para intervir em problemas do território, buscando abordagens ampliadas dos mesmos em relação à situação de vida e situação de saúde?

COORDENAÇÃO DO CUIDADO: Existe integração e inter-relação entre diferentes ações e atividades realizadas pelos profissionais, da mesma categoria profissional e de categorias profissionais diferentes (trabalho em equipe, busca da interdisciplinaridade)? Existe monitoramento do tempo de espera para as consultas de referência com especialistas? Como caracterizam e avaliam o fluxo da referência e contra-referência?

INFORMAÇÕES SOBRE O PROCESSO GERENCIAL

ANÁLISE DA CULTURA ORGANIZACIONAL

Cultura técnica

A unidade de saúde possui um projeto claro para todos na equipe? E na comunidade? Quais são as finalidades da US, na percepção da equipe e da comunidade? Quais são os valores, princípios e pressupostos que orientam o projeto da US? As pessoas conhecem esses pressupostos? Quais os valores implícitos nas práticas efetivamente realizadas na unidade de saúde? Que tipos de ações e atividades são predominantes na US? Que tipo de conhecimento sustenta predominantemente o processo de trabalho (clínico, epidemiológico, interdisciplinar, ...) ? Como se dá a interação entre o conhecimento e as práticas das diferentes categorias profissionais? Como a equipe percebe o ambiente interno e externo (ameaça ou como possibilidades de renovação, realização, ..)? Como são valorizadas as diferentes atividades realizadas pela equipe? E pela comunidade? Como isso se manifesta no cotidiano de trabalho?

Cultura gerencial

Quais são as formas mais comuns de regular as interações entre os profissionais e de manter a coesão interna da equipe? Qual o estilo de relação da equipe com a comunidade? Como se dá o processo de tomada de decisão e em que espaços? Existe Gestão Colegiada? Como descreveriam a estrutura de poder na US? Como descreveriam, de modo geral, o estilo da Gestão da US? E de Planejamento, de Administração de Recursos? Como se dá a coordenação do processo de trabalho?

Qual é o grau de centralização e descentralização do processo gerencial? Existe Conselho local de Saúde? Qual é o estilo de relação de trabalho no CLS?

Liderança e Socialização dos sujeitos:

Como percebem a capacidade do gerente e lideranças na condução e socialização dos profissionais da equipe para a construção de um projeto de para a US e a formação para o trabalho? Como percebem o estilo de liderança predominante e a relação destas com a equipe? E com a comunidade? Como percebem as concepções e condutas interiorizadas na "solicitação e prestação de contas" no processo de trabalho? Quais as concepções pedagógicas predominantes na situação de trabalho na equipe? e em relação à população?

PLANEJAMENTO: A equipe costuma planejar suas atividades? Como descreveria o "modo de planejar" da equipe? O coordenador e colegiado de gestão apropriou-se de uma metodologia de planejamento? Existe um "Estudo de Situação" atualizado? Foram definidas prioridades? Quais? Existe um Plano de Ação (representado graficamente em um Modelo Lógico) atualizado? O Plano de Ação tem objetivos, metas, estratégias, responsáveis, formas de avaliação? A Equipe está executando o plano de ação? Quais as estratégias utilizadas para monitorar o Plano de Ação? Existem relatórios anuais das atividades realizadas pela US? Quais as principais dificuldades encontradas no planejamento da Unidade? Quem participa do processo de planejamento? Todos os profissionais têm conhecimento dos principais objetivos e metas da US? E a população? A equipe considera que responde aos principais problemas de saúde da população (considerar aspectos referentes à morbi-mortalidade, exposição a fatores de risco à saúde e forma de organização do serviço de saúde). O que pensa a comunidade?

ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS

Pesquisar sobre como se dá o fluxo de reposição e manutenção de materiais de consumo, permanente e de equipamentos. Avaliar, com apoio nos textos de referência, a adequação da estrutura física, dos materiais, da tecnologia (leve e dura), dos recursos humanos, considerando as finalidades e princípios dos SSC, sua Missão, Visão de Futuro e Estratégias. Avaliar o uso do tempo pelos profissionais, pelo coordenador da US e/ou pelo Colegiado de Gestão.

COORDENAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO: Existem reuniões de equipe rotineiramente?

Com que periodicidade? Quem participa dessas reuniões? Existe uma AGENDA (anual, bianual, mensal) com datas, temas e pautas previamente divulgadas? Existe planejamento, AGENDA de trabalho e avaliação em Grupos de Trabalho (GTs) ou Unidades Produtivas nos Colegiados de Gestão? Como se articulam entre si as agendas? Quem constrói a agenda da US? Quem coordena as reuniões de equipe? Existe um método claro de coordenação das reuniões? Existe uma metodologia de coordenação do processo de trabalho em sua totalidade (ações e atividades e suas relações entre si e com o projeto da US, serviço e SUS? Como descreveriam este método? Existem avaliações periódicas das ações/atividades previstas no plano de ação? A educação continuada e permanente está relacionada com o planejamento e a avaliação da US? Como são definidos os temas de educação continuada e permanente? As reuniões do Colegiado de Gestão têm objetivos claros? O Colegiado de Gestão coordena o planejamento global da US? Existem registros adequados (sintéticos, acessíveis, organizados, socializados, ...) das reuniões (de equipe e com a comunidade), do produto e encaminhamentos das reuniões e oficinas de trabalho? Os encaminhamentos e produtos costumam ficar claros para todos? Quais os mecanismos utilizados para socializar o "produto das reuniões"?

EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE: existem atividades de educação continuada e de educação permanente para a equipe como um todo (de campo)? E para as diferentes categorias profissionais (de núcleo)? Quais os critérios na definição dos temas a serem discutidos? Quem são os responsáveis por planejar, organizar e coordenar estas atividades? Existe registro e avaliação das atividades da educação continuada e permanente da equipe? Quais as metodologias que costumam ser empregadas? Existe articulação com as práticas, existe "devolução" para a equipe e articulação com a organização do trabalho da unidade?

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: a Unidade possui um Conselho Local de Saúde? Existe divulgação sobre os objetivos e funcionamento deste Conselho para toda a população e para a equipe? A US participa do Conselho Distrital de Saúde? Que outras formas participativas existem na relação equipe-comunidade? Existem reuniões periódicas com a Comunidade? Qual a periodicidade? Quem participa? Quais os objetivos? A Unidade discute com a população os problemas de saúde da população do território? A população participa do planejamento e da definição de prioridades? Quais as metodologias e estratégias utilizadas para isso? A comunidade

participa de avaliações de ações e atividades desenvolvidas na US? Quem coordena as reuniões com a comunidade? Existe um método claro de trabalho com a comunidade? Como descreveriam este método?

IDENTIFICAR PROBLEMAS E ELEGER PRIORIDADES (MOMENTO EXPLICATIVO)

Após conhecer a realidade e analisar a "Situação Atual" - ainda dentro do MOMENTO EXPLICATIVO do processo de planejamento - é necessário identificar os PROBLEMAS que a realidade que estamos conhecendo apresenta. Para isso, precisamos definir PROBLEMA. Matus (1987) define "problema" no contexto do planejamento da seguinte forma:

PROBLEMA é uma discrepância entre a situação atual encontrada e aquilo que é considerado uma situação ideal, sendo que esta discrepância é assumida como evitável e inaceitável

Exemplo de um problema bem definido:

A cobertura vacinal de sarampo na área de atuação da Unidade de Saúde X é de 50%, quando deveria ser de 90% (diferença entre o SER e o DEVE SER).

Matus estabelece outros elementos conceituais em relação a PROBLEMA:

- um problema é sempre RELATIVO à posição de um ator social, não podendo ser definido como um absoluto;
- um problema é assumido como inaceitável por um ator se este considera com um VALOR ou INTERESSE POSITIVO a sua eliminação.

Como visto anteriormente, os problemas são estabelecidos numa análise comparativa, isto é, a situação real encontrada é comparada com uma Imagem-objetivo ou com uma Visão Compartilhada de Futuro (SENGE, 2002).

A imagem-objetivo é aquilo que consideramos como situação ideal a ser buscada em relação aos problemas identificados

O desenho normativo do planejamento estratégico-situacional

Ela se transforma em OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS no plano de ação

No planejamento estratégico-situacional-comunicativo a Imagem-objetivo ou a Visão Compartilhada de Futuro é construída no diálogo/discussão" entre os sujeitos/atores em uma organização de saúde (US, serviços hospitalizados, hospital)

Categorias de problemas

Para chegarmos naquilo que é o objetivo final, muitas vezes precisamos alcançar objetivos intermediários. E, por isso, é importante não perder de vista a imagem-objetivo, evitando tomar outras direções. No Planejamento Local é importante distribuir os problemas em três categorias, são as chamadas:

- Condições de vida da população
- Situação de saúde da população
- Serviço de saúde

Apesar da realidade ser complexa e multidimensional, esta divisão dos problemas em categorias facilita o desenho das operações/intervenções - é uma forma de relacionar a LISTA DE PROBLEMAS com as possibilidades de intervenção (ações e/ou demandas). Ou seja:

- os problemas internos da Unidade de Saúde requerem uma atuação basicamente gerencial-administrativa;
- os problemas de saúde da população requerem atuação técnica da equipe de saúde em articulação com a população local;
- os problemas de infra-estrutura e condições de vida da população requerem atuação política da equipe de saúde no trabalho de discutir a realidade com a população e estimular a organização comunitária para a luta por seus direitos.

Elegendo as prioridades

O conhecimento da realidade nos leva a identificar uma série de problemas existentes no território, na saúde da população e na Unidade de Saúde. Podemos iniciar fazendo uma lista de problemas. No entanto, não é possível, e nem desejável, que todos os problemas sejam abordados ao

mesmo tempo. Via de regra, os recursos financeiros, a estrutura física, de pessoal e a tecnologia disponível são insuficientes para possibilitar uma intervenção em todos os problemas identificados. Diante disso, devemos **hierarquizar** os problemas, estabelecendo um conjunto de PRIORIDADES.

A eleição de prioridades deve ser "negociada", isto é, realizadas com os diferentes sujeitos/atores no processo de planejamento. Priorizar problemas que sejam valorizados por todos é uma forma de garantir maior legitimidade para o processo de planejamento. Uma possibilidade é empregarmos um instrumento onde cada sujeito/ator (a equipe de saúde, organizações comunitárias, outras instituições) atribui diferentes valores para cada problema, evidenciando os diferentes entendimentos da realidade e critérios utilizados.

A equipe de saúde deve ter claro quais os critérios que pretende usar para a eleição de prioridades. Embora o enfoque normativo de planejamento, baseado no método CENDES/OPS, já esteja superado em sua essência, ainda é possível utilizarmos os critérios propostos por este enfoque para selecionar prioridades, que são os que seguem e constituem nossa **primeira proposta** para a eleição de prioridades.

- **Magnitude:** é a **frequência** com que o problema ocorre na população, isto é, o número de pessoas acometidas pelo problema. A magnitude é geralmente expressa por **coeficientes de morbidade**, que relacionam o número de pessoas acometidas pela doença ou agravo à saúde com a população total do território.
- **Transcendência:** corresponde ao **dano causado pelo problema**, por exemplo, o número de óbitos provocados por determinada doença ou agravo à saúde. A avaliação da transcendência é, em geral, feita por **coeficientes de mortalidade** (óbitos/população) e de **letalidade** (óbitos/indivíduos acometidos). Certas doenças de baixa letalidade podem, entretanto, ser também consideradas como de alta transcendência por serem causa importante de incapacidade física ou mental e/ou rejeição social, como é o caso da poliomielite (paralisia infantil).
- **Vulnerabilidade:** é a **capacidade de intervenção** ou a possibilidade que se tem de reduzir um determinado problema de saúde na população por meio das técnicas existentes, eficazes e acessíveis. Este ponto inclui vários itens:
 - **Conhecimento técnico** atual possibilita resolver o problema?
 - Disponibilidade de **tecnologia apropriada** (medicamentos, tratamentos não medicamentosos) para controlar o problema?

→ **Efetividade** da intervenção: considerando-se que é conhecida a forma de resolver o problema e exista disponibilidade tecnológica, a intervenção, se realizada da forma preconizada, será efetiva? **A intervenção funciona na prática em nossa realidade ?**

→ Facilidade da **identificação da população-alvo**: é útil que as pessoas portadoras do problema sejam facilmente identificáveis na população.

- **Custo** : relaciona os recursos financeiros a serem gastos com os resultados que podem ser obtidos.

Uma **segunda forma** também tradicional de estabelecer prioridades é utilizarmos os **critérios de risco à saúde**, considerando quais grupos de pessoas deveriam receber atenção especial. Qualquer pessoa - homem, mulher ou criança - está sob risco de adoecer e morrer, mas alguns grupos estão sob risco muito maior. Estes são chamados de grupos de alto risco. Não apenas algumas pessoas estão sob maior risco de desenvolver certas doenças, mas também podem fazer menor uso dos serviços de saúde disponíveis - isto é, também estão sob alto risco de não receber a necessária atenção à saúde.

A informação epidemiológica é essencial para identificar tais grupos de alto risco, quais podem ser reconhecidos por suas características comuns relativas a **QUEM ? ONDE ? QUANDO ?**

Exemplos de grupos de alto risco "tradicionais":

- Crianças de até 5 anos de idade; alta proporção de mortes evitáveis - por desnutrição, doenças transmissíveis, diarreias, pneumonias e acidentes.
- Pessoas que estão em contato com portadores de doenças infecciosas, tais como tuberculose

Enfoque da Vigilância da Saúde - trabalho por Problemas

O enfoque tradicional por programas pressupõe uma definição apriorística dos problemas e prioridades - por doenças, categorias profissionais, faixas etárias, etc. O planejamento a partir do território, característico da **Vigilância da Saúde** apresenta uma perspectiva de organização que parte do reconhecimento do território para, sem posições apriorísticas, identificar, descrever, explicar, interpretar e compreender os problemas de saúde e de vida ali existentes. No âmbito do território, trabalhar por problemas exige a **microlocalização** dos mesmos, reconhecendo que a

distribuição dos problemas se dá de modo heterogêneo e discrimina negativamente alguns grupos sociais que tendem a concentrar-se em determinados espaços de existência no território.

Pensando a partir da lógica da Vigilância da Saúde. Teixeira et al. (In: Mendes, 1993, p. 237-265) atualizaram a matriz para escolha de prioridades do Método Cendes-Opas, buscando representar operacionalmente as novas concepções de saúde e de planejamento em saúde. Com apoio na autora, defendemos que o primeiro passo no desenho metodológico do método de planejamento estratégico-situacional em um serviço ou US de atenção primária/básica a identificação e o mapeamento dos diferentes grupos populacionais e a priorização daqueles que possuem maior risco e vulnerabilidade social. Quanto à priorização de problemas, a autora propõe os seguintes critérios:

- Impacto na situação de saúde dos grupos populacionais (valorização política, econômica e sanitária);
- Ser potencialmente epidêmico
- Disponibilidade de tecnologia para abordá-lo;
- Custo da intervenção

Com base nesses critérios e na lógica proposta pela autora, construímos uma matriz para eleição de prioridades, apresentada na página que segue:

MATRIZ PARA ELEIÇÃO DE PRIORIDADES (Teixeira et al. In: Mendes, 1994)

PROBLEMAS	Impacto na situação de saúde	Potencialidade de epidemia	Disponibilidade tecnológica	Custo estimativo	Total
Pontuação de critérios	0	1	2	3	
Impacto (do problema na situação de saúde global da população)	Baixo	Significativo	Alto	Muito alto	
Potencial de epidemia	Não há	Mínimo	Significativa	Alto	
Disponibilidade tecnológica	Mínimo	Moderada	Significativa	Alta	
Custo	Muito alto	Significativo	Moderada	Baixo	

Além destes critérios, é necessário levar em consideração as necessidades e os problemas percebidos e valorizados pela população

Quando a população se sente "ouvida" e se pode dialogar e problematizar no processo de planejamento, melhora o vínculo entre a equipe e a população e o planejamento torna-se um processo participativo, mais legítimo, mais consensual e oportunidade de aprendizagem coletiva.

Com o objetivo de facilitar a participação da população na eleição de prioridades apresentamos um exemplo de dinâmica de OFICINA DE TRABALHO DA EQUIPE COM A POPULAÇÃO visando a eleição de prioridades num processo de planejamento participativo.

ASSEMBLÉIA COMUNITÁRIA

ORIENTAÇÃO PARA TRABALHO EM SUBGRUPOS

TEMPO TOTAL: 60 min.

Grupo:

Coordenador:

Relator:

MÉTODO PARA ELEIÇÃO DE PRIORIDADES

Considerando o que foi exposto na apresentação sobre o território, a população e o trabalho da unidade de saúde, assim como a experiência dos participantes:

- a) Discutir a SAÚDE no TERRITÓRIO e identificar problemas;
- b) Eleger um ou mais problemas prioritários;
- d) Preparar uma apresentação sobre a discussão

ORIENTAÇÃO PARA O COORDENADOR - método para eleição de prioridade:

Após promover a discussão sobre a saúde e os problemas do território, solicitar que cada pessoa:

1. Escreva em um papel os três problemas que considera mais importantes;
2. Dê notas de 3 a 1 para cada problema, por ordem de importância:
Mais importante (3) Média importância (2) Menor importância (1)
3. Listar todos os problemas apontados e somar as notas dadas a cada problema;
4. A prioridade será o problema que obtiver a maior nota.

ORIENTAÇÃO PARA O RELATOR: registrar toda a discussão do subgrupo e ajudar o grupo a preparar a apresentação para o grande grupo

ASSEMBLÉIA COMUNITÁRIA PARA ELEIÇÃO DE PRIORIDADES

ORIENTAÇÃO PARA TRABALHO EM SUBGRUPOS

TEMPO TOTAL: 60 min.

Grupo:

Coordenador:

Relator:

MÉTODO PARA ELEIÇÃO DE PRIORIDADES

Considerando o que foi exposto na apresentação sobre o território, a população e o trabalho da unidade de saúde, assim como a experiência dos participantes:

- a) Discutir a SAÚDE no TERRITÓRIO e identificar problemas;
- b) Eleger um ou mais problemas prioritários;
- d) Preparar uma apresentação sobre a discussão

ORIENTAÇÃO PARA O COORDENADOR - método para eleição de prioridade:

Após promover a discussão sobre a saúde e os problemas do território, solicitar que cada pessoa:

1. Escreva em um papel os três problemas que considera mais importantes;
2. Dê notas de 3 a 1 para cada problema, por ordem de importância:
Mais importante (3) Média importância (2) Menor importância (1)
3. Listar todos os problemas apontados e somar as notas dadas a cada problema;
4. A prioridade será o problema que obtiver a maior nota.

ORIENTAÇÃO PARA O RELATOR: registrar toda a discussão do subgrupo e ajudar o grupo a preparar a apresentação para o grande grupo

ESTUDO DE PROBLEMAS

Os coordenadores do processo de planejamento (coordenador, gerente, colegiados de gestão, GT Planejamento) devem propor dinâmicas de trabalho com a equipe e com a comunidade (especialmente com o Conselho Local de Saúde) que permitam aprofundar e sistematizar o estudo dos problemas priorizados. A metodologia de trabalho é basicamente a mesma na equipe ou com a população, com as devidas adaptações para a cultura da equipe e da população.

Ainda dentro do momento explicativo do processo de planejamento, temos a sua terceira finalidade que é *estudar os problemas* priorizados e identificar nós críticos. A partir da identificação dos problemas e da eleição de prioridades, surge a necessidade de compreendermos cada problema no contexto em que se insere, sua multicausalidade, as interações e retroações entre as causas e conseqüências dos problemas. O setor saúde lida sempre com problemas "complexos e mal-estruturados", no sentido que Mitrov³⁷ dá a esse conceito, a saber:

Problemas Complexos e Mal-Estruturados são aqueles em que intervêm um conjunto de variáveis, não sendo todas conhecidas; e, daquelas conhecidas, não podemos estabelecer com precisão qual o peso relativo de cada uma delas na produção dos fenômenos em estudo, razões pelas quais não são redutíveis a um modelo matemático que possa dar conta do todo.

Quando trabalhamos com problemas COMPLEXOS e MAL-ESTRUTURADOS não existem regras pré-determinadas para sua resolução

Mas, quando mais conhecemos um problema em suas complexidade e em seu contexto específico, mais condições teremos de propor alternativas viáveis e com potencialidades de melhorar ou resolver o problemas. Por isso, insistimos que o **ESTUDO** e a compreensão dos problemas em sua complexidade é fundamental, e não deve ser colocada em segundo plano.

Conhecer um problema envolve diferentes operações mentais, pois implica descrever, interpretar, explicar, identificar causas mais imediatas e mais profundas, refletir sobre a interação das causas entre si e destas com o problema em foco. Esse exercício de estudar um

³⁷ MITROV, I. Methodological approach to social sciences. In : Castellanos, PL. **Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de Salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar**. OPAS-OMS (borrador de trabajo) - s.d.

problema em equipe ou com a população pode constituir-se em um processo essencialmente educativo e participativo, desde que exista a possibilidade de "interpretações e explicações colaborativa", com os diferentes olhares, percepções, e expectativas. Nesta situação, é possível construir um conhecimento "pertinente" para enfrentar os problemas. Como exercício de aprendizagem na situação de trabalho, reconstituem-se os sujeitos/atores sociais. Para operacionalizarmos essa "interpretação e explicação colaborativa" dos problemas, podemos usar diferentes métodos, técnicas e instrumentos.

Carlos Matus (1987) propôs o denominado *Fluxograma Situacional* para o PES e a *Árvore Explicativa* para o Método ZOOP³⁸ que é uma simplificação da técnica anterior para facilitar o seu uso em contextos mais locais.

No SSC, estamos desenvolvendo a *REDE EXPLICATIVA DOS PROBLEMAS*, buscando coerência entre esta percepção da realidade e dos problemas como complexos e a técnica de processamento dos problemas no planejamento. Não importa quão complexo seja um problema, usualmente é possível identificar aspectos estratégicos (nós críticos) relacionados com ele e que apontam para possíveis ações que possam melhorar, controlar ou solucionar o problema.

As técnicas para o Estudo dos Problemas devem possibilitar a identificação das múltiplas causas e conseqüências e a interação/retroação entre elas e suas implicações para os sujeitos/atores que planejam e que estão imersos nos problemas. Assim, o estudo dos problemas deve identificar as interconexões entre causas sociais, demográficas, políticas, ideológicas, econômicas, organizacionais (serviços e sistema de saúde, ...) e os problemas e necessidades de saúde.

O FLUXOGRAMA SITUACIONAL

O exercício consiste em fazer coletivamente um diagrama com as causas relacionadas ao problema em estudo, desde as mais imediatamente identificáveis até as causas mais estruturais. Deve-se também apontar as conseqüências do problema.

A ÁRVORE EXPLICATIVA.

É uma das formas mais simples de estudar e representar graficamente os problemas

³⁸ ARTMANN, e. O planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde(uma abordagem comunicativa). ENSP. Dissertação de Mestrado, 1993.

DINÂMICA DE GRUPO PARA CONSTRUIR A ÁRVORE EXPLICATIVA

- inicialmente, trabalhar a definição do problema, ou seja, apresentar os dados qualitativos e/ou quantitativos que descrevem o problema e defini-lo, sinteticamente como uma discrepância entre a situação atual e a situação desejada;
- distribuir recortes de papel e solicitar que as pessoas discutam em grupo quais são os fatores que provocam a existência daquele problema (causas do problemas) e que conseqüências ele traz, escrevendo uma causa e uma conseqüência em cada recorte de papel;
- a seguir, todo o grupo deve fazer o exercício de montar a árvore explicativa do problema, estabelecendo relações das causas entre si, com o problema e as conseqüências e implicações do problema.

A árvore explicativa ficaria assim:

- NO TRONCO

Representamos o problema bem definido

- OS GALHOS E AS FOLHAS

As manifestações e conseqüências do problema;

- AS RAÍZES

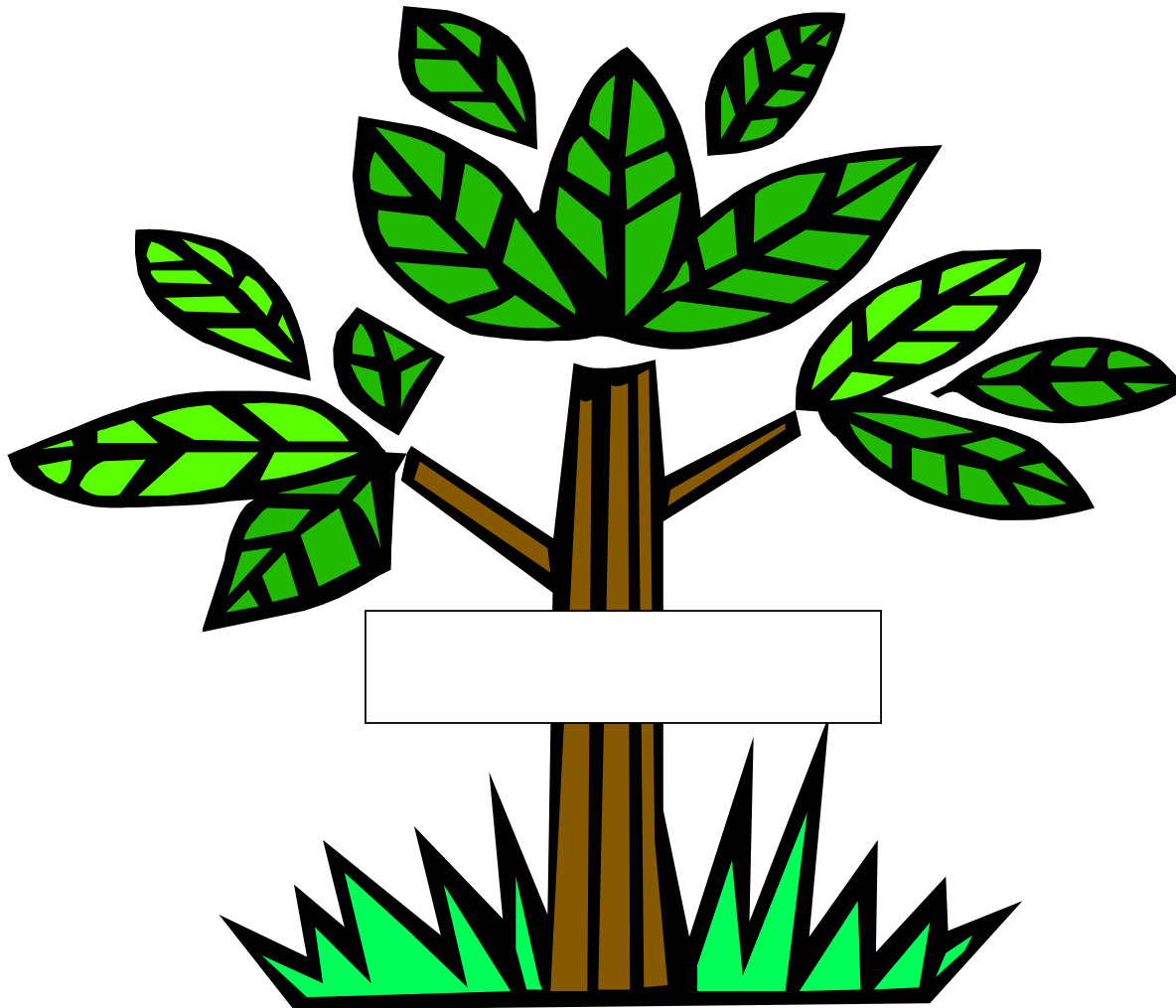
Representem as causas deste problema;

- A PAISAGEM

O contexto ou o cenário onde o problema está situado

Na página que segue apresentamos o desenho de uma árvore que pode ser utilizado para representar o ESTUDO do PROBLEMA

ÁRVORE EXPLICATIVA



Uma terceira possibilidade para o estudo de problemas, apoiada no pensamento da complexidade, é a *Rede Explicativa* dos Problemas.

REDE EXPLICATIVA DOS PROBLEMAS

Dinâmica de Grupo para Construir a rede explicativa dos problemas

A rede explicativa permite fazer um estudo e uma "visualização" coletiva do problema, para explicar, interpretar e compreender determinado problema em seu contexto concreto, complexo, para além das simples aparências ou das explicações unicasais. Com esta dinâmica, percebemos que um problema de saúde é o resultado das tensões entre múltiplas causas e não tem um fundamento ou uma causa única.

Inicialmente, quem vai coordenar a dinâmica escreve no centro de um papel pardo (bem grande) o problema a ser estudado e coloca o papel no chão, com o grupo em volta. O coordenador propõe uma "chuva de idéias" sobre o problema (os participantes escrevem em tarjetas as idéias que o problema evoca). As tarjetas vão sendo colocadas de forma aleatória sobre o papel pardo. Quem está coordenando estimula que todos os participantes façam relações entre as idéias que estão sendo lançadas e o processo termina quando o grupo considerar que já esgotou "todas" as relações e interconexões.

A seguir tenta-se fazer agrupamentos das "tarjetas/idéias/explicações" por semelhança (colando-se uma "tarjeta" ao lado da outra). Depois de feito este processo são discutidas as relações entre as causas (como as causas se relacionam entre si e com o problema?). Isto é feito através de setas. Esta parte do processo é muito importante e é fundamental que haja a participação de todos, trazendo múltiplos "olhares" e percepções sobre o problema.

Neste momento, passamos para a segunda etapa do trabalho no estudo de um problema: identificar os "nós críticos". Um nó crítico, como já definido anteriormente, significa um "problema ou grupo de problemas estratégicos", no sentido de que, se atuamos sobre ele e conseguimos modificá-lo favoravelmente, obteremos um impacto positivo na situação do problema em questão, na imagem-objetivo ou no futuro desejado. Por isso, os nós críticos devem ser priorizados no processo de planejamento e transformados em "centros de atuação".

AVALIAÇÃO COMO APRENDIZAGEM EM SITUAÇÃO DE TRABALHO

A avaliação integra e se confunde com o momento explicativo do processo de planejamento e, por isso, deve ser incorporada no cotidiano de trabalho como uma estratégia de aprimoramento permanente das práticas de saúde da equipe. Além disso, se a população participa do planejamento, é importante participar também da avaliação. Da mesma forma que os demais momentos do processo de planejamento, a avaliação deve ser vista como um processo essencialmente participativo e com a possibilidade de tornar-se oportunidade de aprendizagem na situação de trabalho.

Todo processo de avaliação necessita ter objetivos claros, isto é, quais serão os aspectos avaliados e que métodos e instrumentos serão utilizados. A avaliação deve incluir a auto-avaliação. No contexto de unidades de APS/SUS deve ser um processo coletivo de descrição, interpretação, explicação e reflexão sobre o estado de saúde da população, o processo de trabalho da US e os resultados do trabalho realizado pela equipe.

É importante atentarmos para uma tendência na cultura dos serviços e da população de apontar imediatamente as soluções para os problemas, sem passar pelo momento de estudar o problema em seu contexto, em sua complexidade. Essa atitude isso pode levar a soluções simplistas para problemas que são complexos, o que provavelmente irá levar a soluções parciais e imediatistas que não irão resolver o problema.

Para estudar os problemas (descrever, interpretar, explicar e compreender) devemos escolher uma metodologia e desenvolvê-la coletivamente. Recomendamos a "Rede Explicativa dos Problemas" por entendermos que esta abordagem possui maior potencial para captar os múltiplos aspectos da realidade relacionados com o problema e a interação entre eles.

Com esse sentido, os processos de avaliação podem ser bastante pedagógicos, tornar-se oportunidade de aprendizagem na situação de trabalho, renovando, portanto, saberes e práticas e a cultura organizacional. Esta concepção de avaliação leva a apontar avanços, dificuldades, limitações e os "porquês" dos processos ou das dificuldades encontradas pelos sujeitos, sejam eles integrantes da equipe, sejam os gerentes ou a população. Avaliação envolve conhecer resultados e compreender os processos que levaram a esses resultados. Isso se alcança através de uma comunicação intersubjetiva, isto é, de uma modo de interagir que equilibra o diálogo, a discussão (problematização) e a ação. Esta

postura também contribui para ir construindo a Missão e a Visão Compartilhada de Futuro com a equipe e a população.

Avaliação é um processo de reflexão crítica sobre a prática coletiva e individual. Uma boa avaliação permite identificar nossos avanços, dificuldades e limitações, mas também as possibilidades de superá-las, reinventando no cotidiano nossa proposta de trabalho.

A avaliação precisa apoiar-se em *informações confiáveis, baseadas em evidências científicas* ou *empíricas*, de natureza quantitativa e qualitativa - mas é processo *essencialmente qualitativo e intersubjetivo*. As informações devem ser *interpretados e julgadas* por todos os sujeitos/atores sociais envolvidos com os problemas e o processo de planejamento em serviços ou unidades de atenção primária/básica do SUS. Um boa avaliação aponta imediatamente para possíveis propostas no sentido de superar, melhorar ou controlar os problemas identificados na avaliação.

Com esse sentido, os processos de avaliação podem ser bastante pedagógicos, na equipe e com a população, tornando-se oportunidade de aprendizagem na situação de trabalho e renovando progressivamente as concepções e o modo de trabalhar da equipe e da população.

Usando indicadores na avaliação

Um indicador é a expressão, a medida ou o reflexo de uma situação determinada. É uma variável que serve para medir mudanças da situação ao longo de um período de tempo.

Quando utilizamos indicadores, eles precisam ficar bem estabelecidos já no momento da programação e da elaboração das propostas de ação. Um indicador, para ser adequado, deve apresentar as seguintes características:

- ter validade - medir realmente o que se supõe que deva ser medido;
- ter objetividade - obter o mesmo resultado, quando a medição é feita por diferentes pessoas em situações análogas;
- ter sensibilidade - capacidade de captar as mudanças ocorridas na situação estudada;
- ter especificidade - refletir apenas as mudanças acontecidas na situação em estudo;
- ter facilidade de obtenção - os dados necessários não devem exigir investigações especiais e complexas;

- ter simplicidade no cálculo
- ter aceitabilidade - não suscitar dúvidas a respeito dos métodos empregados para seu cálculo e interpretação.

Mas o que significa indicador? Como o próprio nome diz, um *indicador indica*. Mas indica o quê? Indica em que medida estamos alcançando o que nos propusemos, nossos objetivos e nossas metas... Buscando uma conceituação mais precisa, nos valem de Takeda (1992) quando refere que indicadores são "instrumentos de avaliação que possibilitam inferir sobre a qualidade global da atenção à saúde". Ou, como diz Uchoa (1994), indicador significa "a expressão, a medida ou o reflexo de uma situação determinada ou das mudanças ou tendências da situação ao longo de um dado período de tempo". Já a Organização Panamericana de Saúde (1994) define indicador como:

un instrumento de medición construido teóricamente para ser aplicado a un conjunto de unidades de análisis con el propósito de producir un número que cuantifica algún concepto asociado a ese colectivo,.

Devemos construir uma "cultura de avaliação e auto-avaliação permanentes" nos serviços de APS/SUS, incorporada no cotidiano, do mesmo modo que o planejamento. Para construirmos um sistema de avaliação para uma US de APS/SUS é preciso que se definam os pressupostos. O primeiro é que a prática de saúde possui aspectos quantitativos e qualitativos, que ambos são importantes e interrelacionados. Assim, quando pensamos em definir um sistema de indicadores devemos pensar em indicadores quantitativos, para algumas ações realizadas, e critérios ou indicadores qualitativos para avaliar atividades que não podem ser quantificadas, como, por exemplo, as atividades educativas e participativas. Outro pressuposto geral é que os processos de avaliação devem contemplar fundamentalmente três aspectos:

- **O ESTADO DE SAÚDE da população sob responsabilidade da US**
 - **Nosso PROCESSO DE TRABALHO da US**
- **O resultado deste processo, isto é, o IMPACTO da prática da US no estado de saúde da população**

Em síntese, o SISTEMA DE INDICADORES para a avaliação de unidades e serviços de atenção primária/básica do SUS deve guardar coerência:

- com a concepção de saúde e cuidado em saúde da APS/SUS
- com os valores, princípios e atributos da APS;
- com as prioridades, objetivos e metas definidos no serviço ou US.

Num primeiro momento, fazemos uma reflexão sobre a "lógica" da construção de indicadores, tendo como pressuposto principal que deve existir uma interrelação entre o conceito de um evento mensurável e a forma com que realizamos a medição, isto é, o que o indicador demonstra. Assim, nos parece procedente que o primeiro ponto a ser considerado seja o conceito de saúde que orienta nossa prática. Acreditamos que devemos ter como referência um conceito amplo de saúde, que, de modo muito sintético, poderia ser expresso como "saúde é um fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente" (Minayo, 1994).

Uma segunda perspectiva a ser incorporada na construção dos indicadores são as finalidades do serviço ou US (Missão). No Serviço de Saúde Comunitária (US), a missão é:

"Ser um serviço público de qualidade que trabalha com três finalidades: a) atenção à saúde da população sob nossa responsabilidade; b) formação de recursos humanos para o SUS; c) Produção de conhecimento/tecnologias em APS, integradas entre si".

No SSC, devemos ter indicadores para avaliar as três finalidades colocadas na Missão. Um terceiro aspecto desta lógica seria contemplar Os Valores, Princípios e Atributos da APS, isto é, nossos indicadores teriam que guardar coerência o modelo de atenção que orienta nossas práticas (ver capítulo 1) .

EXEMPLO DE SISTEMA DE AVALIAÇÃO

(Proposta da US Divina Providência/SSC/GHC para avaliação do trabalho em micro-áreas de risco)

Para avaliar o trabalho em territórios de risco, portanto, precisamos contemplar os aspectos formais e de conteúdo, quantitativos e qualitativos, em cada uma das atividades que desenvolvemos.

Nossa referência principal são os objetivos que estabelecemos para o trabalho nos territórios de risco no último processo de planejamento da UDP (1998/1999), que foram:

1. Melhorar a cobertura e a qualidade das ações materno-infantis;
2. Integrar as ações de saúde bucal na atenção materno-infantil;
3. Melhorar a cobertura e a qualidade da atenção à saúde da mulher
4. Trabalhar com famílias de risco
5. Melhorar a atenção aos doentes crônicos, drogadictos, doentes mentais, acamados, DST e HIV/AIDS.
6. Acompanhar, assessorar e apoiar a organização comunitária dos moradores.
7. Envolver os moradores na definição e enfrentamento de seus problemas. Melhorar o vínculo com o posto.
8. Manter registros atualizados dos programas e atividades realizadas.

Para preparar a avaliação de seu trabalho, cada GT poderá iniciar "calculando" alguns números. São alguns indicadores de avaliação para cada um dos objetivos do nosso trabalho em territórios, apresentados acima.

1. ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

- Gestantes em pré-natal : gestantes em acompanhamento
gestantes no território
- Participação em Grupo: gestantes do território nos Grupos
gestantes no território
- Gestantes com tratamento odontológico: gestantes com alta em TI
gestantes no território

- Índice de altas/gestante: gestantes c/alta em TI
gestantes inscritas em TI

- Vacinas: crianças 0-1 c/esquema completo
crianças 0-1 territórios

- Criança: Crianças 0-1 em acompanhamento
Crianças 0-1 ano no território

- Suplementação alimentar: Desnutridos 0-5 no PSA
Desnutridos 0-5 no território

- Crianças com tratamento odontológico: crianças 0-14 c/alta em TI
crianças 0-14 no território

- Índice de altas/criança: crianças 0-14 c/alta em TI
crianças 0-14 inscritas em TI

2. ATENÇÃO À MULHER

- Mulheres com CP em dia : mulheres com CP em dia
mulheres > 15 anos no território

- Mulheres com mamografia em dia : mulheres c/mamografia em dia
mulheres > 50 anos no território

- Mulheres com anticoncepção: mulheres c/anticoncepção
mulheres 15-49 anos no território

- Mulheres com tratamento odontológico: mulheres >15 c/alta em TI
mulheres >15 no território

- Índice de altas/mulher: mulheres >15 c/alta em TI
mulheres >15 inscritas em TI

3. ATENÇÃO A FAMÍLIAS DE RISCO

- Famílias de risco c/tratamento odontológico : FR com alta em TI
FR no território

- Índice de altas/famílias de risco: FR c/alta em TI
FR inscritas em TI

4. ATENÇÃO A DOENTES CRÔNICOS, DROGADICTOS, DOENTES MENTAIS, ACAMADOS, DST E HIV/AIDS

5. ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA E PARTICIPAÇÃO

Com relação aos objetivos 3, 4, 5, 6, 7 e 8, cada GT deve avaliar os objetivos específicos que estabeleceram, em seus aspectos quantitativos e qualitativos, podendo utilizar-se das indicadores já propostos e/ou criar novos que considerem mais adequados para retratar o trabalho realizado.

Neste processo de avaliação precisaremos, além dos indicadores apontados acima, incorporar categorias que nos permitam realizar uma avaliação mais qualitativa de nossa prática, em cada um das atividades que constituem a proposta de trabalho de cada GT. Estas categorias servirão para avaliar qualitativamente cada atividade em seus aspectos formais e de conteúdo.

1. Aspectos formais das atividades desenvolvidas:

- número de participantes, assiduidade, número de encontros;
- adequação das técnicas empregadas;
- metodologias empregadas;
- recursos técnicos utilizados;
- linguagem;
- relacionamento entre os participantes;
- postura dos coordenadores;
- planejamento;
- registros.

2. Aspectos de conteúdo das atividades desenvolvidas:

- significação para a vida das pessoas envolvidas (técnicos e população);
- mudanças na consciência dos participantes sobre as questões abordadas (técnicos e população);
- propiciou reflexão crítica sobre as questões abordadas?
- houve mudanças na prática ou no cotidiano das pessoas envolvidas?
quais foram elas?

MOMENTO NORMATIVO DO MÉTODO DE PLANEJAMENTO

O momento normativo aponta para o desenho do DEVE SER. Ou seja, nossa definição de como DEVE SER a realidade, como desejaríamos que fosse. Aqui a pergunta é: para onde queremos ir? Qual é a situação desejada? Que futuro queremos construir? Qual a nossa Visão Compartilhada de Futuro? Quais as Imagens-objetivo que desejamos alcançar.

A Imagem-Objetivo é aquilo que é considerado como padrão; ou como a situação ideal a ser buscada, para determinado problema ou grupo de problemas. Essa imagem-objetivo representará os valores de determinado sujeito/ator social (individual ou coletivo) e se transforma em OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS no plano de ação. A construção da imagem-objetivo pode ser construída em separado (equipe e comunidade) ou ser "negociada" entre ambos. Desse modo a imagem-objetivo será um consenso alcançado (relativo e provisório) a partir de diferenças iniciais.

Visão Compartilhada de Futuro (baseado em Senge, 2002)

Uma "visão compartilhada" é a resposta à pergunta: "O que queremos criar nesta organização?" Visões são como imagens que as pessoas fazem da organização em que trabalham e que dão coerência às múltiplas atividades do processo de trabalho. Uma visão é realmente compartilhada quando assumimos o comprometimento mútuo de manter esta visão em conjunto. Neste sentido, ela resulta de interesses comuns e das pessoas sentirem-se conectadas a um empreendimento maior e importante. A visão compartilhada fornece o foco e a energia para a criação do futuro e para a aprendizagem necessária à realização da mesma. Metas ou objetivos que se limitam a derrotar oponentes costumam ser transitórios e não estimulam a criatividade e o entusiasmo por criar algo novo.

A longo prazo, a confiança em uma visão baseada exclusivamente em derrotar adversários enfraquece a organização. Uma visão compartilhada eleva as aspirações das pessoas e torna o trabalho parte da busca de propósitos superiores, incorporados aos produtos e serviços da organização. Ela cria uma identidade comum, estabelece metas abrangentes e provê um "leme" para manter a direção do processo de criação do futuro.

A liderança deve comunicar sua visão pessoal de tal forma que os demais se sintam encorajados a compartilhar suas próprias visões individuais e este seria o ponto de partida para a

criação de visões compartilhadas. A arte das lideranças visionárias é construir uma visão compartilhada a partir de muitas visões pessoais. A criação da visão compartilhada deve ser compreendida como um processo contínuo e evoluir como decorrência da interação entre as visões individuais. Criar uma visão compartilhada exige conversas constantes onde as pessoas se sintam livres para expressar sonhos e aprendem a ouvir os sonhos uns dos outros. Isso vai fazendo surgir novos "insights" sobre o que é possível no presente e no futuro da organização. É preciso abertura e disposição para combinar uma diversidade de idéias e permitir a coexistência de múltiplas visões, prestando atenção, entretanto, ao curso de ação que transcende e unifica todas as visões individuais. O trabalho da liderança é ouvir o que a organização está tentando dizer e assegurar que as diferentes necessidades estejam sendo articuladas.

No processo de criação de uma visão compartilhada precisamos equilibrar diálogo e discussão, pois estes se complementam. Através do diálogo as pessoas participam na construção de significados comuns, na criação de viabilidade e desenvolvimento dos processos. As condições básicas do diálogo são: a) todos os participantes devem "suspender provisoriamente seus pressupostos", colocando-os como se estivessem "suspensos diante de nós"; b) todos devem encarar uns aos outros como colegas; c) deve haver um facilitador que mantenha o contexto de diálogo. Na discussão, apresentam-se as diferentes visões, questionam-se seus pressupostos e conseqüências; no diálogo, as diferentes visões propiciam desenvolver novas visões. Em uma discussão são tomadas decisões e no diálogo explora-se a complexidade dos assuntos. Diálogos não buscam acordos e sim uma compreensão mais rica de assuntos complexos. O equilíbrio entre diálogo e discussão leva a definir rumos para a ação com base em reflexão crítica, aprofundamento, aprendizagem e comprometimento dos sujeitos.

Nem sempre é fácil estabelecer este "equilíbrio entre diálogo e discussão", entre a equipe e no trabalho com a população. Existem diferenças no modo de pensar, fazer e sentir entre as pessoas que se, por um lado, devem ser respeitadas e enriquecem o processo, por outro, é necessário que os grupos construam acordos mínimos quanto à orientação do trabalho para viabilizar um projeto coletivo e legitimado. Em todas as equipes existem temas polêmicos, isto é, assuntos importantes, que necessitam ser abordados, mas que enfrentam resistências, desconfortos, medos, ansiedades e fantasias. São os "indizíveis" de cada cultura, assuntos que incomodam, mobilizam e

até são "comentados pelos corredores", mas não se tem coragem de tratar ou não se sabe como fazê-lo sem provocar desconforto. Acreditamos que fazer um "acordo ético" com o grupo sobre o "modo como vamos nos comportar no processo de discussão/diálogo" pode ajudar. Abaixo apresentamos um exemplo de acordo ético, que foi realizado em duas oficinas com uma equipe do SSC (uma oficina para analisar a "cultura"; outra para construir uma "visão compartilhada de futuro"):

- Falar sempre de si (eu penso, eu sinto, eu percebo, eu desejo, eu acredito)
- Buscar pontos de concordância e respeitar as diferenças
- Não acusar ou criticar os outros
- Não defender-se, apenas ouvir os outros com interesse, respeito, sem julgamento
- Buscar compreender a posição dos outros;
- Questionar-se sobre os seus próprios pressupostos
- Expor as idéias sem medo de ser criticado
- Garantia de que ninguém será "punido"

Consideramos importante que as equipes de APS/SUS construam suas "Visões Compartilhadas de Futuro", com orientação, claro, nos valores, princípios e atributos da APS e nos princípios do SUS. A seguir, trazemos como ilustração um plano de oficina que teve como objetivo construir uma "Visão Compartilhada de Futuro" com uma equipe de APS. Este mesmo trabalho poderia ser realizado junto com a população.

A Visão Compartilhada de Futuro é mais ampla do que a Imagem-objetivo. Ela se refere a toda uma Organização de Saúde (seja um serviço, seja uma Unidade de APS/SUS) e tem a ver construir algo com uma imagem ideal da Organização.

CONSTRUÇÃO DA VISÃO COMPARTILHADA DE FUTURO - OFICINA

(Exemplo)

Dia: Horário: Local:

OBJETIVO:

Construir uma "Visão Compartilhada de Futuro" (VCF) com a equipe e/ou comunidade

DINÂMICA:

COORDENAÇÃO DA REUNIÃO: a reunião deverá ser planejada e coordenada conforma a realidade de cada US: gerente, coordenador, liderança, colegiado de gestão, conselho local de saúde.

INTRODUÇÃO

Estes, em combinação, farão a introdução da reunião esclarecendo seu objetivo geral que é construir uma VISÃO DE FUTURO para a US de modo compartilhado. Propõe um "compromisso ético" entre os participantes para facilitar o diálogo durante o momento da oficina - 10 min.

COMPROMISSO ÉTICO ENTRE OS PARTICIPANTES (atitudes durante a oficina)

- Falar sempre de si (eu penso, eu sinto, eu percebo, eu desejo, eu acredito)
- Buscar pontos de concordância e respeitar as diferenças
- Não acusar ou criticar os outros
- Não defender-se, apenas ouvir os outros com interesse, respeito, sem julgamento
- Buscar compreender a posição dos outros;
- Questionar-se sobre os seus próprios pressupostos
- Expor as idéias sem medo de ser criticado
- Garantia de que ninguém será "punido"

TRABALHO INDIVIDUAL - "VISÕES INDIVIDUAIS DE FUTURO". 10 min.

TRABALHO EM SUBGRUPOS - Buscar consensos sobre a VCF - 30 min

RODA (todos): Apresentação de cada subgrupo (5 min./cada) de suas VCF e construção de um grande quadro com idéias-chave sobre a VISÃO COMPARTILHADA DE FUTURO (30 min.)

Vai-se agrupando por semelhança de idéias para montar o quadro (consensos alcançados); as idéias que não forem consensuais também integrarão o quadro, explicitando-se que não são consensuais. Discussão a partir da análise do quadro, encaminhamentos, registros. Tentar escrever em uma frase o VCF da equipe. SE não for possível, os relatores dos subgrupos farão uma proposta de frase que será retornada à equipe/comunidade para análise e aprovação.

TRABALHO INDIVIDUAL - QUESTÃO ORIENTADORA

Ler o texto sobre visão compartilhada, refletir e responder por escrito:

QUE FUTURO EU DESEJARIA CONSTRUIR NESTA US ?

TRABALHO EM SUBGRUPOS

TAREFA: construir A VISÃO COMPARTILHADA DE FUTURO do subgrupo
QUESTÃO ORIENTADORA: "Que futuro desejamos construir nesta US ?"

DINÂMICA:

Escolher um coordenador e um relator. O COORDENADOR deve facilitar a participação de todos, solicitando a contribuição de cada um e ajudando o grupo a CONCLUIR a tarefa no tempo previsto. O RELATOR deve registrar as sínteses produzidas pelo grupo e depois apresentar a VCF do subgrupo na Roda com todos. .

ORIENTAÇÕES PARA O COORDENADOR e o RELATOR:

- a) Numa primeira rodada, cada participante lê ou fala sobre a sua própria visão de futuro e os demais apenas escutam com atenção;
- b) Na segunda rodada, o grupo dialoga tendo como objetivo compreender os desejos, expectativas e "visões" de cada pessoa;
- c) O relator, com ajuda do grupo identifica os consensos entre os participantes, buscando uma síntese, em palavras-chave ou melhor ainda, em uma frase que sintetize o consenso alcançado.
- d) Se houver discordâncias, discutir os pressupostos e as implicações dos posicionamentos divergentes á luz dos valores, princípios e atributos da diretrizes da APS e princípios do SUS, além da realidade particular e da cultura de cada serviço.
- e) A apresentação deve explicitar os consensos alcançados e os posicionamentos em que não for alcançado consenso.

MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL DO MÉTODO DE PLANEJAMENTO

Passamos agora para o momento da *programação*, isto é, o momento em que devemos elaborar um PLANO DE AÇÃO e representá-lo através de um MODELO LÓGICO. Inicialmente retomamos o Estudo dos Problemas e buscamos identificar os "nós críticos".

Identificando os "Nós Críticos"

O "nó crítico" pode ser entendido como um fator (ou conjunto de fatores relacionados) que tem uma importância maior na explicação de um problema. Portanto, ele deve ser visto como CENTRO DE AÇÃO. Atuando sobre o nó crítico - e conseguindo mudanças neste fator - a situação do problema se modifica no sentido de sua resolução.

	Dentro das capacidades do sujeito/ator	⇒	AÇÕES
Nó crítico			
	Fora das capacidades do sujeito/ator	⇒	DEMANDAS

PLANO DE AÇÃO E MODELO LÓGICO: ações e estratégias para intervir nos nós críticos e problemas priorizados

No plano de ação devem ficar bem determinadas as ações, atividades, responsáveis, prazos que guiarão a execução do que foi planejado e como e quando será avaliada cada ação. Para definir as ações/atividades a serem desenvolvidas é importante o envolvimento de todos. O grupo que planeja deve elaborar uma lista de possíveis intervenções no nó crítico do problema, o que pode ser feito através de uma "chuva de idéias". Aos poucos o grupo vai analisando e definido quais serão as ações e estratégias (momento estratégico) escolhidas e construindo seu Plano de Ação um Modelo Lógico, isto é, uma representação gráfica do plano de Ação (geralmente um quadro que contém as ações, atividades, metas e estratégias a curto, médio e longo prazo, responsáveis, prazos e como serão avaliadas, que indicadores/critérios serão utilizados)

Alguns problemas da situação de vida e de saúde da população somente podem ser resolvidos através de atuação intersetorial, ou seja, através de estratégias que articulem outros setores e

recursos da cidade, distrito, território da unidade de atenção primária/básica do SUS, comunidade, entre outros.

A elaboração de um PLANO DE AÇÃO deve, assim como nos demais momentos do processo de planejamento, ser uma tarefa coletiva, o que dará legitimidade ao Plano. Sob a coordenação do gerente/colegiado de gestão, o grupo deverá responder às seguintes perguntas:

- O que vai ser feito?
 - Em que ordem devem acontecer as ações/atividades?
 - Quem serão os responsáveis por cada ação/atividade?
 - Quando começa? Quando acaba? (cronograma)
 - Que tipo e quantidade de recursos são necessários?
 - Qual o resultado esperado em cada ação/atividade?
 - Como e quando será avaliada cada ação/atividade?
 - Que indicadores ou critérios serão utilizados?

MODELO LÓGICO DO PLANO DE AÇÃO - MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL

PROBLEMA BEM DEFINIDO (diferença entre a situação atual e a situação desejada)	NECESSIDADES (o que é necessário fazer para aproximar a situação atual da situação desejada ?)	PROPOSTAS DE AÇÃO (O quê será realizado visando resolver, melhorar ou controlar o problema?)
	1.	1.
	2.	2.
	3.	3.

MODELO LÓGICO DO PLANO DE AÇÃO - MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL

AÇÕES	ATIVIDADES	METAS	ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS	CRONOGRAMA	AVALIAÇÃO
1						
2						
3						

MOMENTO ESTRATÉGICO DO MÉTODO DE PLANEJAMENTO

Muitas vezes não é possível atingir em curto prazo os objetivos que estabelecemos. Quando isso acontece, é necessário empregarmos estratégias para que se criem as condições necessárias para podermos atingir os objetivos. As estratégias servem para superar progressivamente as dificuldades e restrições ao plano de ação. É importante ter clareza sobre o conceito de estratégia.

ESTRATÉGIA

Pressupõe superar obstáculos para alcançar objetivos

É realizar ações/atividades para atingir objetivos, quando existem oponentes que colocam resistências aos nossos objetivos, em um contexto de conflito

É uma forma de lidar com conflitos e com relações de poder

É a arte de criar condições favoráveis para alcançar objetivos específicos

Outro conceito utilizado frequentemente no enfoque estratégico de planejamento é o de tática. A tática subordina-se à estratégia; é o meio de aplicação de uma estratégia. Compreende as ações/atividades que são realizadas na estratégia definida.

UMA REFLEXÃO ...

Neste ponto da descrição do método de planejamento é importante fazermos uma reflexão sobre a natureza dos conflitos e diferenças no contexto em que nos situamos. Em unidades ou serviços de APS/SUS encontramos conflitos na equipe, fruto de diferenças nas formações, concepções e projetos de saúde, o que muitas vezes implica disputas de poder. Encontramos também conflitos nas relações pessoais; encontramos também conflitos entre a equipe e a população. Entretanto, sabemos que para legitimar o serviço e promover a criatividade e satisfação dos profissionais com o seu trabalho, é necessário construir um projeto comum (Missão, Visão de Futuro, planejamento, ...). Assim, no contexto de unidades de APS/SUS, é necessário ter ampliado as possibilidades de comunicação, isto é, diálogo e discussão para alcançar consensos (relativos e provisórios).

Afinal, temos objetivos comuns:

construir e implementar projetos de saúde que respondam às necessidades de saúde da população.

Um plano de ação construído comunicativamente entre os sujeitos/atores envolvidos, terá certamente muito mais legitimidade e, portanto, probabilidade de alcançar os objetivos propostos. Por isso, o conceito de estratégia como forma de "derrotar projetos de oponentes" precisa ser relativizada em nosso contexto. O pensamento estratégico é, entretanto, fundamental para analisarmos a viabilidade do plano de ação, para sabermos onde queremos chegar e o que devemos fazer para nos aproximarmos da situação desejada.

O Planejamento Estratégico-Situacional (PES) amplia, através da dimensão comunicativa, sua capacidade metodológica e operacional

Abaixo apresentamos um instrumento que auxilia a equipe e a população a desenvolver o pensamento estratégico.

INSTRUMENTO PARA OPERACIONALIZAR O MOMENTO ESTRATÉGICO
(Analisar a viabilidade do plano de ação e propor estratégias para superar as restrições)

Quais os OBSTÁCULOS ao plano de ação? (políticos, administrativos, técnicos, culturais e subjetivos)	
Quais os SUJEITOS/ATORES SOCIAIS envolvidos no problema e nas soluções propostas? Quais seus interesses principais?	
É possível buscar a SUPERAÇÃO DESSAS RESTRIÇÕES ? É possível a negociação entre os sujeitos/atores? Que estilo de negociação (comunicativa, estratégica, ...)	
ESTRATÉGIAS PARA VIABILIZAR O PLANO DE AÇÃO (Colocar no Modelo Lógico)	

2. ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS: CONCEITOS E FERRAMENTAS

Carlos Pinto Molina

Os capítulos precedentes discutem conceitos de gerenciamento. Contudo, conceitos devem transformar-se em ações. Todas as ações gerenciais dependem dos objetivos que pretendem alcançar, portanto os objetivos devem estar claros. Todos os outros aspectos do gerenciamento devem ser vistos em relação aos objetivos.

O desenvolvimento das atividades diárias requer que vários elementos - pessoas, tempo, equipamentos, medicamentos, etc. - estejam agrupados para alcançar os objetivos, ou seja, para realização do trabalho.

O desenvolvimento satisfatório das atividades e a realização dos objetivos depende da aplicação de conhecimentos e habilidades para resolução de problemas, utilizando todos os recursos necessários da forma mais eficiente. A eficiência depende de como aqueles diversos elementos são gerenciados. Por exemplo, se não há mais material para curativo porque a pessoa responsável não solicitou o material em tempo, se a desorganização da sala de espera significa que os pacientes aguardando na área dos consultórios ficam atrapalhando o trabalho, se não há água porque um cano foi quebrado e nenhuma providência foi tomada para consertá-lo, então o trabalho não pode ser realizado apropriadamente. Em termos conceituais de administração, limitações deste tipo impedem o alcance completo dos objetivos. Atenção adequada para tais detalhes asseguram que, quando conhecimentos e habilidades são aplicados a um problema, eles tem suporte de recursos e de um sistema ou organização que permita que o trabalho ocorra tranquilamente.

Com quais recursos trabalha o gerente?

Em administração, seja gerenciando uma loja, uma fábrica, um banco, um restaurante ou um serviço de saúde, trabalhamos basicamente com 4 tipos de recursos: recursos materiais, recursos financeiros, recursos humanos e tecnologia.

Os objetivos de cada empresa determinam a finalidade do processo de trabalho e, em conseqüência, também acabam definindo quais os recursos necessários para que o trabalho possam se desenvolver. Obviamente que os objetivos e os processos de trabalho são diferentes em uma loja, em uma fábrica, em um banco, em um restaurante ou em um serviço de saúde. Assim, os recursos necessários em cada tipo de empresa são diferentes em quantidade e em qualidade.

1 - ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS

1.1 - Estrutura Física / Prédio

Para o bom andamento do trabalho e também para o conforto necessário de usuários e equipe de saúde, o espaço físico do local de trabalho (prédio da Unidade de Saúde) precisa estar organizado e com instalações adequadas.

A manutenção do prédio de uma unidade de saúde envolve os seguintes itens:

1.1.1 - manutenção estrutural (paredes, telhado, piso)

1.1.2 - manutenção elétrica

1.1.3 - manutenção hidráulica

1.1.4 - manutenção caixa d'água

1.1.5- manutenção extintores de incêndio

1.1.6 - segurança patrimonial / alarme

1.1.7 - desinsetização / desratização

1.2 - Recursos Materiais Permanentes e de Consumo

Os dois principais tipos de materiais são conhecidos como: materiais permanentes e materiais de consumo.

Material permanente é aquele que dura anos e necessita cuidados de manutenção.

Material de consumo é aquele que é utilizado dentro de um curto espaço de tempo.

1.2.1- Recursos Materiais Permanentes: físicos, equipamentos, mobiliário, materiais de Consumo (Insumos), materiais de enfermagem, material odontológico, material administrativo, material limpeza, medicamentos, vacinas/imunobiológicos, recursos para

programas específicos (medicamentos DST, para programas específicos, rouparia, alimentação

Quatro principais atividades na administração de materiais

Compra

Hospital realiza processos de licitação para obtenção de materiais de fornecedores/lojas; Unidades remetem SMI (solicitação de material imobilizado) para material permanente e remetem os Pedidos de Material para material de consumo. Alguns materiais tem pedidos especiais (ver "Manual de Procedimentos e Orientações Administrativas" do SSC - ou pergunte à Sra Vera !!)

Estoque - Hospital: registro do material permanente pelo patrimônio, classificação, acondicionamento em sala de estoque

Unidade - material permanente quando chegar na unidade deve ser conferido especificação do material e número de patrimônio; arquivar documentos ("carga" do chefe); material de consumo quando chegar na Unidade deve ser conferido composição e quantidades; classificação, acondicionamento na sala de estoque (farmácia, almoxarifado, etc.); definir quem tem acesso ao estoque.

Dispensação: fornecimento do hospital para Unidades: hospital faz recepção de solicitação, registro da dispensação e baixa do seu estoque;

fornecimento da Unidade para usuários: registro da dispensação e baixa do estoque ,

Controle e Manutenção - controle do material de consumo, manutenção e conserto de material permanente.

ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS:

A meta de redução de custos a qualquer preço tem colocado os condutores do Sistema de Saúde diante de alternativas, às vezes confusas, às vezes equivocadas mesmo. Segundo Taveira (1999), uma nova ordem nos traz o imperativo da "eficientização" dos meios, sem no entanto responder a uma questão anterior: para que fins ?

A avaliação econômico-contábil não deve, nem pode substituir a avaliação de saúde. A expectativa de êxito, em termos da melhoria dos níveis de saúde pública, requer um novo

tratamento aos problemas enfrentados, na perspectiva de uma abordagem em que a EFICIÊNCIA esteja subordinada à EFICÁCIA, rompendo, portanto, com a velha lógica da superioridade dos meios em relação aos fins. Desta forma reafirmando que a lógica que deve nortear o Sistema de Saúde é a da saúde e não a lógica contábil

Centro de Custos

Quando uma empresa é dividida em "locais" de ocorrência de custos, a denominação técnica contábil utilizada para tais locais é a de "centro de custos". Centro de custos é uma unidade operacional autônoma, distinta das demais, pulsando nele, em conseqüência, uma vida própria, demonstrada no conjunto dos seguintes fatores: área circunscrita de abrangência, em termos de responsabilização; fonte geradora de custos; identidade de objetivos comuns, favorecendo a convergência e sinergia no alcance de suas metas

Orçamento

Conforme a legislação, todas as empresas públicas devem administrar seus recursos financeiros através de Orçamento-Programa. O orçamento funciona como estimativa de receita e previsão de despesas.

" *Estimativa de receita* " significa que o governo e/ou a empresa pública deverão ter os recursos financeiros nos cofres, se a economia e a política permitirem. Se a economia vai mal, a arrecadação de impostos cai, o governo recebe menos; pode cair a receita que foi estimada. Se as prioridades políticas mudam, o destino dos recursos financeiros pode mudar, e a receita de determinadas empresas pode cair.

" *Previsão de despesas* " aqui significa que, se determinado investimento ou despesa estiver no orçamento, então a empresa pode gastar. O orçamento é um documento que permite aquele investimento ou despesa. No entanto, o orçamento não obriga que o investimento ou despesa seja feito; se não tiver receita (dinheiro no cofre), aquele gasto possivelmente não será realizado. (Mas a empresa pode conseguir recursos em operações financeiras e, assim, realizar o investimento ou despesa.)

Por outro lado, se o investimento ou despesa não constar no orçamento, ele não pode ser realizado naquele período (execução orçamentária). A empresa poderá colocar o investimento ou despesa no orçamento para o próximo período (ou fazer gastos em rubricas "especiais").

2.1 - Receita para uso das Unidades

2.1.1- Fundo fixo

2.2- - Despesas fixas das unidades

2.2.1 salários e encargos sociais

2.2.2 energia elétrica

2.2.3 telefone

2.2.4 água

2.2.5 material de consumo/ insumos

2.2.6 manutenção e reparos

2.2.7 transporte

2.2.8 depreciação

2.2.9 encargos tributários

2.2.10 despesas administrativas / despesas gerais / serviços diretos

ADMINISTRAÇÃO DE TECNOLOGIA

Tecnologia é um termo que, por muito tempo, foi aplicado somente ao processo pelo qual os seres humanos desenham ferramentas e máquinas, com o intuito de aumentar seu controle e sua compreensão sobre o ambiente que os cerca.

Os significados dos termos CIÊNCIA e TECNOLOGIA tem mudado significativamente de uma geração para outra. Mais semelhanças do que diferenças, contudo, podem ser encontradas entre estes termos. Ambos, Ciência e Tecnologia, implicam processos de pensamento, ambos se interessam por relações causa-efeito no mundo material, e ambos empregam uma metodologia experimental que consiste em demonstrações empíricas que são verificadas pela repetição (método científico). A Ciência, pelo menos em teoria, está menos preocupada com a aplicabilidade de seus

resultados e mais preocupada com o desenvolvimento de leis gerais; mas, na prática, ciência e tecnologia estão intensamente relacionados um com outro.

O conceito de que a Ciência fornece as idéias para as inovações tecnológicas, e que a pesquisa pura é portanto essencial para qualquer avanço significativo da civilização, é essencialmente um mito. Grande parte dos processos e ferramentas da civilização industrial não surgiram nos laboratórios.

Tecnologia tem a ver com um processo cumulativo e dialético, e que ocupa lugar central na experiência humana. Ela é melhor entendida em uma perspectiva histórica que relacione a evolução dos seres humanos - de um período de pensamentos e ferramentas muito simples até o surgimento de uma rede de comunicações complexa, em grande escala, que influencia grande parte da vida humana contemporânea.

Atualmente, a tecnologia é chamada "soft" ou "hard" (leve ou pesada):

Tecnologia "soft" - conhecimentos aplicáveis à prática, para perceber, conhecer, entender e intervir na realidade;

Tecnologia "hard" - equipamentos que nos ajudam a perceber, conhecer, entender e intervir na realidade

Tecnologia em APS - como administrar

Um serviço de Atenção Primária à Saúde busca ser resolutivo, pelo menos, em 85% dos atendimentos de saúde realizados (o que corresponde a atender os problemas de saúde mais comuns da população).

Para conseguir isto, os serviços de APS trabalham muito mais com tecnologias leves ("soft"). Portanto, fica evidente que administrar o desenvolvimento tecnológico em uma unidade de APS está muito relacionado com desenvolvimento de pessoal, pois o conhecimento das pessoas é o "recurso" que permitirá maior ou menor resolutividade.

Além disso, Cecílio (1997) indica que " temos que colocar todas as opções tecnológicas de que dispomos em termos de conhecimento, de saber, a serviço do usuário". Este autor refere que a questão da tecnologia em saúde tem sido uma temática profundamente fetichizada entre os profissionais de saúde, ao ponto de sentirem-se completamente incompetentes, não só em usá-la,

mas em falar sobre ela. O autor diz que " discutir tecnologia não é discutir equipamento e nem o moderno e o novo, mas discutir o proceder eficaz de determinados saberes e suas finalidades". Defende que , em saúde, a tecnologia está nos diferentes saberes que procuram ler o nosso mundo um ano do ponto de vista da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte, procurando construir procedimentos eficazes de intervenção nestes processos.

Além disso, devemos entender que " é no nosso saber que temos o principal patrimônio para gerar opções tecnológicas de atenção à saúde".

O GERENTE E A ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO

O TEMPO não é muitas vezes pensado como um recurso. Contudo, é um recurso não-renovável e nenhuma ação pode ser realizada sem haver TEMPO para isto.

Stephen Covey escreveu um método para administração do tempo do gerente, baseado em uma matriz que divide as atividades em quatro quadrantes:

MATRIZ DE ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO

	URGENTE	SEM URGÊNCIA
IMPORTANTE	Quadrante 1 Crises. Problemas prementes. Projetos com data marcada.	Quadrante 2 Prevenção, atividades relacionadas à manutenção da capacidade de produção. Desenvolvimento de relacionamentos. Identificação de novas oportunidades/iniciativas. Planejamento. Recreação
SEM IMPORTÂNCIA	Quadrante 3 Interrupções, telefonemas. Alguns relatórios e correspondências. Algumas reuniões. Questões prementes próximas.	Quadrante 4 Detalhes, pequenas tarefas Algumas correspondências. Alguns telefonemas. Passatempos

Covey afirma que " o gerenciamento do tempo não é realmente um nome apropriado, pois o desafio não está em gerenciar o tempo, mas em nos gerenciarmos... Em vez de se concentrar nas

coisas e no tempo... concentre-se em preservar e intensificar relacionamentos e alcançar resultados - em resumo, manter o equilíbrio Produção/Capacidade de Produção (ver a seguir no texto).

As pessoas que se concentram nos problemas localizados no quadrante 1 podem, segundo Covey, esperar como resultado estresse e esgotamento, uma vez que estão sempre "apagando incêndios" e administrando crises. Aquelas que têm em vista o quadrante 3, concentrando-se em "coisas que são urgentes, presumindo que sejam importantes", também sofrem os males da administração de crises, juntamente com demasiado foco no curto prazo, relacionamentos superficiais e reputação de ter um "caráter de camaleão". Os habitantes do quadrante 3 consideram metas e planos inúteis e se sentem vitimados, sem controle sobre a própria vida. Assim, afirma Covey, "quem passa quase todo o tempo nos quadrantes 3 e 4 leva uma vida irresponsável", dependendo de outros ou da instituição para itens básicos.

Esses casos são o oposto dos residentes no quadrante 2, que, gastando a maior parte de seu tempo em assuntos importantes mas sem urgência, mostram visão e perspectiva, equilíbrio, disciplina e controle, e passam por poucas crises.

O equilíbrio Produção/Capacidade de Produção (P/CP) é um conceito bem entendido e sólido, básico para toda administração eficaz. Se você opera uma máquina na potência máxima, ela vai acabar quebrando e a produção irá parar. Mas, se você opera a máquina fazendo manutenção preventiva, otimizará sua vida e, portanto, sua produção. O princípio, como muitos outros da administração, faz parte do bom senso.

Sejam os recursos físicos, financeiros ou humanos, Covey mostra que tal obsessão por resultados despreza o equilíbrio P/CP e leva à ineficácia - e muitas vezes ao fracasso total. O recurso físico, o equipamento, pode não ter conserto. O recurso financeiro (o capital com o qual foi comprado o equipamento) desaparecerá. Da mesma maneira, pressionar as pessoas a alcançar os mais elevados níveis de produção ao menor custo possível (e desmoralizar as pessoas) frustrará seus objetivos.

A conclusão de Covey é que os gerentes estão errados ao medir a eficácia somente com base nos resultados. A verdadeira eficácia, diz ele, "é resultado de duas coisas: o que é produzido e o ativo (recurso) de produção ou capacidade de produzir". Concentrar-se nos resultados pode ser bastante contraproducente. Empresas que caem em desgraça parecem às vezes ter sofrido alguma

calamidade repentina. Na verdade, vinham sistematicamente acabando com a capacidade de produção, ao descuidar de seu pessoal, ou dos clientes, ou dos investimentos, ou da inovação, ou talvez dos quatro - enquanto continuavam funcionando.

3. MÉTODO DE COORDENAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SERVIÇOS E UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/BÁSICA DO SUS

Bárbara Raupp

A abordagem metodológica que estamos propondo para o gerenciamento de Unidades de APS/SUS nos remete agora à terceira dimensão fundamental do processo gerencial: a coordenação do processo de trabalho, tendo como primeiro pressuposto que gerenciar coisas ou recursos materiais é diferente de gerenciar pessoas e, por isso, é fundamental que o gerente também domine alguns saberes e tecnologias específicas para a coordenação do processo de trabalho em equipe.

A proposta metodológica que apresentamos neste capítulo toma como referência fundamental alguns conceitos que procuramos articular de modo coerente:

➤ PROCESSO DE TRABALHO EM APS/SUS

➤ LIDERANÇA, CULTURA ORGANIZACIONAL E PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

Através desta metodologia pretendemos oferecer alguns subsídios práticos para que o gerente possa lidar de maneira adequada com os problemas inerentes ao processo de trabalho em Unidades de APS em sua dimensão interativa, isto é, no que se refere às pessoas e seus relacionamentos em situação de trabalho. A discussão estará centrada nas questões referentes ao trabalho com a equipe, já que a problemática da participação da comunidade foi abordada no capítulo 2 deste texto. O enfoque metodológico que estamos propondo busca responder a algumas dificuldades que identificamos no cotidiano das Unidades do SSC.

Como promover a participação de todos os integrantes da equipe no planejamento e avaliação das ações? Como lidar com as diferenças de saber e de poder existentes na equipe? Como melhorar as relações pessoais e de trabalho na equipe? Como alcançar consensos a partir das diferenças existentes entre os integrantes da equipe? Como articular a tomada de decisão e a condução do

processo de trabalho para alcançar resultados com a educação permanente da equipe ?

Como aumentar o comprometimento individual e coletivo da equipe com as propostas de ação definidas no planejamento ?

Antes de descrevermos a metodologia para a coordenação do processo de trabalho em Unidades de APS e os instrumentos que a operacionalizam, lembramos discussões já feitas neste documento.

O TRABALHO em SERVIÇOS DE UNIDADES de ATENÇÃO PRIMÁRIA/BÁSICA DO SUS apresenta duas dimensões:

- É uma AÇÃO PRODUTIVA que visa produzir serviços e ações de saúde para impactar o processo saúde/doença da população do território;
- É uma AÇÃO INTERSUBJETIVA que realiza ações e serviços de saúde através da INTERAÇÃO entre sujeitos de diferentes campos profissionais

Gerenciar é CONDUZIR o processo de trabalho da equipe para que este atinja os resultados desejados, mas é também COORDENAR a INTERAÇÃO dos integrantes da equipe visando a recriação permanente dos saberes necessários ao processo de trabalho

Como consequência desta análise, entendemos que a abordagem do gerente/colegiado de gestão aos profissionais de saúde em situação de trabalho, além de buscar resultados para impactar o processo saúde/doença da população, pressupõe também conhecer como as pessoas se expressam no trabalho e através do mesmo e reconhecer o processo de trabalho como uma interação social que necessita do aporte de tecnologias adequadas à sua natureza. Um esvaziamento de sentido no trabalho para os trabalhadores ocorre quando o gerente se preocupa apenas com a operação do trabalho e seus resultados e deixa de lado a necessidade de cada trabalhador de reconhecer-se e de constituir-se como sujeito através de seu trabalho.

Buscando avançar na direção da especificidade do trabalho em APS, partimos para a análise das especificidades do trabalho em saúde realizada pela mesma autora. Ela refere que a necessidade de trabalho em equipe no campo da saúde está vinculada aos seguintes fatores:

- a) a crescente especialização do trabalho em saúde;
- b) a especialização das disciplinas científicas que contribuem neste campo;
- c) a crescente incorporação de tecnologia na área;
- d) a institucionalização elitizadora e segmentadora da oferta da atenção à saúde;
- e) o caráter interdisciplinar dos objetos de trabalho em saúde;
- f) o valor ético e a diretriz política da atenção integral às necessidades de saúde do conjunto da população.

A complexidade do fenômeno da saúde implica reconhecer que a nenhum agente isolado cabe, na atualidade, a possibilidade de realizar a totalidade das ações de saúde demandadas. Esta análise implica reconhecer a necessidade de operar através de dois movimentos simultâneos no processo de trabalho em saúde: a divisão do trabalho e dos saberes e a recomposição de um todo coerente e que faça sentido.

Novamente, trazendo a reflexão para o contexto que nos interessa: o objeto da prática de APS é o processo saúde/doença da população do território, uma realidade complexa e contraditória por natureza. A finalidade do processo de trabalho nas Unidades de APS/SUS é impactar a situação de saúde da população, a qual está relacionada com as suas condições de vida e também com aspectos culturais e subjetivos. Através da interação entre os diferentes profissionais na equipe de APS, são produzidos os serviços e ações de saúde que respondem às necessidades e aos problemas de saúde identificados no território. Tendo como orientação o plano de ação elaborado no processo de planejamento, a equipe deverá intervir nesta realidade visando melhorar a situação de saúde.

Cabe nos perguntarmos sobre quem são as pessoas que constituem a equipe de APS? São técnicos de diferentes campos profissionais - médicos, enfermeira, assistente social, psicóloga, dentista, auxiliares de enfermagem e de odonto, recepcionistas, entre outros. Cada uma dessas pessoas traz consigo uma bagagem particular constituída por suas formações culturais e

profissionais, experiências de vida e profissionais, seus desejos, suas expectativas. A interação que se dá na equipe de saúde é, pois bastante complexa, muitas vezes cheia de conflitos e contraditória. É preciso reconhecer que, neste contexto, a simples constituição de equipes multiprofissionais é necessária porém não suficiente para constituir um processo de trabalho que realize sua finalidade, isto é, impactar a também complexa realidade de saúde da população. O papel de coordenação do gerente é fundamental na passagem de uma forma de trabalho em equipe multiprofissional para um trabalho integrado, interdisciplinar e com uma abordagem de saúde integral.

A COORDENAÇÃO do processo de trabalho na Unidade de APS pelo gerente/colegiado de gestão deve promover uma forma de interação na equipe que busque superar progressivamente a fragmentação dos saberes e práticas dos diferentes profissionais

Este desafio deve ser enfrentado pelo gerente e, diga-se de passagem, não é nada fácil, pois implica romper com as formas tradicionais de trabalho em saúde a que todos estão acostumados. Acreditamos, entretanto, que se o gerente dispõe e domina algumas metodologias, instrumentos e técnicas que qualifiquem a interação da equipe de saúde, ele terá maiores chances de desempenhar-se nesta tarefa com sucesso. Nesta perspectiva, é fundamental discutir um conceito de liderança que responda às necessidades do cotidiano de trabalho em Unidades de APS/SUS.

O gerente, seu papel de liderança e o processo de tomada de decisão

As reflexões de Rivera³⁹ - baseadas nos trabalhos de Peter Senge, um dos teóricos da Organização que Aprende - oferecem, em nosso modo de ver, uma importante contribuição para a pensarmos a função de coordenação do processo de trabalho no contexto que nos interessa. O autor descreve a categoria de liderança com as características que seguem:

³⁹ RIVERA, F. J. U. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da Organização que Aprende. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 6., 2001. n. 1.

- O líder como projetista dos ideais e propósitos da organização, isto é, das políticas e estratégias construídas coletivamente. O termo construção coletiva sugere conceber o processo de planejamento como um processo de aprendizagem organizacional amplo. As organizações devem "fabricar as suas estratégias", uma vez que estão continuamente aprendendo com as mudanças no ambiente interno e externo. O segredo não está em obter a estratégia certa e, sim, em promover o pensamento estratégico. O mais importante é "enxergar a complexidade" e formular conceitos e visões de mundo para lidar com esta complexidade. A promoção de um ambiente de aprendizagem através do pensamento estratégico seria uma das funções essenciais da liderança.
- O líder como professor corresponde à visão do mentor, do guia, do facilitador de trabalho coletivo. Os objetivos principais desse professor seriam trazer à tona e reestruturar os modelos mentais e as visões de realidade das pessoas e promover o pensamento sistêmico, no sentido daquele pensamento voltado para as causas estruturais ou profundas dos fenômenos.
- O líder como regente das pessoas e da missão organizacional é uma instância que se compenetra dos ideais de alta responsabilidade que caracterizam uma organização que aprende e que se coloca a serviço dos interesses superiores da organização. Este é um conceito de liderança que presta serviços, em oposição ao liderança egocêntrica.

Segundo o autor mencionado, o gerente como liderança deveria desenvolver as seguintes habilidades:

- A construção de visões compartilhadas, implicando alguns requisitos: a) o líder deve saber comunicar sua visão, pedir apoio e indagar sobre a posição dos outros, no sentido de conferir se ela merece o comprometimento dos outros e de se dispor a questionar o seu próprio ponto de vista, assumindo um tipo de construção interativa; b) as visões pessoais devem ser estimuladas e não anuladas; c) a construção da visão é um processo contínuo, que não se deixa apreender pela figura da "declaração da missão" em reuniões especiais, mas que corresponde à difusão de um tipo de pensar estratégico capaz de apoiar o questionamento cotidiano do que realmente se pretende conseguir em cada circunstância prática; d) a liderança deve poder combinar visões extrínsecas (do tipo "derrotar um oponente") com visões intrínsecas (criar um produto novo, um

novo padrão de satisfação de necessidades); e) saber distinguir as visões positivas (alicerçadas em aspirações) das negativas (baseadas no medo), fortalecendo as primeiras.

- Trazer à tona e testar modelos mentais, implicando alguns requisitos: a) a possibilidade de perceber saltos de abstração, questionando generalizações; b) equilibrar indagação e argumentação, assumindo que situações complexas exigem um aprendizado cooperativo; c) distinguir a teoria esposada (o que a pessoa diz que faz) da teoria em uso, assumindo que a distância entre o declarado e o real em uso implícito é crítica para o aprendizado; d) reconhecer e dissipar rotinas defensivas.
- Desenvolver o pensamento sistêmico, que corresponde a: a) enxergar inter-relações, não coisas; processos, não fotos instantâneas; b) ir além das acusações, assumindo que a fonte das falhas não são as pessoas, mas os sistemas; c) concentrar-se na complexidade dinâmica (saber relacionar causas e efeitos distantes no tempo e espaço e distinguir conseqüências remotas) e não na complexidade de detalhes; d) concentrar-se, em termos de ação, em áreas de alta alavancagem; e) evitar soluções sintomáticas.
- Definir dilemas estratégicos, o que se refere à capacidade de evocar os dilemas ou de distinguir os valores distintos e às vezes aparentemente conflitantes atrás das decisões (por ex., custo e qualidade), procurando sintetizá-los. A capacidade de lidar com paradoxos.
- Criar uma rede de proteção para a reflexão individual e coletiva, capaz de sustentar a possibilidade de inovação e mudança. Aqui, a capacidade de garantir um tempo livre para a reflexão dos sujeitos organizacionais é fundamental.

A base conceitual desta concepção está a idéia de que as organizações devem ser vistas como sistemas biológicos e não como máquinas que, quando surge um problema, este é considerado uma peça defeituosa que deve ser trocada. Lidamos com gente, com pessoas e o que acontece é que, se um comportamento novo é mais eficaz que o antigo, o novo acaba conquistando espaço. O líder tenta atuar sobre as condições básicas para uma aprendizagem coletiva solidária, sobre os fatores propulsores do potencial de crescimento das pessoas, promovendo, assim, a mudança organizacional.

Esta visão de LIDERANÇA é entendida como a CAPACIDADE COLETIVA de moldar as MUDANÇAS

Na organização haveria vários líderes, não necessariamente os executivos, destacando-se aqueles que portam "as sementes das mudanças". Estes seriam os que têm a capacidade de estabelecer redes mais ou menos informais de comunicação, de impulsionar em relações de transversalidade, a transferência de habilidades e conhecimentos. Estes líderes retirariam seu potencial da capacidade de estabelecer interconexões entre os inovadores.

Entendemos que, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, do processo de construção do SUS e de um modelo de atenção com base em APS, um contexto, diga-se de passagem, extremamente contraditório e conflituoso, este "perfil gerencial" teriam um papel importantíssimo para promover as mudanças necessárias, especialmente no âmbito da cultura organizacional.

Uma outra contribuição importante para pensarmos a função gerencial no contexto que nos interessa nos é oferecida por Campos⁴⁰ através da proposta que denomina Método da Roda. Segundo o autor, "este método de gestão tem como objetivo central ampliar o potencial de direção dos grupos, aumentando sua capacidade de análise e de operação sobre a instituição e a realidade em que esta se situa". Em seguimento, apresentamos uma síntese da proposta do autor.

O método opera com o conceito de capacidade de análise e de intervenção, sendo seu espaços básico os coletivos ou rodas humanas.

As "Rodas Humanas" ou espaços coletivos são entendidos como lugares onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção na realidade

O autor trabalha com conceito de apoiador institucional, que pode ser um agente interno ou externo à organização e que deve comprometer-se com as equipes e não só com a cúpula dirigente da organização. É obvio que cabe ao apoiador institucional trazer para dentro das equipes as diretrizes definidas nos níveis superiores de poder, bem como propiciar o exame e a análise do contexto externo ao próprio grupo, tais como: diretivas organizacionais e orçamentárias, diretrizes políticas, programas, indicadores de avaliação e, particularmente, a reflexão sobre interesses e

necessidades do público externo à organização. Todos os procedimentos metodológicos sugeridos pressupõem um trabalho em grupo que aposta na construção de espaços coletivos e sistemas de co-gestão.

O MÉTODO DA RODA trabalha com a noção de que existe simultaneidade entre geração, coleta, e análise das informações. Em função do interpretado tomam-se decisões e se desencadeiam ações práticas, mediante a distribuição de tarefas

A cada encontro, os coletivos realizam quase todas as etapas deste processo. Ao invés da tradição do planejamento de primeiro recolher as informações, depois analisá-las para conhecer e depois tomar as decisões, o método faz sínteses sucessivas que aglutinam, em cada ato, todas essas etapas. Assim, arma-se um método que articula a construção do conhecimento e a intervenção na realidade. O grupo elege um tema para trabalhar e escolhe as informações pertinentes. Na prática, o método critica a tradição do planejamento de primeiro elaborar diagnósticos exaustivos (supostamente acabados) para depois compor um plano global e, somente depois, desencadear as operações. Assim:

O projeto dos coletivos é construído progressivamente.

A cada rodada, a cada reunião, a cada "volta do parafuso", haveria coleta de novas informações, análise e definição de ações práticas

A cada rodada procede-se a um exame crítico das dificuldades e sucessos verificados na implementação da tarefa ou operação definida na sessão anterior, agregando-se a partir da identificação das dificuldades novas informações e novos temas à análise, estabelecendo-se, assim, com esse procedimento, a correção das tarefas anteriormente projetadas. Esta tarefa reflexiva ajuda a equipe a encarar temas antes considerados tabus, ou desagradáveis, pois estes perdem o efeito desagregador e vêm à baila como objetivos pragmáticos. Esta metodologia, uma adaptação dos grupos operativos de Pichon-Rivière (1988) tem a preocupação de aproximar o saber (momentos

⁴⁰ CAMPOS, G. W. de S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo : HUCITEC, 2000.

de análise) do fazer (compromissos com as tarefas), o que propicia à equipe tanto a oportunidade de mergulhar nos compromissos reclamados pelo cotidiano quanto de "subir em torre de marfim (teoria) para daí contemplar o mundo e a si mesmos com um certo distanciamento protetor".

Operacionalmente, o MÉTODO DA RODA trabalha com a noção de "TEXTOS", isto é, com uma mescla de dados objetivos e interpretação coletiva dos sujeitos sobre os mesmos

Os grupos costumam tomar um conjunto ordenado de informações como se fosse uma verdade revelada, quando são apenas uma entre várias interpretações possíveis. Caberia ao grupo examinar os significados transcendentais, cristalizados, consagrados pela história, e ir agregando novos sentidos. Neste movimento, a mudança torna-se possível, e, em certa medida, passível de ser administrada, preparada, planejada.

Quando um grupo inclui sua própria prática como tema de reflexão, o FAZER antecedendo e sucedendo o PENSAR, abre-se a prática às sugestões da teoria

Na prática, o método promove a constituição de sujeitos com capacidade crítica de análise, pois vai descontraindo obstáculos estruturais, culturais e subjetivos à possibilidade de análise dos coletivos. Este processo favoreceria também mudanças na distribuição de poder nas organizações.

A escuta do que falam os sujeitos, ou a observação do modo como agem, bem como a leitura dos signos que produzem são todas metodologias complementares para a coleta de informações e composição dos textos. Documentos, observação e registro de práticas, falas, tudo isso enriquece o texto a ser analisado e interpretado. No caso de coletivos organizados, o autor sugere combinar temas e interpretações trazidos à baila pela fala espontânea das equipes com outros registrados por meio de instrumentos construídos para esse fim específico (planilhas, planos, avaliações, dados) ou que sejam percebidos como relevantes pelo apoiador ou outros atores (usuários, diretores, membros de outras equipes, etc). Desse modo, seria possível colocar na roda tanto as demandas originárias do grupo quanto as ofertas do exterior. O apoiador institucional tem

o papel de trazer à baila temas, com algum grau de elaboração para que o coletivo os examine e analise.

Para o Método da Roda os termos ESCUTA, OBSERVAÇÃO e LEITURA indicam a capacidade de se produzir informações e signos e de compô-los em um TEXTO, que é posto em análise para daí resultar a TOMADA DE DECISÃO, definição de tarefas e a progressiva composição de um projeto⁴¹

Para campos, poder interpretar é uma condição de liberdade. O Método da Roda combina dois métodos de trabalho: um que valoriza a análise da demanda do próprio grupo, por meio da associação livre, escutar e interpretar, conforme sugerido pela psicanálise e análise institucional. Ao mesmo tempo, são produzidas situações que obrigam o coletivo a se pronunciar sobre metas, objetivos e representações oriundos de outras instâncias (método de análise de oferta). A capacidade analítica de um grupo depende de um conjunto de fatores e o empecilho não é geralmente a falta de informações ou de dados.

Na maioria das organizações existe mais informação do que análise e interpretação: há bloqueios subjetivos, políticos e administrativos à passagem da informação à sua interpretação e uso. Na ausência de reconstrução do significado, o agir tende a repetir-se de forma burocrática e estereotipada

A escuta seletiva, saturada ou ruidosa estimula um agir alienado. A mudança dos sujeitos e das organizações depende também da ruptura de antigos sentidos e significados. É difícil seguir tolerando um esquema de poder que perdeu sentido.

Trabalhar para a RECONSTRUÇÃO do SENTIDO e do SIGNIFICADO é condição necessária, porém não suficiente, para sustentar processos de MUDANÇA ORGANIZACIONAL

Entendendo que as reflexões e propostas destes dois autores oferecem subsídios interessantes para pensarmos uma metodologia para a função de coordenação do processo de

⁴¹ ibid., 198

trabalho, uma vez que abordam as categorias de liderança e de processo de tomada de decisão de modo coerente com o enfoque de gerenciamento que estamos defendendo, apresentamos nossa proposta metodológica, baseada nas reflexões desses autores e no conhecimento acumulado através de nossa própria experiência no SSC.

Método de coordenação de processo de trabalho para Unidades de APS/SUS

Utilizando-se de todas ferramentas para o planejamento em equipe e planejamento participativo, o gerente/colegiado de gestão pode coordenar um processo em que:

- As reuniões de avaliação das ações definidas no planejamento ou análise de indicadores deverão encaminhar imediatamente para a revisão das mesmas sempre que necessário, assim como a definição de estratégias para atingir os objetivos.
- Ao mesmo tempo em que avalia e planeja, a equipe estará discutindo o seu fazer cotidiano, sua prática estará sendo (re)construída a partir do diálogo e da troca de conhecimentos entre os integrantes da equipe.
- Na verdade, podemos considerar que esta dinâmica se constitui num processo de educação permanente que tem o cotidiano de trabalho e a prática de APS da equipe como foco da reflexão e identificação de temas que necessitam ser estudados, aprofundados, trabalhados, trazendo os aportes teóricos e práticos pertinentes para capacitar a equipe, as diferentes categorias profissionais e a comunidade para compreender os problemas em sua complexidade, definir propostas de ação e colocar em prática as atividades previstas no planejamento.
- As propostas definidas no plano de ação necessitam ser acompanhadas em sua implementação. É recomendável que o gerente/colegiado de gestão deleguem responsabilidades no acompanhamento das ações e atividades, promovendo um "gerenciamento compartilhado do plano de ação".

*A metodologia integra no cotidiano, orientados pela AGENDA, atividades de
AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO e EDUCAÇÃO PERMANENTE,
orientados na Missão, Visão Compartilhada de Futuro e Imagens-objetivo,*

Assim, o gerente/colegiado de gestão integra os trabalhos parciais restabelecendo a totalidade do processo de trabalho da US

Esta organização geral é necessária para favorecer a "conciliação" das demandas da população com as demandas institucionais, da equipe e de cada uma das pessoas envolvidas no processo de trabalho. Todos aprendem a partir da prática e dos problemas identificados no cotidiano. A prática de saúde da equipe e as práticas individuais são, assim, recriadas e revitalizadas constantemente, o que favorece a motivação para o trabalho e a constituição de profissionais de saúde mais competentes, mais críticos e mais comprometidos.

O gerente tem o papel de coordenar toda esta dinâmica, devendo superar a "cultura de apagar incêndios". Seu maior desafio é colocar-se como facilitador e promotor das mudanças necessárias. Não deve, por isso, assumir esta tarefa solitariamente e, sim, aprender a delegar responsabilidades, aproveitando o potencial de cada integrante da equipe.

A seguir apresentamos mais algumas "dicas" que facilitam a coordenação do processo de trabalho da Unidade:

- Todas as reuniões, especialmente as de avaliação, de planejamento e de educação continuada - com a equipe e com a comunidade - necessitam ser planejadas e preparadas com antecedência e ter uma dinâmica que favoreça alcançar os objetivos.
- As reuniões devem ter sempre três momentos: a) explicitação dos objetivos; b) desenvolvimento das discussões; c) conclusões, sínteses e encaminhamentos.
- Os objetivos, as sínteses e os encaminhamentos necessitam ficar muito claros para todos os participantes. A dinâmica da reunião e as técnicas empregadas servem para favorecer o alcance dos objetivos. (ver exemplo de planejamento de reuniões no anexo).
- As discussões que acontecem durante as reuniões necessitam ser registradas adequadamente e guardadas em local a que todos tenham acesso.
- Algumas discussões necessitam ser sistematizadas posteriormente através de sínteses que visualizam as decisões e encaminhamentos. Estes materiais precisam ser devolvidos ou divulgados, para que a equipe se aproprie de sua própria "produção".

- As reuniões necessitam ter dinâmicas que favoreçam a participação de todos os envolvidos, especialmente quando a equipe está constituída por pessoas com saberes e práticas muito diferentes. A dinâmica apresentada a seguir ajuda a promover a participação nos grupos pois permite o posicionamento individual e a construção coletiva.

Momento individual → Momento de Pequenos Grupos → Momento de Grande Grupo
← ←

- O momento individual é o de posicionamento de cada um, através de seu saber, suas opções e sua subjetividade, contribuindo para uma construção coletiva, colaborativa e solidária. Este é o espaço em que criamos consciência e incorporamos os conhecimentos necessários à discussão nos pequenos grupos.
- O momento de pequenos grupos é o momento de seleção, organização, esclarecimento e troca de idéias; é o momento da decisão quanto aos rumos, ao mérito e ao conteúdo das propostas. É o momento de problematizar, de questionar, de negociar, de explicitar as diferenças e de buscar os consensos possíveis.
- O momento de grande grupo (com toda a equipe) é o momento em que buscamos a totalização e a organização das propostas e reencaminhamos métodos, técnicas e processos, se necessário. É o espaço onde cada pequeno grupo apresenta a sua contribuição, a fim de que novas sessões de pequenos grupos ou individuais possam valer-se de toda a riqueza que aí aparece.
- As reuniões devem ser planejadas e coordenadas pelo gerente. Em muitas situações, entretanto, é importante contar com outros integrantes da equipe nesta tarefa. O gerente não precisa fazer tudo, mas deve ter o "olhar do todo".

Coordenar reuniões de trabalho em equipe ou com a população significa:

Conduzir o grupo na busca dos objetivos propostos

Dominar e ter uma posição clara sobre o tema em discussão

Saber animar e integrar o grupo

Desencadear e propiciar a participação de todos

Saber perguntar, o que perguntar e quando perguntar

Ajudar a equipe a enxergar relações não-visíveis ao primeiro olhar

Saber opinar, saber calar, saber ouvir

Ser "parceiro" na construção de um projeto comum

Garantir o registro do processo e a avaliação

O campo da saúde é espaço de conflitos, diferenças e contradições; quando trabalhamos em serviços de APS/SUS identificamos formas de agir e pensar que expressam estas contradições, diferenças e conflitos; apesar das diferenças, temos um objetivo comum que é melhorar a situação de saúde da população e construir um modelo de atenção e um sistema de saúde mais justo e equitativo.

Gerenciar serviços de APS, no contexto da construção do SUS, implica compreender que este processo vem se dando num contexto contraditório que nos impõe, certamente, inúmeras limitações, mas que também apresenta várias possibilidades, especialmente no microcosmos da Unidade de APS. Explorar estas possibilidades exige que o gerente se coloque como planejador, administrador, coordenador e, principalmente como um "jardineiro". Assumir esta postura pressupõe acreditar no seu próprio potencial de crescimento, no potencial das pessoas e de sua equipe como um todo !!! Pressupõe compreender que, em situação de trabalho, os sujeitos se colocam por inteiro, com seus conhecimentos, sua bagagem de vida, seus desejos, sua subjetividade. Negar esta complexidade não nos leva a lugar nenhum constitui o desafio a ser enfrentado pelo gerente:

Como articular de modo harmonioso e produtivo a busca de resultados no processo de trabalho com a formação dos sujeitos nele envolvidos? Como conciliar as necessidades da população com as da equipe e as demandas institucionais ?

É claro, não existe nenhuma "receita de bolo", mas como uma perspectiva que pode ser sempre aprimorada, estamos propondo uma metodologia de coordenação do processo de trabalho que articula planejamento, avaliação e educação permanente da equipe, com um enfoque estratégico-situacional e comunicativo. Esta proposta metodológica apresenta potencial para:

- *Produzir impacto na SITUAÇÃO de SAÚDE da população*
 - *Constituir profissionais de saúde, gerentes e usuários como SUJEITOS mais críticos e criativos*
 - *Recriar as PRÁTICAS, SABERES e SERVIÇOS de saúde*

TRABALHO COM "AGENDAS"

Trabalhar orientados por "agendas" possibilita organizar o processo de trabalho hoje, pensá-lo de modo global, integrá-lo de modo mais coerente com outros processos em desenvolvimento na unidade, no SSC e no SUS e, ao mesmo tempo, orientar os esforços da equipe e comunidade na busca dos "futuros desejados". Esta é uma estratégia organizativa básica que permite visualizar o "todo" em sua relação com as "partes" e das "partes" entre si, examinando a sua coerência com a "visão compartilhada de futuro" ou com "imagens-objetivo" (descritas no item 2.5 deste documento). Trabalhar com agendas permite perceber coletivamente o desenvolvimento dos processos em que os sujeitos estão envolvidas, assim como a importância e o significado de cada momento na construção do futuro desejado.

As reuniões semanais de equipe - já tradicionais na "cultura" deste serviço - devem se constituir em espaços privilegiados para a implementação desta metodologia de coordenação, articulando avaliações, planejamento, educação permanente, trabalho com a população, no contexto institucional em que nos situamos.

Para trabalhar com agenda nas reuniões de equipe é preciso superar alguns "nós críticos", tais como:

- Muitos assuntos administrativos devem ser resolvidos em outros espaços, individualmente, com as categorias profissionais e trazidos para discussão já com propostas objetivas e consensuadas entre os diretamente envolvidas nos problemas; isso visa garantir o espaço necessário para avaliar, planejar e fazer educação permanente com toda a equipe;
- a agenda das reuniões de equipe e com a comunidade deve focalizar "assuntos estratégicos" - importantes e não urgentes; assim é possível superar a cultura de "apagar incêndios", tão comum em nosso meio.
- As agendas devem ser construídas junto com as pessoas envolvidas (equipe, conselho local,

grupos de trabalho, categorias profissionais, ...). A agenda da equipe e do CLS deve representar "o norte integrador" das diferentes atividades e ações desenvolvidas.

- A cada ano o GT e o coordenador da unidade fazem uma proposta de agenda anual, que vai sendo desdobrada a cada mês, com flexibilidade para os ajustamentos necessários. Depois de construída, a agenda precisa ser amplamente divulgada e socializada e eventualmente reconstruída para conciliar com outras agendas institucionais
- As agendas precisam ser flexíveis o suficiente para acompanhar a dinâmica de nosso cotidiano de trabalho e, ao mesmo tempo, dar conta dos acontecimentos e demandas não previstos, mas precisa manter o "rumo" traçado. Nas páginas que seguem apresentamos vários tipos de agenda que ajudam a organizar o processo de trabalho global e a articular diferentes espaços de reflexão e ação.

Abaixo apresentamos alguns instrumentos para operacionalizar a metodologia de coordenação do processo trabalho: *agenda* anual e mensal, planejamento e registrar *reuniões* de trabalho (com a equipe ou com a comunidade) e uma *planilha de atividades* para os profissionais organizarem seu trabalho conforme as decisões tomadas em equipe. Analisando o conjunto de planilhas de atividades o gerente/colegiado de gestão poderá apropriar-se do trabalho como um todo e propor reajustes quando avaliar necessário.

AGENDA ANUAL

MESES	TEMA EM FOCO	RESPONSÁVEIS
JAN		
FEV		
MAR		
ABR		
MAI		
JUN		
JUL		
AGO		
SET		
OUT		
NOV		
DEZ		

PLANO DE REUNIÃO (Exemplo)

COORDENAÇÃO: coordenadora do SSC

TEMA: PARTICIPAÇÃO POPULAR

DATA: 07/05/2002 - 14:00 ÀS 15:40

OBJETIVOS:

- a) Discutir participação social e popular em serviços de APS/SUS, em sua relação com o processo gerencial.
- b) Avaliar a implementação do projeto de Participação Popular no SSC, propondo novos encaminhamentos para dar continuidade ao mesmo.

DINÂMICA:

- 1) Apresentação de uma síntese do texto sobre participação social
- 2) Em pequenos grupos: a) construir um exemplo do cotidiano da Unidade de Saúde onde os conceitos do texto de apoio sejam aplicados. b) Propor encaminhamentos para operacionalizar o projeto de participação. Cada grupo trabalha com 5 propostas.
- 3) Em grande grupo: a) Apresentação dos pequenos grupos; b) Apresentação dos encaminhamentos para as propostas do projeto.
- 4) Avaliação da reunião (individual e por escrito).

ORIENTAÇÃO PARA PEQUENOS GRUPOS: discutir e preparar uma apresentação para o grande grupo:

- a) Construir um exemplo do cotidiano de trabalho na Unidade de Saúde onde sejam aplicadas as idéias centrais do texto.

Avaliar a implementação do projeto de participação popular no SSC (propostas do plano de ação).

REGISTRO E AVALIAÇÃO:

REGISTRO DA REUNIÃO DATA.....

ANEXAR LISTA DE PRESENCAS

PAUTA Assuntos	ENCAMINHAMENTOS	Responsáveis	Prazos

ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SEMANAIS - UNIDADE

(Equipe - GTS - Profissionais - Residentes - Gerente/Colegiado de Gestão)

Horário	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					

OPERACIONALIZANDO A COORDENAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Essa dimensão do método gerencial tem fundamentalmente dois objetivos. O primeiro é facilitar o trabalho em equipe e com a comunidade, isto é, trabalhar com a dimensão interativa do processo de trabalho. O segundo é integrar todos os sub-processos de trabalho, buscando superar a tradicional fragmentação. Ocupa-se das pessoas e das relações entre as mesmas visando a realização do trabalho, a Missão, os objetivos e metas. Ao articular os "trabalhos parciais" para integrá-los num "todo" que faça sentido, constrói-se um projeto coletivo e mais legitimado, além de facilitar que cada sujeito encontre sentido em seu trabalho, dentro de um projeto maior. Assim, a coordenação do processo de trabalho dá o direcionamento e organiza o conjunto de esforços dos sujeitos/atores busca de uma "visão compartilhada de futuro".

Num sentido bem geral, a metodologia de coordenação pretende facilitar os processos intersubjetivos, trabalhar com as dificuldades culturais e subjetivas inerentes ao desenvolvimento do trabalho em saúde. Tem como objetivo também organizar o processo de trabalho em sua globalidade para poder "conduzi-lo", lembrando que gerenciar é construir projeto (compartilhadamente), e conduzir o processo de trabalho para que este realize suas finalidades e atinja objetivos, com orientação em valores e princípios claramente definidos para todos os sujeitos. Devemos compreender esta metodologia como um "caminho de construção coletiva", aberto à criatividade e auto-renovação permanente.

O trabalho em nosso entendimento deve tanto produzir "ações e serviços" para responder às necessidades de saúde da população, quanto reconstituir os sentidos do trabalho para os sujeitos e, assim, renovar a cultura organizacional.

A coordenação apóia-se na concepção de "comunicação ampliada" que busca a construção, implementação e aprimoramento permanente de projetos de trabalho, com base na aprendizagem em situação de trabalho. Sua estratégia operacional é "transformar" os espaços cotidianos de trabalho na US em oportunidade de educação permanente. Neste sentido, a metodologia integra, no cotidiano gerencial e de trabalho da US, o planejamento, a avaliação, a educação permanente, a participação popular, renovando os modos de produzir saúde.

A coordenação do processo de trabalho deve organizar-se em uma "agenda" que dará o direcionamento aos processos intersubjetivos inerentes ao planejamento, avaliação, educação permanente e participação popular. Esta agenda deve ser construída compartilhadamente, mas o responsável por ela e seu cumprimento é o gerente/colegiado

de gestão. Ela contribui para que todos percebam os caminhos percorridos na construção do futuro desejado.

INTEGRANDO AVALIAÇÃO, PLANEJAMENTO E EDUCAÇÃO PERMANENTE NO COTIDIANO DE SERVIÇOS E UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA/BÁSICA DO SUS

O cotidiano de trabalho na US pode ser um espaço privilegiado para o desenvolvimento da atenção, da formação e da produção de conhecimento. As pesquisas realizadas pelos residentes e profissionais podem contribuir neste desenvolvimento integrado, respondendo aos problemas e necessidades de saúde da população e às necessidades da formação de profissionais em APS para o SUS.

Quando estudamos problemas em contexto nos defrontamos com a necessidade de aprofundar e sistematizar o conhecimento, conhecer mais, integrar diferentes "olhares", perspectivas e experiências, buscar mais informações, pesquisar, conhecer outras experiências e formas de abordagem. Os temas da educação permanente da equipe e os problemas de pesquisa surgem neste contexto. Alguns temas devem ser trabalhados com toda a equipe (temas de "campo"), outros, podem ser trabalhados nas categorias profissionais (núcleos).

A viabilização disso se dá através do envolvimento de integrantes da equipe na preparação e coordenação de reuniões, oficinas ou seminários. Assim, valorizamos o conhecimento, as habilidades e qualidades de cada um e promovemos a socialização dos saberes, construindo coletivamente os saberes e tecnologias para subsidiar as práticas de saúde. Este processo, entretanto, como todo processo coletivo, deve ter uma coordenação de modo a garantir o direcionamento e a unidade no processo educativo.

Assim, é possível e necessário "fazer comunicar" o planejamento com a educação permanente, educação continuada e educação em saúde, em diferentes espaços de trabalho da equipe e com a população, construindo viabilidade cultural e "capacidade de ação" que responda às necessidades de intervenção nos problemas priorizados.

Da mesma forma, o planejamento e os problemas priorizados poderão apontar para a definição de "linhas de pesquisa", sugerindo temas e problemas para os residentes ou contratados pesquisarem. O retorno de resultados das pesquisas realizadas pode ser rica oportunidade de educação permanente, do mesmo modo. As reuniões de educação permanente, assim como as

oficinas de avaliação e de planejamento devem ter sempre um "plano de reunião" com objetivos e metodologia claros, as discussões devem ser registradas, sintetizadas e devolvidas como "produtos culturais" que vão sendo incorporados à prática e reflexão da equipe e população.

REFERÊNCIAS

ACÚRCIO & SANTOS & FERREIRA. Aplicação da Técnica da Estimativa Rápida no processo de Planejamento Local. IN: MENDES. E. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo : Hucitec, 1998. pg. 87-109

ALFORJA (Programa Coordinado de Educación Popular). **Técnicas participativas para la educación popular**. 5ª ed. Tomo I. Lima, Peru : TAREA, 1992.

ANSOFF, I. **Strategic Management**. 4a. edição, Londres. The McMillan Press Ltd; 1982. In: Castellanos, op cit

ARTMANN, e. **O planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde(uma abordagem comunicativa)**. ENSP. Dissertação de Mestrado, 1993.

BEULKE,R. **Gestão de custos e resultado na saúde**. 1º ed. ,São Paulo, Editora Saraiva, 1997

BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, centro Gráfico, 1988. p. 133.

_____ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. - Brasília : CONASS. Coleção Pró-Gestores. Para entender a gestão do SUS, 2007

_____. Brasília. **OPAS/Cooperação Italiana em Saúde**, 1993. 49 p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, Nº 11).

_____. Ministério da Educação. **Subsídios ao Planejamento Participativo**. Textos selecionados. Brasília, 1980.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo : HUCITEC, 2000.

CASTELLANOS, PL. **Sistemas nacionales de vigilancia de la situacion de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar**. OPAS-OMS (borrador de trabajo) - s.d.

CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a Mudança na Saúde**. 2º ed., São Paulo, Editora HUCITEC, 1997

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 4ª ed. São Paulo : Ed. McGraw-Hill Ltda.

Ciência e Saúde Coletiva vol. 4. n.2, 1999. p. 355-36.

DEMO, P. **Cidadania Tutelada e cidadania Assistida**. Campinas, SP: Autores Associados, 1995.

_____. **Participação é conquista**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1993.

FARIA, H. & SANTOS, M. & AGUIAR. **Gestão Colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance de alta responsabilidade organizacional**. **Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH**.ed. 22.out. 2003.

LIMA, S. M. V. **Mudança organizacional**. Teoria e gestão. Rio de Janeiro : Ed. FGV, 2003.

MATUS, C. **Política, Planificación y Gobierno**. Washington D.C.; s.e., 1987 (borrador).

MCMAHON, R **On being in charge: a guide to management in primary health care** 2nd ed. - WHO Geneva , 1992.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.): **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. SP-RJ : HUCITEC, 1993.

_____. **Uma Agenda Para a Saúde**, 2º. Ed. São Paulo, 1999

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em Saúde. SP-RJ : HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MITROV, I. **Methodological Approach to Social Sciences**. San Francisco : Jossey-Buss, 1978. In : _____ . **Agir comunicativo e planejamento social**. Uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

MOLINA, C. P. & RAUPP, B. **Planejamento e gerência**. Textos de apoio para as equipes do SSC. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. 2002, versão 2005.

MORIN. E. **Ciência com consciência**. 6ª. ed. Rio de Janeiro : Bertrand Brasil, 2002.

RAUPP, B. **Estudo da Cultura Organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho**. Relatório de Pesquisa, aprovada na CEP/GEP/GHC. 2006. .

_____. **Educação e planejamento participativo em saúde**. Estudo comparativo de duas experiências em serviços de saúde comunitária. Porto Alegre e Montevideú. Dissertação de mestrado em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 1999.

RIVERA, F.J.U. **Agir comunicativo e planejamento social**. Uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1995.

_____. **Análise estratégica e gestão pela Escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

_____. **Planejamento e Gestão em Saúde.** Flexibilidade metodológica e agir comunicativo.

_____. **Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da Organização que Aprende.** *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 6., 2001. n. 1. p. 209- 219.

ROCHA, J. S. Y. **Problemas atuais do planejamento e gestão em saúde.** In: *Ciência e Saúde Coletiva*. s/d.

SCHRAIBER, Lilia B. et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas.** *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 4. N.2, 1999. 221-242.

SENGE, P. **A Quinta Disciplina. Arte e prática da Organização que Aprende.** 10. ed. São Paulo : Ed. Nova Cultural, 2002.

SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA. **Projeto de Participação Popular.** 2000/01.

SOARES, R. **Gestão colegiada, análise e reflexões sobre o processo de implementação em uma unidade de atenção primária/básica do SUS.** Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária. Relatório de pesquisa, 2008.

SOUZA, Maria Luiza de. **Desenvolvimento de comunidade e participação.** 5 ed. São Paulo: 1996.

TAVEIRA, M. **Controle de custos em saúde: redução a qualquer preço ou racionalização na busca da eficácia? - elementos para discussão,** In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.23, n.53, p. 68-80, set/dez. 1999.

TEIXEIRA, Carmen T. et al. **SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde.** *IESUS*, vol. VII, n. 2, abr/jun, 1998. p. 7-28.

Anexo

HISTÓRIA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GHC, PORTO ALEGRE/RS.

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) é um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) que integra o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), junto com quatro hospitais (Hospital N. S. da Conceição, Hospital da Criança Conceição, Hospital Cristo Redentor e Hospital Fêmeina), um grupo hospitalar ligado ao Ministério da Saúde que atualmente atende 100% de pacientes do SUS.

O SSC surgiu em 1983 para viabilizar o projeto de residência médica, na época denominado "Medicina de Família". Nestes vinte e cinco anos de história, vem atualizando permanentemente seu projeto. Hoje trabalha com três finalidades: Atenção à saúde, Formação de Recursos Humanos e Produção de Conhecimento/Tecnologias em APS para o SUS. A Atenção à Saúde é organizada em doze territórios-áreas de abrangência, nas zonas noroeste, eixo norte-baltazar e leste da cidade, totalizando uma população de cerca de 125.000 pessoas. A residência médica, hoje denominada Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, é reconhecida nacionalmente. Em 2004 foi criada no GHC a Residência Integrada em Saúde (RIS) com três ênfases: Terapia Intensiva, Saúde Mental e Saúde da Família e Comunidade (SFC), esta última no SSC. A produção de conhecimento vem sendo desenvolvida tanto através de pesquisas de mestrado e doutorado de vários profissionais contratados quanto através dos trabalhos de conclusão que exigidos nos programas das residências. Os problemas de pesquisa são, geralmente, extraídos do cotidiano das equipes ou do SSC.

Assim, o SSC como organização constitui-se por uma Área de Atenção à Saúde, uma Área de Formação/Ensino e Pesquisa (Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e um Programa de Mestrado Profissional e Linhas de Pesquisa em implantação) e uma Área de Apoio Técnico (Monitoramento/avaliação; Planejamento/gestão; Apoio Matricial em Farmácia e Nutrição, Coordenação dos Agentes Comunitários de Saúde, Responsável Técnico de Enfermagem e Educação em Saúde e Participação Popular).

A política do SSC vem se construindo em sua história e na dinâmica entre diferentes atores sociais, isto é, profissionais de saúde, população, gestores do SSC, GHC e SUS. A relação do GHC com o Sistema Municipal de Saúde vem evoluindo de uma situação de total independência para uma

aproximação progressiva, apesar da dificuldade de formalização de convenio que regule o Sistema de Atenção Primária na cidade de porto Alegre.

A primeira unidade de saúde do SSC foi instalada em 1983, nas dependências do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), um dos quatro hospitais do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Em sua origem o serviço recebe influência da versão inglesa da Atenção Primária à Saúde (APS), o que se expressou na denominação original de "Serviço de Medicina de Família".

Dois objetivos motivaram a criação do SSC: adequar-se às exigências da Comissão Nacional de Residência Médica para o credenciamento de um Programa de Residência em Medicina de Família e atender às necessidades de saúde dos moradores da área próxima ao hospital (referência).

A emergência de movimentos de âmbito nacional no campo da saúde pública, comunitária e coletiva influencia o pensamento dos profissionais e gestores do SSC e GHC, em especial o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), a VIII Conferência Nacional de Saúde e os Iº e IIº Congressos Nacionais de Medicina Geral Comunitária. Como consequência das influências recebidas do ambiente externo do sistema de saúde e das interações com a população, iniciam-se movimentos internos no sentido de romper com o conceito mais restrito de Medicina de Família e buscar estratégias para satisfazer mais amplamente as necessidades de saúde das comunidades, famílias e indivíduos.

A expansão do SSC deu-se de modo progressivo e em resposta a solicitações de comunidades vizinhas ao HNSC por serviço de saúde que mostrava diferenciar-se em relação aos serviços básicos da época. A decisão pela abertura de novas unidades respondeu também a interesses políticos e também institucionais do GHC que buscou ampliar o número de pessoas atendidas no nível primário de atenção para "desafogar a demanda" aos ambulatórios dos hospitais.

Desde a sua origem, o SSC apóia-se em metodologias e ferramentas de avaliação e planejamento para definir e monitorar as ações e serviços que são ofertados à população. Na implantação de cada unidade de saúde é realizado um "Diagnóstico de Comunidade" que busca conhecer o perfil da população em seus aspectos sociais, demográficos e epidemiológicos para apoiar a priorização das ações e organização do processo de trabalho. Atualmente o SSC orienta-se nas políticas do SUS e desenvolve ações de vigilância em saúde da gestante, criança, mulher e adulto, com programas implantados nas doze unidades.

Os princípios de ação do SSC seguem, em linhas gerais, os princípios promulgados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado pela Constituição Federal de 1988 e da política de

atenção básica; integralidade e equidade na atenção, participação popular e gestão participativa, equipes multiprofissionais, atenção em territórios-área de abrangência visando a universalidade, porta de entrada e acesso facilitado, continuidade da atenção e coordenação das ações na equipe e com outros níveis de atenção, respeito às práticas e aos valores culturais da população; registro dos atendimentos realizados em prontuários organizados por família; resolutividade de cerca de 90% dos problemas, em nível individual, familiar e coletivo, com abordagens interdisciplinares e intersetoriais.

As equipes são compostas por médicos de Família e Comunidade, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares Administrativos, Agentes de Saúde, Enfermeiros, Odontólogos, Assistentes Sociais, Médicos Internistas, Psicólogas, Técnicas em Higiene Dental, Farmacêuticos, Nutricionista e Auxiliares Gerais, totalizando 228 funcionários. Soma-se a esse número, enquanto profissionais que interagem e contribuem no sistema, os residentes, em torno de 90 a 100, além de doutorandos de medicina e estagiários de outras áreas(atualizar).

O SSC trabalha com três finalidades: atenção a saúde, formação de recursos humanos e produção de tecnologia para APS/SUS.

Até o final de 1994, o SSC prestou assessoria em saúde comunitária a sete municípios, incluindo municípios fora do estado do Rio Grande do Sul, como Curitiba-PR e Porto Seguro-BA.

O serviço realiza sistematicamente pesquisas operacionais para avaliação da adequação das ações, processos e resultados, tanto realizadas por profissionais quanto por residentes.

O SSC se propõe a desenvolver atividades com a população visando a Participação Popular, a Educação em Saúde e Controle Social. O SSC também se faz representar nos vários fóruns da cidade, como o CLS (Conselho Local de Saúde, que agrega um distrito sanitário), CMS (Conselho Municipal de Saúde), CRAS (Conselho Regional de Assistência Social), entre outros.

O SSC até o ano de 1994 vinha elegendo suas prioridades de ação através da análise dos diagnósticos de comunidades de cada unidade de saúde e utilizando-se dos programas de prioridades. A eleição da problemática de saúde a ser enfocada prioritariamente por cada unidade de saúde se dava pelo entendimento que cada equipe tinha do problema de saúde mais relevante em cada localidade, e por metas traçadas pela coordenação do SSC e/ou metas estabelecidas pelos governos federal, estadual e municipal, como por exemplo campanhas de imunização que atingissem todas as crianças entre zero a cinco anos.

As experiências de planejamento e gerência do SSC e das unidades tem sido influenciadas pelo desenvolvimento do pensamento neste campo na América Latina e no Brasil. Numa primeira fase, que vai da origem do serviço até 1993, as práticas de planejamento eram marcadas pelo enfoque normativo baseado no método CENDES-OPAS. A partir de 1994 iniciam-se experiências influenciadas pelo planejamento estratégico-situacional (PES), através de capacitação sobre planejamento em saúde, com o objetivo de subsidiar as equipes no planejamento local. Essa capacitação, denominado de oficina de planejamento, apresentou conteúdos sobre planejamento normativo, estratégico e participativo. Foram enfatizados os dois últimos tipos, pois o SSC tinha como meta para 1995 a implantação dos *Conselhos Gestores Locais*⁴².

Em 1996 foi implantado e desenvolvido no SSC a tecnologia do "Sistema de Informações Geo-referenciado" (SIG) como estratégia para promover uma mudança na lógica do planejamento que contemplasse os princípios da territorialização e da equidade. Algumas equipes incorporaram esta tecnologia e desenvolveram modos de trabalho que vem sendo desenvolvidos em cada realidade. Em função das mudanças propostas, a capacitação técnica e gerencial foi sendo, cada vez mais necessária para apoiar e sustentar novos modos de pensar e fazer informados na promoção e vigilância da saúde.

Na medida em que o serviço vai se tornando maior e mais complexo, a questão do enfoque metodológico do planejamento vai se tornando um "problema a ser revisto" visando responder a dificuldades que vão surgindo na organização e gestão do SSC e das unidades. A partir da reflexão teórica e da experiência de trabalho do Núcleo de Educação & Saúde do SSC será problematizado o método de planejamento em uso no SSC com a intenção de superar dificuldades percebidas nas experiências de planejamento desenvolvidas até então, principalmente de ampliar a participação das equipes e comunidades, o comprometimento com as decisões tomadas, sustentar os processos a longo prazo, alcançar consensos, implantação efetiva das propostas, etc.

Em 1999, foi realizado no SSC um seminário de avaliação, que contou com a participação de todos os profissionais e residentes que propiciou reflexões sobre as práticas de saúde do SSC com referência nos princípios da APS. Como encaminhamento deste seminário ficou definido

⁴² Os *Conselhos Gestores Locais*, estão em fase de discussão em algumas unidades e em outras já implantadas. O objetivo é que estes conselhos tenham uma formação paritária entre equipe e comunidade, e exerçam a função de planejar as ações das unidades Locais de saúde, que correspondam com os anseios das populações abrangidas pelo SSC, bem como encaminhar a problemática da área de abrangência para instâncias superiores como por exemplo ao Conselho Local de Saúde que agrega as questões de saúde de um distrito.

desencadear um processo de planejamento com uma metodologia que agregava uma dimensão comunicativa ao enfoque estratégico-situacional. No ano de 2000 foram eleitas prioridades para o SSC e iniciou-se o trabalho com estas prioridades. Em 2001 o processo teve continuidade monitorando metas pactuadas para os indicadores de saúde e os problemas priorizados.

Apesar das muitas dificuldades que significa romper com as formas mais tradicionais de trabalhar, planejar e gerenciar, consideramos que este momento tenha sido o início de um processo que teria implicações em outros processos que se desenvolveriam em continuidade, impulsionando mais algumas "mudanças culturais".

A proposta metodológica buscava, de modo bem geral, estabelecer um "diálogo organizado e permanente" para planejar e coordenar ações/reflexões em diferentes espaços organizacionais do SSC, tais como: colegiado de coordenação⁴³, unidades, Núcleo de Epidemiologia, Núcleo de Educação & Saúde. O início do processo foi definir prioridades para o SSC e a elaboração de projetos de intervenção nas mesmas. A continuidade em 2001 contemplou o monitoramento de indicadores e a implementação dos projetos elaborados.

Como desdobramento desse processo, em 2002 foi iniciado um processo que visava o desenvolvimento gerencial, que se apoiou em um diagnóstico dos desafios a serem enfrentados pelo SSC em seu papel no sistema de saúde e o perfil gerencial necessário neste contexto. O processo desenvolveu-se em quatro momentos:

- a) Primeiro momento: produção de textos de referência em planejamento e gerência e proposição de uma metodologia gerencial para as unidades do SSC com ferramentas para o planejamento, administração de recursos e coordenação do processo de trabalho.
- b) Segundo momento: realização de encontros de educação permanente com base nestes textos com o colegiado de coordenação, com encaminhamentos para o planejamento das unidades
- c) Terceiro momento: construção de uma "pasta de informações" pelas doze unidades do SSC, com dados sobre o território e a população, o processo de trabalho e o processo gerencial.
- d) Quarto momento: "discussões de caso gerencial" - experiências das Unidades do SSC.

⁴³ Existe tradicionalmente no SSC reuniões semanais de "chefias" ou coordenadores das unidades e dos setores do serviço. Atualmente a intenção da coordenadora geral do SSC vai no sentido de "transformar" este espaço em um efetivo "colegiado de coordenação do SSC".

O perfil dos gerentes das unidades do SSC deve contemplar as seguintes capacidades:

- Ter uma visão do todo: do SSC, do GHC, do SUS, da realidade do país
- Fazer a mediação entre as políticas do SSC, a gerência e a coordenação, e o trabalho de sua equipe, tendo como norte os princípios e finalidades do SSC
- Participar na definição das políticas e rumos do SSC;
- Coordenar a construção de um projeto de trabalho para sua Unidade, tendo como norte a realidade do território, da Unidade, da equipe;
- Ser facilitador do trabalho em equipe, promovendo a participação e contribuição de todos e estimulando a criatividade de cada um;
- Promover e coordenar formas de trabalho interdisciplinar, buscando superar a fragmentação do trabalho;
- Ajudar a equipe a superar dificuldades de relacionamento;
- Promover a educação permanente da equipe e das categorias;
- Promover e estimular o diálogo na equipe e a participação da comunidade na gestão da Unidade de Saúde;
- Ter capacidade técnica gerencial, ser flexível, mas saber "manter o rumo";
- Estar aberto para aprender e ser criativo.

Para operacionalizar esta forma de trabalhar com o colegiado de coordenação começamos a trabalhar com uma "agenda" que buscava articular processos de avaliação, planejamento, educação continuada e permanente, além dos "assuntos administrativos" cotidianos.

A avaliação deste processo de trabalho de três anos de trabalho continuado com o colegiado de coordenação apontou os seguintes avanços organizacionais:

- Definição de prioridades com ampla participação das equipes
- Elaboração de projetos de intervenção nos problemas prioritizados em Grupos de Trabalho (GT)
- Pactuação e acompanhamento de metas para ações programáticas prioritárias;
- Definição compartilhada de novas políticas de saúde no SSC;
- Maior integração entre o serviço e a residência médica;

- Desenvolvimento de experiências inovadoras de planejamento e gerência compartilhada em algumas unidades do SSC;
- Integração do trabalho do colegiado de coordenação com o trabalho das equipes e Núcleos de Epidemiologia e Educação.
- O espaço das "reuniões de coordenação" passou a ser entendido como um
- "colegiado de gestão" com representantes de todos os segmentos do SSC e que deveria definir rumos, planejar e coordenar o SSC.
- Mudança em traços culturais negativos como "improvisação", "não colocar em prática as propostas do planejamento" e "comunicação dificultada".

Em 2003, ao assumir novo governo federal, a administração do GHC e gerência do SSC trazem como prioridade a revalorização da participação popular. Como estratégia para promover essa política foi formado um GT com a finalidade de construir propostas para "reanimar" a participação popular no SSC e monitorar o desenvolvimento dos processos participativos no serviço. Iniciou-se então um processo em que comunidades e equipes foram convidadas a participar de "oficinas" e "assembléias comunitárias" para eleger problemas prioritários em cada território, criar e renovar Conselhos Locais de Saúde. Todas as unidades elegeram prioridades em conjunto com participação popular e constituíram conselhos locais e as equipes fizeram reflexões sobre o tema, o que significou uma certa renovação na cultura em relação a este princípio organizativo do SSC. O trabalho que vinha sendo realizado com o Colegiado de Gestão, entretanto, foi interrompido.

A gestão 2005-2007 lança desafios ao SSC com um Projeto de Gestão com um objetivo de construir compartilhadamente um desenho gerencial e organizacional para o SSC, informado pela promoção e vigilância da saúde e controle social, inaugurando uma cultura organizacional em que sejam revalorizados no cotidiano institucional e das equipes em sua relação com as populações, a avaliação, o planejamento e a educação permanentes como estratégia para os enfrentamento de problemas e qualificação da atenção, formação e produção de conhecimento/tecnologia. Desse modo, pretendemos atuar como um "laboratório?" para o processo de amplificação da atenção multi-interdisciplinar na Atenção Básica para a ESF em grandes centros urbanos

As estratégias viabilizar esses objetivos foram:

- a) Trabalhar em consonância com o Plano Estratégico de Gestão do GHC, articulado com parcerias internas:
- b) Gerência de Ensino e Pesquisa: Articulação do Ensino nas múltiplas dimensões, Residências, Capacitações, Educação Permanente, com a Assistência à Saúde.
- c) Gerência de Recursos Humanos: Pelo trabalho desenvolvido com a Gestão de pessoas, incluindo as questões de educação permanente.
- d) Gerência de Patrimônio: Estimulo a Atenção Primária, através da qualificação das áreas físicas das Unidades do SSC.
- e) Gerência Pacientes Externos: Parceria na regulação do sistema zona norte
- f) Redimensionar o colegiado de gestão através da participação ativa do Núcleo de Epidemiologia, Núcleo de Educação em Saúde, Grupo de Trabalho Ensino e Pesquisa e a consolidação de Referência Matricial.
- g) Operacionalizar um projeto de educação permanente na atenção (equipes) e gestão (coordenação), informado pela promoção e vigilância da saúde e com a participação popular, integrado com o projeto de formação.
- h) Agilizar parceria de convênio com gestor do Município de Porto Alegre, auxiliando na regulação do sistema de saúde.
- i) Estimular parcerias com municípios, ofertando capacitação para formação de recursos humanos, para o SUS em especial em APS.

No final de 2005 foi realizado um Seminário de Gestão que teve o objetivo de construir uma "Visão Compartilhada de Futuro" para o SSC, através da participação dos profissionais contratados e residentes, gestores da cidade, usuários e estudantes na construção da gestão; integra o projeto de educação permanente do SSC no aspecto da gestão, que inclui regulação do sistema, atenção à saúde na área adstrita, o ensino e a produção de conhecimento. A partir deste projeto de gestão se retoma o planejamento do SSC qualificando seu aspecto metodológico e operacional.

No que se refere à finalidade "Formação", cabe destacar que em 2003 iniciou-se de modo incipiente uma experiência que acabou por mudar a proposta pedagógica de formação dos residentes, com base no enfoque de "Currículo Integrado" (SSC/GHC, 2005) que vem sendo aprimorada desde então.

A criação da Residência Integrada em Saúde (RIS) pelo GHC em 2004 trouxe uma residência multiprofissional para o SSC, na ênfase Saúde da Família e Comunidade. O desenho deste projeto, enfatizando a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade para adequar-se aos princípios do SUS, principalmente o princípio da integralidade, veio reforçar as reflexões e experiências acumulados na história deste serviço. Desse modo, o foco da mudança organizacional e cultural no SSC passa a ser a consolidação de um projeto pedagógico coerente com a promoção e vigilância da saúde. A estratégia pedagógica do CI em síntese é estudar diferentes perfis populacionais dos territórios-área de abrangência sob responsabilidade do SSC para, com base nessa compreensão da realidade, eleger problemas e temas para estudo, o que rompe com o currículo disciplinar (organizado por módulos) em vigor até então no programa de residência médica.

Um outro espaço que se propõe a articular o trabalho nas unidades do SSC com reflexões teóricas e metodológicas na formação dos residentes é o "Estágio de Gerenciamento" que acontece no segundo ano de residência. Durante os dois meses de estágio os residentes devem acompanhar o gerenciamento de suas unidades e contribuir no desenvolvimento gerencial. Ao longo desta vivência os residentes devem fazer um "Estudo de Caso Gerencial", uma descrição analítica do processo gerencial na unidade de saúde, tendo como referências os conteúdos teóricos e metodológicos discutidos nos encontros com os coordenadores do estágio. (SSC/GHC, 2006)

Com os avanços avaliados na gestão 2005-2007 constrói-se um "Projeto de desenvolvimento gerencial" para a gestão 2007-2009 que propõe a operacionalização das diretrizes colocadas em 2005 e o seu aprimoramento.

Consideramos que essa experiência do SSC é extremamente rica, pois envolve permanente reflexão sobre a prática e criatividade. Já é possível perceber mudanças organizacionais e culturais que fortalecem os valores, princípios e características da APS no SUS. Entretanto, identificamos também muitas dificuldades, conflitos e resistências que, supomos, expressem as contradições de um cotidiano de trabalho ainda marcado por uma cultura mais tradicional, coexistindo referências simbólicas e práticas conflitantes no que se refere ao modelo de atenção, gestão, formação e socialização dos sujeitos.